

ОРГАНИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ, УЧАСТВУЮЩИМ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ, В СТРАНАХ НАТО, ВКЛЮЧАЯ СРЕДСТВА ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ



КОНОНОВ

Владимир Александрович

Санкт-Петербургский университет
Министерства внутренних дел
России

Доцент кафедры физической
подготовки и прикладных
единоборств, кандидат
педагогических наук, доцент
Тел. 8-964-786-27-21, e-mail:
vladikono@yandex.ru

KONONOV Vladimir

Associate Professor of the chair of physical training and applied arts of the St. Petersburg University of the Ministry of internal Affairs of Russia, the candidate of pedagogical Sciences, associate Professor

ORGANIZATION OF REHABILITATION AND MEDICO-PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF SERVICEMEN PARTICIPATING IN THE HOSTILITIES, IN NATO COUNTRIES, INCLUDING THE MEANS OF HEALTH-ENHANCING PHYSICAL CULTURE

Keywords: rehabilitation, medical and psychological assistance, health-improving physical culture, post-traumatic stress disorder.

Abstract. The article covers the basics of rehabilitation and medico-psychological assistance NATO soldiers, wounded in the hostilities, including means and methods of health-improving physical culture.

Ключевые слова: реабилитация, медико-психологическая помощь, оздоровительная физическая культура, посттравматическое стрессовое расстройство.

Аннотация. В статье рассматриваются основы реабилитации и медико-психологической помощи военнослужащим НАТО, пострадавшим в боевых действиях, в том числе средствами и методами оздоровительной физической культуры.

Актуальность. Одним из важнейших компонентов боеготовности и боеспособности войск является морально-психологическое состояние военнослужащих, принимающих непосредственное участие в боевых действиях, поэтому оправдано то внимание, с которым специалисты относятся к оценке и коррекции их психического статуса. Эта проблема чрезвычайно актуальна еще и потому, что «шлейф» неблагоприятных психических состояний тянется многие годы после возвращения бывшего солдата к мирной жизни. «Вьетнамский», «афганский», «чеченский» синдромы отмечены у 15–20% участников тех событий [1, 2].

Опыт показывает, что психологически неадаптивные реакции на условия боя составляют от 10 до 50% всех санитарных потерь в современных локальных войнах. Впрочем, недавние конфликты в Персидском заливе и Сомали характеризовались достаточно низким уровнем психиатрической патологии в армиях США и союзников. Так, за время ведения активных боевых действий с февраля по апрель 1991 года в 15-м плавучем госпитале, который обслуживал преимущественно подразделения морской пехоты США, диагноз «боевое утомление» был поставлен всего 1,3% пациентов (из общего числа пострадавших 86% имели диагнозы,

непосредственно с ведением боевых действий не связанные) [4].

Термины «боевая стрессовая реакция» (БСР) (combat stress reaction) и боевое утомление (combat (battle) fatigue) используются для характеристики первичной нормальной реакции на бой. То есть эти состояния могут развиваться до ПТСР, по своей природе не являясь патологическими, но которые свидетельствуют о значительном напряжении компенсаторных и адаптивных систем человека. БСР – общий термин, который охватывает все возможные реакции на боевые условия. Эта реакция может иметь как положительный, приспособительный эффект, воодушевив воина на акты героизма, так и отрицательный, сделав его неспособным к участию в бою. БУ – это боевая стрессовая реакция, в которой стрессоры боя и другие личностные стрессоры сочетаются с перегрузкой психологических механизмов защиты и делают человека временно неспособным к выполнению своих обязанностей. Следует отметить, что БУ не является психиатрическим диагнозом. В литературе, вышедшей после второй мировой войны, особо подчеркивается, что диагноз «невроз» не должен применяться по отношению к лицам, имеющим симптомы БУ. Это разделение с психиатрическими расстройствами позволяет определять БУ как нормальное состояние, которое развивается у нормальных людей под влиянием ненормальных обстоятельств [8, 9].

Более серьезными проявлениями влияния боевых условий на военнослужащих являются диссоциативные и конверсионные расстройства, членовредительство, суицидальное поведение. Например, за время войны в Персидском заливе в армии США, участвующей в операции, имели место 6 суцидов, 3 – во время высадки десанта на Гаити и 1 – в Сомали [6].

Принципы медико-психологической реабилитации комбатантов с признаками БСР впервые были сформулированы Salmon в годы первой мировой войны. Этими признаками являлись приближенность, немедленность, ожидаемость (PIE – proximity, immediacy, expectancy). Дальнейшая разработка и дополнение принципов реабилитации комбатантов с признаками реакции боевого стресса составили акроним (мнемоправило) VICEPS. VICEPS – аббревиатура, составленная из английских слов Brevity (непродолжительность), Immediacy (немедленность), Centrality (централизованность), Expectancy (ожидаемость), Proximity (приближенность), Simplicity (простота).

