

*И. Н. Гурвич, Н. А. Антонова, И. А. Воробьев, С. П. Шклярчук*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ СОТРУДНИКОВ СИЛОВЫХ СТРУКТУР**

### **Введение**

Вся служебная деятельность сотрудников правоохранительных органов, в том числе участие в боевых действиях во время войн и локальных военных конфликтов, показывает, что эффективное функционирование, надежное управление техникой и вооружением обеспечивается не только хорошими знаниями и военно-технической подготовкой, но и высокой физической и психической боеспособностью сотрудников силовых структур. Поэтому вопросы профилактики стрессовых реакций и ослабление их вредного влияния на организм военнослужащего (реабилитация) всегда являлись и являются важным разделом в медико-психологическом обеспечении личного состава силовых структур [1, 4, 5, 9].

С позиций системного подхода, под реабилитацией понимается динамическая система взаимосвязанных компонентов: государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, психологических и других мероприятий, направленных на нормализацию нарушенных и компенсацию утраченных функций организма, восстановление социального, личного и собственно психического статуса пациентов и в конечном счете приводящих к экономическому благосостоянию общества [8].

Теоретические основы психологической реабилитации, разрабатываемые в России, опираются на представления В. Н. Мясищева о реабилитации как о перестройке системы отношений личности и приспособлении индивидуума к наиболее важным сторонам жизнедеятельности, а также на положение М. М. Кабанова о том, что одной из важных сфер реабилитации (наряду с профессиональной, семейной, общественной и пр.) является сфера психологическая [8, 10].

Нервно-психические расстройства и нарушения поведения сотрудников силовых структур по своему содержанию являются психиатрическими, по своей причинности — социально-психологическими, а по исходам и значимости — социальными проблемами. Нарушения, развивающиеся после пережитой психической травмы, затрагивают не только физиологический и личностный уровни человеческого функционирования, но также и уровни межличностного и социального взаимодействия. Однако нервно-психическая адаптация сотрудников правоохранительных органов имеет особо социально значимый характер, так как связанное со стрессом девиантное поведение в сочетании с состояниями дезадаптации и пограничными нервно-психическими расстройствами — серьезное препятствие для достойного выполнения ими своих основных профессиональных обязанностей по обеспечению порядка и внутренней безопасности.

Виды профилактики стрессовых расстройств не отличаются от общемедицинских. Выделяются первичная профилактика, направленная на предупреждение заболеваний, вторичная, которая подразумевает сдерживание темпов развития заболевания и предупреждение отклонений в здоровье в «группах риска», и третичная, представляющая комплекс лечебно-реабилитационных воздействий на уже заболевших.

---

© И. Н. Гурвич, Н. А. Антонова, И. А. Воробьев, С. П. Шклярчук, 2010

Как было показано одним из авторов настоящей работы на основании результатов эмпирического исследования, социально-психологические факторы, связанные со служебной карьерой и межличностными отношениями в семье и на работе, существенно влияют на уровень нервно-психического здоровья сотрудников силовых структур [3]. Кроме того, лица, имеющие психопатологическую симптоматику, зачастую испытывают трудности в социальном функционировании. Таким образом, первичная профилактика нервно-психических расстройств у данного контингента граждан должна включать в себя мероприятия, направленные на совершенствование их организационного и семейного функционирования. Поэтому основным направлением первичной профилактики здесь должна стать интервенция, направленная на улучшение навыков повседневной жизни, построение взаимоотношений с коллегами, членами семьи и друзьями, обучение навыкам по поддержанию и улучшению здоровья, формирование личностных ресурсов, резистентности, обеспечение благоприятных жилищных условий, а также на развитие навыков, необходимых для удовлетворения образовательных и профессиональных потребностей.

Если принять во внимание увеличение числа кратковременных терапевтических процедур, используемых для лечения нервно-психических расстройств в системе правоохранительных органов и замещающих долгосрочные важным ресурсом усовершенствования методов реабилитации, то становится понятна постоянная и последовательная роль семьи как участника терапевтического альянса. В процессе супружеской и семейной терапии особенно важная роль отводится достижению клинически значимого баланса между усилиями, направленными на преодоление дисфункционального поведения пациента и его болезненной симптоматики, и усилиями, направленными на работу с травматизацией членов семьи пациента.

Таким образом, успех реабилитации в каждом случае определяется созданием реального поэтапного плана реабилитационных мероприятий с учетом соответствующих сфер реабилитации — медицинской, психологической, профессиональной, юридической, семейной и др. [2, 11].

