

# Медико-психологические аспекты оказания реабилитационной помощи комбатантам



Заведующий кафедрой социальной психиатрии и психологии  
ФГБУ ДПО СПБИУВЭК Минтруда России  
Лауреат Государственной премии Российской Федерации  
Заслуженный врач Российской Федерации, д.м.н., профессор  
ЛИТВИНЦЕВ Сергей Викторович

- **Комбатанты** — лица, входящие в состав вооруженных сил государства, а так же в добровольческие отряды, в отряды ополчения, партизаны, участники движения сопротивления, люди, взявшие за оружие при вторжении на их территорию вооруженных сил другого государства. Никто не может стать комбатантом лишь по собственной воле; он должен принадлежать к группе, которая, в свою очередь, должна принадлежать одной из сторон международного вооруженного конфликта, то есть государству (ст. 2 общая для Женевских конвенций I-IV) либо национально-освободительному движению (ст. 1, п. 4 Дополнительного протокола I).
- В вооруженном конфликте только комбатантам дается право применять военную силу, но и они подчиняются законам войны, то есть допустимо их физическое уничтожение.

Категории лиц, относящиеся к комбатантам, их права и обязанности определены Гаагскими конвенциями 1899 и 1907 годов, Женевскими Конвенциями 1949 года о защите жертв войны и Дополнительными протоколами к ним 1977 года.

- **Некомбатанты** - лица, находящиеся при армии (комбатантах), но не участвующие в боевых действиях: журналисты, духовные лица, юристы, медицинский, интендантский персонал. Они обслуживают нужды армии, имеют право применять оружие только при самообороне.

Некомбатанты не могут быть непосредственным объектом вооруженного нападения противника, против них нельзя применять оружие. В вооруженном конфликте комбатанты и не комбатанты не имеют статуса военнопленного.

**Комбатант (с франц. – сражающийся) – звучит гордо! Но многие из них подвержены реакциям боевого стресса**



# В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ ВОЙН РЕАКЦИИ БОЕВОГО СТРЕССА (РБС) СОСТАВЛЯЛИ 30-40% ОТ ВСЕХ САНИТАРНЫХ ПОТЕРЬ

- 2-я МИРОВАЯ ВОЙНА :

- Армия США - 71%
- Западный фронт СССР - 48%



- АФГАНИСТАН: - в/сл срочной службы - 69 %;  
- офицеры и прапорщики - 65 %.
- ЧЕЧНЯ: - до 73 % (в период интенсивных боев)

При этом нозоспецифические формы РБС в боевой обстановке встречались редко.



# БОЕВОЙ СТРЕСС

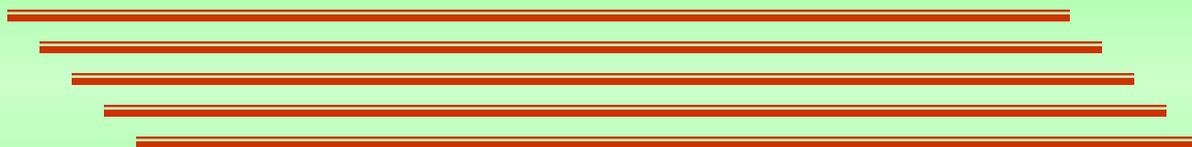


- это частная разновидность стресса, формирующаяся вследствие воздействия комплекса таких факторов боевой обстановки, таких как:

- длительная и малопрогнозируемая, непосредственная и эмпирически наглядная угроза жизни и благополучию индивида и его товарищей;
- значительно превосходящие повседневный уровень по длительности и интенсивности психические и физические нагрузки; сомато- и нозогенные влияния ранений, травм и заболеваний; наблюдения случаев гибели людей и т. д.

**Вопрос о НОРМЕ И НОРМАТИВАХ**  
**психической деятельности,**  
**соотношении адаптивных и**  
**патологических форм реагирования в**  
**условиях войны до настоящего**  
**времени остается *дискуссионным!***

# СТАБИЛЬНОГО ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В БОЕВОЙ ОБСТАНОВКЕ БЫТЬ НЕ МОЖЕТ!



ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ЭЛЕМЕНТ, ПОЗВОЛЯЮЩИЙ  
ОЦЕНИВАТЬ ВОЗНИКАЮЩЕЕ СОСТОЯНИЕ - ЭТО  
КАЧЕСТВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ, НЕСПОСОБНОСТЬ  
ВЫПОЛНЯТЬ СВОИ ФУНКЦИИ

Регистры перехода от физиологической нормы к состоянию болезни отражают стадии приспособления организма к новым условиям путём изменения уровня функционирования и соответствующего напряжения регуляторных механизмов.

