

ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ГРАЖДАНСКИХ ЛИЦ ПОСЛЕ ЛОКАЛЬНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

С. И. Замогильный, В. В. Масляков

*Саратовский медицинский институт "РЕАВИЗ",
Чеченский государственный университет*

Изучено психологическое состояние 126 человек из числа гражданского населения, находившихся в условиях локального конфликта (чеченская война), не получивших огнестрельных и других ранений и не участвующих в военных действиях.

Studying of a psychological state of 126 people from among the civilian population, being in conditions of the local conflict (The Chechen war), not got thus gunshot and other wounds and not participating in military operations is carried out.

К л ю ч е в ы е с л о в а: психологическое состояние беженцев; физическое состояние; депрессия; помощь.

K e y w o r d s: the psychological condition of refugees; physical state; depression; help.

Вовлечение большого количества людей в военные конфликты, террористические акты на протяжении десятилетий определило проблемное поле исследования. Опыт стран, столкнувшихся с явлениями, возникающими после возвращения людей с войны, показал, что участие в событиях, связанных с риском для жизни, травматическим образом действует не только на физическое, но и на психическое здоровье и состояние участников боевых действий. Таким образом, проблема социально-психологической адаптации лиц, побывавших в экстремальных условиях, оценка состояния их здоровья и работоспособности становятся сегодня особенно актуальными. К. А. Идрисовым на протяжении десятилетия было проведено комплексное исследование населения Чеченской Республики (ЧР). В условиях длительных чрезвычайных ситуаций отмечается значительный рост числа непсихотических психических расстройств. Их распространенность по опроснику GHQ-28 в 2002 г. во время военных действий составляла 86,3 %. Через шесть

лет после окончания активных военных действий она уменьшилась до 56,9 %, однако оставалась выше, чем у населения районов с чрезвычайным положением, не вовлеченных в военные действия. Было обследовано 508 семей (1935 человек), проживающих в Чечне. 69,5 % из них были психотравмированы из-за боевых действий. В 31,2 % случаях психотравм развился посттравматический стресс. От него чаще и сильнее страдают женщины [2].

Было проведено комплексное исследование 126 респондентов из числа гражданского населения, находившихся в условиях локального конфликта (Чеченская война), не получивших огнестрельных и других ранений и не участвующих в военных действиях. Из общего количества обследованных женщин было 89 (70,6 %), мужчин – 37 (26,3 %). Средний возраст обследованных составил 45 ± 2 лет. Оценивались следующие показатели:

1. Уровень депрессии, который определяли с помощью шкалы Бека:

0–9 – отсутствие депрессии;

10–15 – легкая депрессия;

16–19 – умеренная депрессия;

20–29 – выраженная депрессия;

30–63 – тяжелая депрессия.

2. Уровень реактивной и личностной тревожности по шкале реактивной и личностной тревожности с помощью опросника Ч. Спилбергера:

до 30 – низкая тревожность;

31–45 – умеренная тревожность;

46 и более – высокая тревожность.

3. Исследовалось качество жизни (КЖ) по специально разработанной анкете, включающей 33 вопроса. Исследования проводились в амбулаторных условиях через один год и пять лет после завершения военных действий.

Данные подвергались статистической обработке на ЭВМ по программе «Medstat». Достоверный уровень различия при использовании критерия Стьюдента – Фишера принимали при $p < 0,05$.

В результате исследований установлено, что в группе обследованных через год после окончания военных действий женщин уровень депрессии составил $38 \pm 0,4$ балла. Данный показатель можно расценить как тяжелую депрессию. В группе мужчин данный показатель составил $12 \pm 0,3$ балла – легкая депрессия. При изучении данного показателя через пять лет после окончания военных действий установлено, что

показатели депрессии кардинально изменились: так, в группе женщин он составил $11 \pm 0,3$ балла – легкая депрессия, в группе мужчин данный показатель увеличился до $56 \pm 0,3$ балла – тяжелая депрессия.