### **Содержание модельной реабилитационной программы**

В 2004 г. было проведено двухэтапное скрининговое исследование, основной целью которого являлось выявление социально-психологических факторов психического здоровья работников силовых структур. Из состава дезадаптированной группы (120 человек) по результатам обследования по тесту НПА И. Н. Гурвича были отобраны лица, наиболее нуждающиеся в психологической помощи [7]. Оценка потребности в помощи производилась в два этапа.

На первом этапе были отобраны лица с наиболее высоким уровнем психиатрической симптоматики по показателю сигмального (среднеквадратичного) отклонения с уровнем выше двух сигм. Таких людей в группе оказалось 10 человек.

На втором этапе симптоматика у членов отобранной группы оценивалась при помощи клинической шкалы «Всесторонней оценки психического состояния» А. Монтгомери с соавторами (первый срез), что позволило на основе построения индивидуальных профилей определить характер симптоматики и содержание необходимых реабилитационных мероприятий [6]. Затем в условиях дневного стационара в Санкт-Петербурге в 2004 г. была проведена комплексная реабилитационная программа. Ее продолжительность составила 7 дней. Комплекс реабилитационных мероприятий проводился ежедневно в интервале с 10<sup>00</sup> до 19<sup>00</sup>.

Содержание программы было определено на основании результатов эмпирического исследования стресса в деятельности работников силовых структур и позитивного опыта реабилитации данного контингента, накопленного в Северо-Западном регионе России.

В качестве основных задач реабилитационной модельной программы выступали улучшение субъективного самочувствия и полное восстановление нервно-психического, социального (профессионального) функционирования сотрудников силовых структур.

Для решения данных задач в рамках комплексной реабилитационной программы были осуществлены следующие мероприятия по вторичной профилактике:

1. Первичный клинический осмотр врачом-психиатром с целью определения дифференцированных показаний и противопоказаний для прохождения конкретных реабилитационных мероприятий, проводимый индивидуально для каждого будущего участника (1,5 часа на человека).

2. Групповая психокоррекционная работа под руководством психологов с использованием техник, направленных на повышение коммуникативной компетентности, овладение навыками снятия психоэмоционального напряжения, обучение методам управления профессиональным стрессом, работу со страхами, межличностными конфликтами, снятие ореола исключительности имеющихся психологических проблем, а также с использованием элементов тренинга уверенного поведения, планирования времени, группового взаимодействия, тренировки таких познавательных процессов, как память и внимание (ежедневно по 4 часа, всего — 20 часов).

3. Обучение технике аутогенной тренировки (АТ) (ежедневно по 30 минут в день — 2,5 часа).

4. Музыкаотерапия (ежедневно по 30 минут в день — 2,5 часа).

5. Фильмотерапия (4 часа).

6. Лечебная физическая культура (ЛФК): физическая активность с рациональной физической нагрузкой, подобранной индивидуально (1 час).

7. Индивидуальные консультации, проводимые врачом-психиатром или психотерапевтом (продолжительность и частота консультаций варьировались в зависимости от индивидуальных показаний)\*.

Учитывая множество необходимых «точек приложения» психокоррекционных методов, а именно — личностные особенности, информированность, систему отношений, уровень социальной компетентности, способы распознавания и защиты от социального (профессионального) стресса и т. д., сочетание в реализованной реабилитационной программе индивидуальной и групповой психотерапии с акцентом на групповую представляется оптимальным, так как именно она обладает в этом случае наибольшим психотерапевтическим потенциалом. Наиболее пригодными для этих целей групповыми психотерапевтическими техниками сегодня признаются психодрама, гештальт-терапия, ассертивный и коммуникативный тренинги.

Кроме того, в данной реабилитационной программе использовалась музыкаотерапия в ее «пассивном» варианте, так как известно, что она способна изменить настроение депрессивных больных, отвлечь их от тягостных переживаний, мыслей и тоски, умень-

---

\* В осуществлении программы принимали участие следующие специалисты: А. Э. Львовский — врач-психиатр НИИ им. В. М. Бехтерева, инструктор по аутогенной тренировке и ЛФК; О. С. Левина, Н. А. Антонова — психологи, тренеры; Ф. И. Гурвич — студент 6-го курса факультета психологии СПбГУ, инструктор по музыкаотерапии. Организационное содействие в реализации реабилитационной программы оказывали канд. мед. наук, начальник отдела психологического обеспечения УВС Санкт-Петербургского Университета МВД С. П. Шклярук и старший психолог УВО И. А. Воробьев.