# О ПЕРЕХОДЕ РЕАКЦИЙ БОЕВОГО СТРЕССА К НОЗОЛОГИЧЕСКИ ОЧЕРЧЕННЫМ БОЛЕЗНЕННЫМ РАССТРОЙСТВАМ

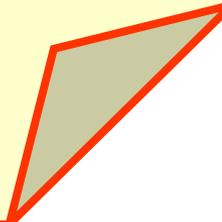
## **СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ:**

- стойкая и выраженная личностная и социальная дизадаптация;
- утрата способности выполнять свою функцию;
- выход болезненной симптоматики на определенный регистр психической патологии;
- синдромальное структурирование симптоматики;
- «кристаллизация» стереотипа болезни;
- относительная стабилизация личностной патологии;
- сохранение патологической симптоматики вне действия патогенных факторов

# Клинические проявления реакций боевого стресса в значительной мере зависят от характера боевых действий

- ОСТРЫЙ БОЕВОЙ СТРЕСС сопровождается чувством страха с более частым развитием тревожной, соматоформной и психовегетативной симптоматики
- ХРОНИЧЕСКИЙ БОЕВОЙ СТРЕСС способствует общему снижению адаптивности, увеличению числа астено-апатических вариантов РБС, нарушением в сфере межличностных контактов.

**Термин «БОЕВАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА» - не является общепринятой диагностической категорией и употребляется в операциональном значении - как обусловленное боевым стрессом патологическое состояние ЦНС, особенности патогенеза и феноменологии которого определяются специфичностью внешних этиологических причин.**



# Последствия боевой психической травмы

- Отдалённые последствия боевой психической травмы представлены психическими реакциями различной клинической структуры, тяжести и длительности и относятся к боевым посттравматическим стрессовым расстройствам.
- Боевые посттравматические стрессовые расстройства (боевые ПТСР) – это затянувшиеся или отсроченные условно адаптивные психические изменения и психические расстройства, вследствие воздействия факторов боевой обстановки. Некоторые из этих психических изменений на войне могут носить приспособительный характер, а в мирной жизни ведут к различным формам социальной дизадаптации.



# Международные вооружённые конфликты

- В международном гуманитарном праве большое внимание уделяется международным вооружённым конфликтам.
- Источниками права международного вооружённого конфликта является множество конвенций и деклараций.
- Чёткое установление некоторых положений о правовой защите участников этих конфликтов создаёт основу для создания системы оказания им лечебно-реабилитационной помощи.
- Участники войны в Афганистане этой помощи в должном объёме не получили, последствия этого - общеизвестны.



# КОНТРТЕРРОРИСТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ В ЧЕЧНЕ

- Большое число вооружённых конфликтов в мире имеет не международный характер.
- К началу боевых действий на территории Чеченской республики единая система оказания психолого-психиатрической помощи военнослужащим отсутствовала.
- Организационно-штатная структура психиатрической помощи в группировке федеральных войск соответствовала задачам, стоящим перед медицинской службой в мирное время
- Такая структура не могла обеспечить своевременную и адекватную диагностику боевой психической патологии, оказывать необходимый объём психиатрической помощи, а также осуществлять мероприятия по психопрофилактике и психокоррекции реакций боевого стресса.



## Основные этапы становления системы оказания психолого-психиатрической помощи в вооружённом конфликте в Чечне

---

- **Разработка и апробация форм и методов оказания психолого-психиатрической помощи на разных этапах медицинской эвакуации** *(соответствовала периоду 1-й контртеррористической операции - 1994-1995 гг. )*.
- **Анализ и обобщение результатов оказания психолого-психиатрической помощи в период 1-й контртеррористической операции** *(соответствовала относительной стабилизации военно-политической обстановки в регионе)*.
- **Формирование трехступенчатой (трехэтапной) системы оказания психолого-психиатрической помощи** *(стала функционировать с начала 2-й контртеррористической операции)*.