При изучении показателей реактивной и личностной тревожности установлено, что в группе женщин через год после окончания военных действий она составила $47 \pm 0,3$ балла, в группе мужчин – $24 \pm 0,2$ балла. Через пять лет данные показатели претерпели значительные изменения. В группе женщин этот показатель составил $21 \pm 0,2$ балла – низкая тревожность, в группе мужчин – $48 \pm 0,3$ – высокая тревожность. На основе полученных данных можно сделать заключение, что мужчины и женщины по-разному реагируют на стрессовый фактор – военные действия. Мужчины в первый год не склонны к депрессивным состояниям, имеют низкие показатели тревожности, что требует повышения чувства ответственности и внимания к мотивам деятельности. В то же время спустя определенное время (в наших исследованиях пять лет) картина существенно меняется. В этой группе значительно возрастает показатель депрессии, вплоть до развития тяжелой, увеличивается показатель тревожности, что предполагает склонность к появлению состояния тревоги у человека в ситуациях оценки его компетентности.

В группе женщин ситуация носит противоположный характер: так, в первый год после окончания военных действий у женщин развивалась тяжелая депрессия, при этом данный показатель значительно уменьшался на пятый год после окончания военных действий. Вместе с этим в первый год после окончания военных действий отмечался высокий показатель уровня тревожности, который значительно уменьшался к пятому году после окончания военных действий.

При изучении показателей КЖ в группах по гендерному признаку нами также получены различные результаты. Так, в группе мужчин в первый год после окончания военных действий получены следующие результаты: снижение эмоционального статуса отмечалось у 10 % человек, снижение уровня положительных эмоций, мечтательности, самооценки – 8 %, повышение уровня подавленности – 4 %, мысли о суицидальной попытке отмечали 2 %. Как удовлетворительное свое психическое и физическое состояние оценили 86 %. Потребность в общении с психологом в этот момент высказали лишь 3 %. С течением времени данные показатели претерпели существенные изменения. Снижение эмоционального статуса отмечено у 67 % опрошенных, уменьшение уровня положительных эмоций, мечтательности, самооценки отметили 67 %. Повышение уровня подавленности

зарегистрировано в 78 % наблюдений, мысли о суицидальной попытке выявлены в 35 % наблюдений. Потребность в общении с психологом на данном этапе выявлена у 76 % опрошенных. Изменения в психическом состоянии, несомненно, повлекли за собой ухудшение физического состояния, которое отмечено в 86 % наблюдений. Наиболее часто обследуемые предъявляли жалобы психосоматического характера: головная боль – 58 % наблюдений, головокружение – 45 %, повышенная утомляемость – 34 %, повышение артериального давления – 21 %. Однако случаев заболеваний ЖКТ, а именно язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, в наших наблюдениях не отмечено.

При изучении показателей КЖ у женщин получены следующие результаты. В первый год после окончания военных действий снижение эмоционального статуса отмечалось у 87 % человек, снижение уровня положительных эмоций, мечтательности, самооценки – 78 %, повышение уровня подавленности – 64 %, мысли о суицидальной попытке отмечали 4 %. Как удовлетворительное свое психическое и физическое состояние оценили 16 %. Потребность в общении с психологом в этот момент высказали 23 %. Через пять лет после окончания военных действий снижение эмоционального статуса отмечалось у 17 % человек, снижение уровня положительных эмоций, мечтательности, самооценки – 9 %, повышение уровня подавленности – 14 %, мысли о суицидальной попытке отмечали 2 %. Как удовлетворительное свое психическое и физическое состояние оценили 66 %. Потребность в общении с психологом в этот момент высказали 23 %. В 86 % наблюдений в группе женщин в первый год после окончания военных действий не выявлено изменений в физическом состоянии. Однако через пять лет после их окончания 96 % опрошенных отмечают его ухудшение, что проявлялось головными болями – 86 %, болями в области сердца – 76 %, повышением артериального давления – 65 %.