шить тревогу, страх, выровнять невротическое состояние. Музыкаотерапия проводилась в форме регулярного (по 30 минут ежедневно в течение 5 дней) группового прослушивания произведений инструментальной, вокальной, вокально-инструментальной и классической музыки. Программа составлялась с учетом роли тональности как одного из эмоционально-значимых компонентов воздействия, темпа и ритмов музыкальных произведений.

По результатам первичного клинического осмотра врачом-психиатром, двум сотрудникам силовых структур из десяти были рекомендованы только индивидуальные консультации, но не занятия в группе. Соответственно, участие в групповых занятиях приняли 8 человек.

В группу вошли лица, демонстрирующие различные выраженные симптомы нервно-психической дезадаптации. Возраст участников реабилитационной программы колебался от 19 до 43 лет.

В зависимости от специфики выявленных клинических проявлений дезадаптации у сотрудников силовых структур задачи вмешательства в каждом конкретном случае были различными.

При декомпенсации личностных особенностей в основные задачи психокоррекции входило помочь пациенту оценить свои реакции на жизненные трудности, выявить индивидуально непереносимые ситуации, конфронтацию в группе с лицами, имеющими похожие проблемы, сделать клиента более восприимчивым к психотерапии и добиться большей социализации, нивелировки характерологических нарушений. Здесь использовалось такое преимущество групповых методов над индивидуальными, как развитие способности предупреждать негативные последствия своего поведения и корректировать его в конкретных условиях (обучение социальным навыкам).

При наличии невротической симптоматики основные задачи психокоррекции заключались в восстановлении нарушенной системы отношений путем воздействия на их основные компоненты — познавательный, эмоциональный и поведенческий; коррекции неадекватных функциональных реакций; помощи в осознании причинно-следственных зависимостей между особенностями системы отношений и заболеванием.

При наличии истерической симптоматики психокоррекция была направлена в первую очередь на ослабление эгоцентрической личностной позиции, снижение завышенных притязаний, помощь в отказе от нереалистических установок, формирование критического отношения к собственному поведению. При наличии ананкастной симптоматики необходимо было разрешить внутренне противоречивые тенденции личности, повысить уровень уверенности в себе, сформировать адекватную самооценку. При наличии же неврастенической симптоматики необходимо было уравновесить требования клиента к себе с его личностными возможностями, сблизить реальное и идеальное представления о себе в структуре самооценки.

При аддиктивных состояниях использовались разные виды психокоррекционного вмешательства, которые соответственно включали в себя и разные задачи. Основными задачами личностно ориентированного вмешательства являлись осознание причин данного вида поведения и стереотипов неадекватного личностного реагирования; коррекция межличностных взаимоотношений; восстановление личностного и социального функционирования; редукция паттернов реакций в виде употребления алкоголя. В рамках семейно ориентированного направления основными задачами были разрешение кризиса в семейных отношениях; преодоление внутрисемейной изоляции; обмен опытом разрешения внутрисемейных конфликтов. Профессиональное направление основной своей задачей ставило возвращение или формирование интереса к своей профес-

сии и к профессиональному росту. В рамках досугового направления основной задачей стал поиск привлекательных форм досуговой деятельности.

При психосоматических заболеваниях главными целями оказания помощи являлись коррекция эмоциональных нарушений и дезадаптивных компонентов поведения; восстановление тех элементов системы отношений клиента, которые участвуют в этиопатогенезе стрессогенных расстройств, а также купирование вторичных невротических проявлений.

Основными требованиями ко всем применявшимся психокоррекционным методикам были преимущественная ориентация на личность пациента, вовлеченность клиентов в реабилитационный процесс, партнерство персонала и пациентов, готовность участников программы к самодисциплине и взаимопомощи. Эти требования были выполнены в полном объеме. В задачи фармакологической коррекции, отвечающей принципам безопасности, комплексности и достаточности, входили редукция клинической симптоматики и повышение восприимчивости к психотерапевтическому воздействию.

По окончании программы стало возможным дать конкретные рекомендации психологам системы МВД по работе с каждым сотрудником, прошедшим курс реабилитационных мероприятий.