## **Работа в период 1-й контртеррористической операции (1994-1995 гг.) позволила:**

- *Осуществить поиск наиболее информативных психодиагностических и эффективных психокоррекционных методик, используемых на различных этапах оказания медицинской помощи;*
- *Разработать критерии оценки психического состояния, принципы сортировки и лечебно-диагностическую тактику на разных этапах эвакуации;*
- *Отработать оптимальные схемы развертывания и оборудования палаток (кабинетов) психоземональной разгрузки;*
- *Оптимизировать схемы оказания психолого-психиатрической помощи на разных этапах эвакуации;*
- *Получить (уточнить) данные о распространенности и структуре психических расстройств у военнослужащих, принимающих участие в локальном вооруженном конфликте.*



## Распространенность и структура психических расстройств у военнослужащих *(на передовом этапе)* в период 1-й контртеррористической операции (1994-1995 гг.)

---

- *Изменения психического состояния доболезненного (психологического) уровня (в основном, психологические стрессовые реакции) – до 85%;*
- *Психические расстройства пограничного (невротического) уровня (преимущественно, невротические реакции) – до 15%;*
- *Расстройства психотического уровня (реактивные психозы) – около 1%.*

## На первом этапе

*(непосредственно в боевых порядках)*

**специалистами групп психического здоровья**

**(с привлечением психоневрологов полков,**

**психологов частей) проводилось активное**

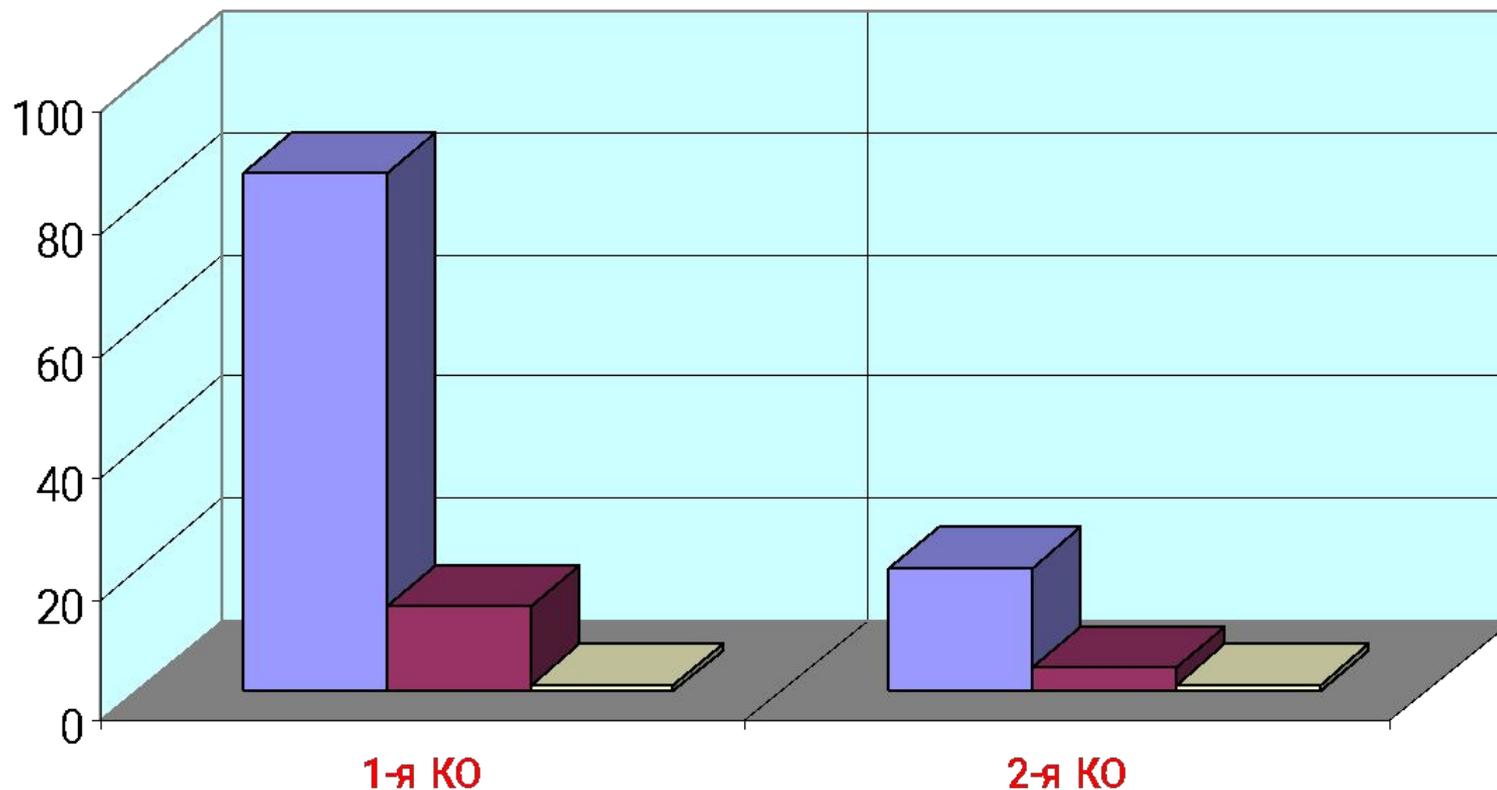
**выявление военнослужащих с**

**дизадаптационными расстройствами**

**(с использованием экспресс-диагностических**

**и экспресс-коррекционных методик)**

## Распространенность и структура психических расстройств у военнослужащих (на передовом этапе)



- Расстройства доболезненного уровня
- Расстройства пограничного уровня