Мы считаем, что система реабилитации лиц из числа гражданского населения должна включать комплексную помощь с учетом гендерных различий и сроков от момента получения психологической травмы. В 2006 г. стартовала программа социально-психологической помощи детям и их родителям. В рамках этой программы ЮНИСЕФ совместно с Правительством Чеченской Республики создал условия для реализации эффективной системы поддержки гражданского населения через организацию двухступенчатой модели. Данные мероприятия были проведены среди всех лиц гражданского населения, принявших участие в начале исследования, были исследованы те же параметры.

На первом этапе (в первый год) оказывалась квалифицированная помощь в лечебных учреждениях, которая включала применение медикаментозной терапии, физиотерапии, бальнеотерапии, массаж и т. п. Фармакологические способы и средства психологической поддержки состояли в усилении и коррекции психологического ресурса за счет применения лекарственных препаратов, витаминов, лечебных трав и иных препаратов, имеющих психотропный эффект. Данная терапия проводилась как среди мужчин, так и среди женщин.

На втором этапе широко использовались аутогенные способы психологической поддержки (самопомощь), которые на сегодняшний день являются наиболее известным, доступным и весьма эффективным средством регуляции психической деятельности. К их числу относят как простейшие приемы саморегуляции (успокаивающее и мобилизующее дыхание; расслабление мышц по контрасту; элементарные формулы самоубеждения, самовнушения, самоприказа, самоподкрепления), так и сложные психорегуляционные комплексы (аутогенная тренировка, самогипноз, нервно-мышечная релаксация и др.) [1].

Психологическая помощь включала:

- 1) диагностику синдрома социально-психологической дезадаптации;
- 2) психологическое консультирование (индивидуальное и семейное);
- 3) психокоррекционную работу. Квалифицированная психотерапевтическая помощь оказывалась тем, у кого отмечались резко выраженные и запущенные нарушения адаптации (депрессия, алкоголизм, девиантное поведение и т. д.);
- 4) обучение навыкам саморегуляции (приемам снятия напряженности с помощью релаксации, аутотренинга и другим методам);
- 5) Социально-психологические тренинги с целью повышения адаптивности и личностного развития;
- 6) Помощь в профессиональном самоопределении, профориентацию в целях переобучения и последующего трудоустройства.

В результате использования данной программы установлена ее эффективность, что подтверждается результатами. Так, по результатам опроса эффективность проводимых мероприятий положительно оценили 98 % принявших участие в данной программе, лишь 2 % опрошенных не отметили существенных изменений в своем психологическом состоянии. При этом в группе мужчин положительно оценили эффект 98 % опрошенных. В результате проведенных исследований установлено, что уровень депрессии составил $6 \pm 0,3$ балла — отсутствие депрессии; уровень реактивной и личностной тревожности —

23 ± 0,2 балла – низкая тревожность, 95 % опрошенных отметили улучшение показателей КЖ и отсутствие жалоб психосоматического характера. В группе женщин положительно оценили результаты 100 % опрошенных, при этом все принявшие участие в данной программе отметили улучшение показателей КЖ и отсутствие жалоб психосоматического характера. Кроме того, зарегистрировано снижение уровня депрессии до 6 ± 0,3 баллов – отсутствие депрессии и уровня тревожности до 21 ± 0,1 балла – низкая тревожность.

Таким образом, проведенные исследования показывают, что внедрение в комплекс мероприятий, направленных на психологическую реабилитацию лиц из числа гражданского населения, находившихся в условиях локальных боевых действий, можно оценить как положительное, что требует более широкого использования данных мероприятий.

Библиографические ссылки

1. *Глебов В. Г.* Психологическая адаптация военнослужащих к служебно-боевой деятельности в условиях вооруженного конфликта // Ориентир. 2005. С. 36–39.
2. *Идрисов К. А.* Распространенность посттравматических стрессовых расстройств среди населения Чеченской Республики в условиях локальной войны // Актуальные вопросы охраны психического здоровья населения. Краснодар, 1993. С. 445–449.