### Обсуждение

В плане практической разработки реабилитационных программ для сотрудников силовых структур существует проблема, которая не нашла в настоящее время удовлетворительного решения. Это проблема обоснованности реабилитационных мероприятий, призванных оказать позитивное воздействие на здоровье данного контингента. Так, анализ осуществляемых реабилитационных программ в Северо-Западном регионе РФ показал, что исследования по оценке их эффективности носят единичный и не всегда методически корректный характер, не всегда являются формализованными, т. е. осуществляются без использования количественных показателей.

По завершении модельной реабилитационной программы нами была выполнена как субъективная, так и объективная оценка ее эффективности.

Эффективность реабилитационной программы оценивалась с учетом субъективного мнения участников о программе на основе следующих критериев:

- общая субъективная оценка программы (ее сильные и слабые стороны);
- субъективное изменение психоэмоционального состояния участников в течение реализации программы.

Свою оценку реабилитационной программы дали 7 человек, прошедших курс реабилитационных мероприятий. Мнения о характеристиках реабилитационных мероприятий и реабилитационной программе в целом высказывались участниками в ходе программы. В конце последнего дня реализации программы был проведен также направленный опрос участников.

Всеми участниками модельной реабилитационной программы были названы ее сильные стороны. Эти высказывания оказалось возможным объединить в следующие семантические блоки: информационный; организационный; релаксационный; психологического климата; личностного роста и самопознания.

Наибольшее число высказываний (9 высказываний), характеризующих сильные стороны программы, касались личностного роста и самопознания участников. Эти высказывания принадлежали пяти участникам. В качестве положительного влияния участия

в реабилитационной программе они отметили «осмысление своего внутреннего состояния и своих проблем», «осмысление техник решения проблем», оценку своего характера посторонними людьми в течение непродолжительного времени, проявление себя среди незнакомых, саморегуляцию настроения, ежедневный (ежеминутный) контроль поведения, применение навыков в быту, возможность глубже посмотреть внутрь себя и сделать выводы, «познание нового», «познание себя».

В качестве сильной стороны реабилитационной программы четырьмя участниками была отмечена ее информативность, а именно: приобретение новых знаний и навыков коррекции эмоционального состояния, эффективной коммуникации, конкретизация имеющихся навыков и ознакомление с новыми техниками саморегуляции психоэмоционального состояния (аутотренинг, тренировка концентрации внимания и т. д.).

Пять участников в качестве положительной стороны программы отметили благоприятную психологическую атмосферу, сложившуюся в ходе ее реализации (8 высказываний). Данный блок включал удовлетворенность сложившимися отношениями, а также некоторые позитивно эмоционально окрашенные аспекты групповой работы — сплоченность коллектива, взаимную заботу, дружескую обстановку, располагающую к искренности, веселью, интерес, привязанность друг к другу, привязанность «к замечательным преподавателям — психологам».

Трое участников реабилитационной программы отметили релаксационное воздействие («отвлечение от бытовых и служебных дел», «перемена ритма жизни», «расслабление физическое и психическое»).

Кроме того, пять участников отметили организационную сторону программы, а именно возможность группового взаимодействия в сочетании с индивидуальным подходом специалистов к людям. Двумя участниками была отдельно отмечена «очень хорошая работа психологов». Фильмотерапия как составляющая часть психокоррекционных мероприятий была отмечена в качестве положительной стороны только одним участником программы.

Наибольшее число высказываний, касающихся слабых сторон реабилитационной программы, было связано с психоэмоциональным состоянием участников. Так, одним из участников была отмечена субъективная психологическая дистанция между руководителями программы и участниками, а также между самими участниками. Двое выразили свое недовольство по поводу возникновения симпатий-антипатий в группе и «выяснения отношений» вследствие этого. Одним участником в качестве слабой стороны программы было отмечено поддержание «саботажа и пустых перепапок» в группе, причем ответственность за происходящее была возложена на тренеров (этот участник программы был непосредственно вовлечен в конфликт). Кроме того, присутствие в группе женщин, по мнению одного из участников, предрасполагает к возникновению «любовных чувств», что отрицательно сказывается на эффективности работы.

В качестве слабых сторон реабилитационной программы четыре участника назвали такие аспекты ее организации, как обязательность посещения, начало занятий в ранние утренние часы, неравномерная укомплектованность группы по половому признаку. Один участник высказал недовольство по поводу «тесной душевной комнаты и неудобства кресел».

Все, за исключением одного, оказались неудовлетворены кратковременностью программы, т. е. малым количеством дней, отведенных на ее проведение («непродолжительность программы», «короткое количество часов программы», «скоротечность программы», «мало недели»).