- Расстройства психотического уровня

## На втором этапе

**Мероприятия медико-психологической помощи военнослужащим со сроками лечения 5-7 суток осуществлялись в лечебных учреждениях, дислоцированных в зоне боевых действий (МОСН, ОМедБ), которым придавались группы психического здоровья**

## На третьем этапе

**Оказывалась квалифицированная и специализированная медицинская помощь военнослужащим со сроками лечения до 30 суток.**

---

**Медико-реабилитационная помощь оказывалась на базе двух отделений 1602 ОВГ, психиатрического отделения Владикавказского ВГ, психоневрологических отделений 22 ВГ (п. Ханкала), гарнизонного ВГ (г. Моздок), а также психиатрического отделения Волгоградского ВГ.**

# **Основные направления совершенствования системы оказания психиатрической помощи в условиях локального военного конфликта**

- ***Оптимизация взаимодействия*** групп психического здоровья, психиатров и психоневрологов соединений с военными психологами, заместителями командиров по работе с личным составом и другими специалистами, ответственными за сохранение психического здоровья военнослужащих.
- ***Совершенствование системы подготовки специалистов*** войскового звена (психиатров, психоневрологов, психофизиологов).
- ***Дальнейшая научная разработка*** вопросов, связанных с сохранением психического здоровья военнослужащих, принимающих участие в боевых действиях.

- К сожалению, Российское здравоохранение и ведомства, занимающиеся социальной защитой населения, так и не создали действенную систему мероприятий, направленных на восстановление психического и соматического здоровья комбатантов – участников контртеррористической операции в Чечне, на предупреждение тягостных для них осложнений боевой психической травмы, на оказание содействия в решении психологических и иных их жизненных проблем.