Приближенность – этот принцип подразумевает максимальную близость места оказания помощи к театру военных действий. Такой подход снимает транспортную проблему и включает в себе еще ряд преимуществ. Самое главное – возможность для пациента получать дружескую поддержку от своих сослуживцев, что значительно повышает общую эффективность реабилитационных мероприятий, однако место лечения должно быть относительно безопасным.

Принцип немедленности означает необходимость оказания помощи пострадавшим с симптомами БСР в течение минут или часов после манифестации этих симптомов. Проявления БСР становятся более устойчивыми по отношению к терапевтическим воздействиям в случаях задержки помощи. Значительно легче устранить признаки расстройства и вернуть комбатанта в строй на начальных стадиях. Из этого принципа следует, что первую помощь должен оказывать не офицер медицинской службы. Наиболее приемлемым следует считать вариант оказания помощи военнослужащим равного статуса.

Третий принцип, названный надеждой, пожалуй, наиболее важный. Уверенность в том, что пострадавший вернется в строй, должна демонстрироваться на каждом этапе организации реабилитации. В многочисленных исследованиях было показано, что если пострадавший лечится в качестве пациента и направляется в тыл, его симптомы держатся дольше и он реже возвращается к исполнению служебных обязанностей, либо этого не происходит совсем.

Расчеты показывают, что использование принципов VICEPS при оказании помощи пострадавшим с явлениями БСР позволяет ожидать возвращения в строй до 85% личного состава. Из них примерно у 7% можно ожидать повторных реакций. В армии Израиля во время войны в Ливане использовались три принципа из шести (близость, немедленность, ожидаемость). Сравнение подразделений, в которых этих принципов придерживались, показало, что возвращаемость в строй была 60%; и только 22% там, где этих принципов не придерживались. Кроме того, частота развития ПТСР оказалась ниже на 30% (у опиравшихся на принципы 40%, у остальных – 71%). Показательны в этом отношении сравнительные данные распространенности ПТСР у ветеранов Вьетнамской войны (15,2% по прошествии 15 лет) и операции в Персидском заливе (5% по прошествии 2 лет) [8].

В социальной реабилитации военнослужащих НАТО используются также возможности инфраструктуры отделения спортивной работы. Спортзалы, спортплощадки, терренкур, стадион, дают возможность организовать работу реабилитационных мастерских, где под руководством инструкторов по спорту проводятся специально направленная физическая тренировка по различным видам спорта.

Литература

1. Крысько В.Г. Секреты психологической войны (цели, задачи, методы, опыт) / Под общ.ред. А.Е.Тараса – Мн.: Харвест, 1999. – 448 с.
2. Лазебная Е.О. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий / Е.О. Лазебная, М.В. Зеленова // Психологический журнал. – 1999. – № 5. – С. 62-74.
3. Маклаков А.Г. Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов / А.Г. Маклаков, С.В. Чермянин, Е.Б. Шустов // Психологический журнал. – 1998. – № 2. – С. 15-26.
4. Чурганов О.А. Оздоровительная физическая культура в системе качества жизни военнослужащих: монография. – СПб.: ВИФК, 2004. – 192 с.
5. Adams D. Pharmacological management of PTSD: clinical summary of five-year retrospective study; 1990-1995 / D. Adams, L. Lettich, T. Berigan // Military Medicine. – 1997. – №9. – P. 616-619.
6. Bove A.A. Medical department operations in a fleet hospital during operation Desert Storm / A.A. Bove, S.J. Oxler // Military Medicine. – 1995. – № 8. – P. 391-395.
7. Budd F. Helping the helpers after the bombing in Dhahran: critical-incident stress services for an Air Rescue Squadron / F. Budd // Military Medicine. – 1997. – № 8. – P. 515-520.
8. Hall D.P. Stress, Suicide, and Military Service during operation Uphold Democracy / D.P. Hall // Military Medicine. – 1996. – № 3. – P. 159-162.
9. Margalit Ch. Treatment of post-traumatic stress disorder an applied rear-echelon approach / Ch. Margalit, S. Rabinovich, T. Erion, Z. Solomon, J. Ribak // Military Medicine. – 1994. – № 5. – P. 415-418.
10. Stuart J. The psychological status of U.S. Army soldiers during resent military operations / J. Stuart, R.R. Halverson // Military Medicine. – 1997. – № 11. – P. 737-743.
11. Takla N.K. Combat stress, Combat Fatigue and psychiatric disability in aircrew / N.K. Takla, R. Koffman, D.A. Bailay // Aviation, Space and environment Medicine. – 1994. – Vol 65. – P. 858-865.