Наличие в программе направления физической активности двумя участниками бы-

ло воспринято неоднозначно. Так, один отметил недостаточность времени, отведенного для данного направления, тогда как другой выразил недовольство по поводу включения этого направления в программу. Одним из участников было высказано предложение перенести акцент с групповой на индивидуальную работу («с каждым нуждающимся»).

Кроме того, при помощи шкалы А. Монтгомери и др. оценивалась и объективная эффективность реабилитационных мероприятий. Замеры проводились до реабилитационной программы (первый срез), в течение недели после ее завершения (второй срез) и спустя 6 месяцев после ее завершения (третий срез). Достоверность различий в уровне симптоматики оценивалась по  $\chi^2$ -критерию Пирсона.

Сразу после окончания реабилитационной программы были отмечены следующие результаты:

1. Существенное, высоко статистически значимое, улучшение состояния у 4 участников.
2. Незначительное, статистически не значимое, улучшение состояния у 2 участников.
3. Некоторое, статистически не значимое, ухудшение состояния у 2 участников.

Спустя 6 месяцев после завершения реабилитационной программы были получены следующие результаты:

1. Сохранение достигнутого улучшения состояния по сравнению с первоначальным у двух человек.
2. Статистически значимое улучшение отмечено у одного человека, хотя в этом случае непосредственно после окончания программы наблюдалось статистически не значимое ухудшение состояния.
3. Незначительное, статистически не значимое, улучшение состояния отмечено у трех участников. В одном случае положительный эффект программы с течением времени статистически значимо ослаб.
4. Некоторое, статистически не значимое, ухудшение состояния сохранилось у одного человека.
5. Не удалось провести оценку динамики психопатологической симптоматики у одного клиента из-за его госпитализации в клинику неврозов.

## Выводы

Подводя итоги изложенным выше данным, можно констатировать, что модельная комплексная реабилитационная программа для сотрудников силовых структур показала высокую как краткосрочную, так и отдаленную эффективность в виде высокой удовлетворенности участников и существенного и статистически значимого снижения уровня психопатологической симптоматики при ряде стрессогенных нервно-психических нарушений.

Осуществление реабилитационных мероприятий для лиц с проблемами психологического характера выходит за рамки компетенции какой-либо одной специальности и может быть действенным только при объединении усилий различных специалистов. Таким образом, состояния нервно-психической дезадаптации, возникающие под воздействием социально-психологических факторов стресса, могут быть успешно скорректированы современными психокоррекционными методами и не приводить к утрате трудоспособности работников силовых структур в рамках их основной профессиональной деятельности.

## Литература

1. Moore B. A., Reger G. M. Clinician to frontline soldiers: a look at the roles and challenges of army clinical psychologist in Iraq // Journal of Clinical Psychology. 2006. Vol. 62. Issue 3. P. 395–403.
2. Wang S., Wilson J. P., Mason J. W. Stages of decompensation in combat-related PTSD // Integrative Physiological and Behavioral Science. 1996. Vol. 31. P. 237–253.
3. Антонова Н. А. Психическое здоровье и профессиональная деятельность сотрудников силовых структур // Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. 12. 2008. Вып. 4. С. 445–452.
4. Гафт В. Л., Губин В. А., Аникиев В. И. Комплекс психофизиологической регуляции для сотрудников вневедомственной охраны: Учеб. пособие. СПб., 2000.
5. Гуляев В. А. и др. О межведомственной программе «Реабилитация военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, и сотрудников правоохранительных органов, пострадавших при выполнении задач в условиях боевых действий и при проведении контртеррористических операций» // Военно-медицинский журнал. 2003. № 12. С. 4–7.
6. Гурвич И. Н. и др. Шкала всесторонней оценки психического состояния: Метод. руководство. СПб., 2003. 60 с.
7. Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья. СПб., 1999. С. 609.
8. Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб, 1998. 252 с.
9. Марьин М. И., Ловчан С. И., Леви М. В. и др. Диагностика, профилактика и коррекция стрессовых расстройств среди сотрудников Государственной противопожарной службы МВД России: Метод. пособие. 2-е изд. М., 2001. 256 с.
10. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л., 1960. 426 с.
11. Эффективная терапия посттравматического стрессового расстройства / Под. ред. Э. Фoa, Т. М. Кина, М. Фридмана. М., 2005. 267 с.

Статья поступила в редакцию 17 сентября 2009 г.