**Основная проблема!**

- Пациент Е. По достижении призывного возраста призван на срочную службу. Окончил учебное подразделение, направлен в строевую часть, ожидающую направления в Чечню для участия в боевых действиях. В боевых действиях участвовал с самого их начала, с декабря 1994 года, примерно шесть месяцев, причём участие было непосредственным, часто приходилось видеть смерть своих товарищей, убивать самому. После установленного срока службы уволился в запас. Вернулся домой «изменившимся», «слух, зрение – всё было обострено», «я как бы вышел на другую ступень своего развития и не мог жить по существующим стандартам общества», «я стал сильнее», «любая несправедливость выводила из себя, мог при этом не сдержаться». Долгие месяцы плохо спал, постоянно снились кошмары, сцены боя, «просыпался в ужасе, а от того, что вдруг ощущал тишину, становилось ещё страшнее, не сразу приходил в себя». Попытался трудоустроиться, но ни одно из предлагаемых ему мест работы почему-то не устраивало, «занялся профессиональным спортом», несколько месяцев подрабатывал тренером по борьбе дзюдо, «это немного успокаивало». В 1995 году кто-то из друзей предложил ему службу в отряде специального назначения, предложение показалось заманчивым, поскольку знал, что в этом случае будет направляться в «горячие точки» и участвовать в боевых операциях, «меня это устраивало, полагал, что только там я буду востребованным», поэтому согласился. Служба нравилась, сдружился с сослуживцами, также имеющими боевой опыт, «у нас были и до сих пор остаются общие принципы и интересы по жизни». Очередная командировка в Чечню в 1999 году с участием в многочисленных боевых операциях ещё больше скрепило дружбу с членами отряда, а вернувшись оттуда, «тянуло обратно», чувствовал себя в мирной обстановке «неуютно». Следующая боевая командировка в Чечню состоялась в 2000 году. 7-8 марта того года, в ходе известного штурма за село Комсомольское и зачистки от банды, на его глазах погиб один из друзей. Не осознавая, что тот уже погиб, под огнём противника пытался вытащить его тело, но в это время получил ранение в поясничную область позвоночника, как оказалось, с повреждением спинного мозга, поэтому, в свою очередь, сам был эвакуирован с поля боя своими товарищами. События нескольких последующих дней свидетельствуемый помнит фрагментарно, либо воспроизводит их по фактам, ставшими ему позже известными. Был доставлен в военный госпиталь г. Ростова-на-Дону, там оперирован, пуля извлечена, но из-за перерыва спинного мозга произошёл необратимый паралич нижних конечностей с нарушением функций тазовых органов. Затем проходил лечение в клиниках нейрохирургии и урологии в Военно-медицинской академии. После стационарного лечения, учитывая как отсутствие у него должной для получения пенсии выслуги лет, так и собственной квартиры, решением командования остался в штате отряда и стал проживать в общежитии. Воспринимал себя «потерянным», хотя «на первых порах» и был окружён постоянным вниманием своих сослуживцев, настроение было «никаким», много размышлял о смысле своей дальнейшей жизни. Особенно обострённо чувствовал это состояние, «когда друзья уезжали в боевые командировки, а я не мог быть с ними», в это время ощущение бесперспективности и своей ненужности достигали апогея, была тоска, нарастала тревога. Часто «не покидало ощущение одиночества», «боялся, что могу либо спиться, либо покончить с собой». Помогало лишь то, что стал обращаться к «восточной мудрости», «научился медитировать». Обращение к восточной философии отвлекало от мыслей о самоубийстве, начал искать ответы на вопросы о своей судьбе, о своём настоящем и будущем.

## Клинический случай

- Квартира, вскоре предоставленная ему властями города по ходатайству командования, оказалась «проблемной», непригодной для жилья, въехать в неё долго не представлялось возможным, продолжал жить в общежитии. В 2003 году познакомился с девушкой показалось, что она очень участливо отнеслась к нему, решил, что она окажет ему поддержку, в которой он тогда очень нуждался, предложил ей выйти за него замуж. Полагал, что семейная жизнь поможет ему обрести душевное спокойствие, избавиться от чувства одиночества, найти своё место в жизни, завести детей. Решением МСЭК ему была оформлена инвалидность I группы, полагал, что это станет материальным подспорьем для семьи, кроме того, предполагал, что возьмётся за какую-нибудь посильную работу. Почувствовал прилив сил, энергии, казалось, что жизнь может наладиться. Брак состоялся, жена въехала в полученную им квартиру, но вскоре начались конфликты. Жена упрекала его в физической и сексуальной несостоятельности, заявляла, что зря вышла за него замуж, называла «импотентом», «калекой», выказывала ему презрение всем своим видом, часто по любому поводу и иногда и вообще без всякого повода «закатывала скандалы», куда-то уходила из дома, ничего ему не поясняя. Вскоре вообще перестала вообще делиться с ним своими планами, стала изменять, брак расторгнут, в 2015 году выселила его из квартиры, как утратившего право на жильё. Оказалось, что ещё в 2003 он передал жене право на приватизацию своей квартиры, не осознавая возможных юридических последствий. С годами у него нарастали психические изменения со стороны: перестал следить за своим внешним видом, стал равнодушным, бездеятельным, безынициативным, «беспамятливым», «бестолковым», вместе с тем вспыльчивым и раздражительным, круг интересов сузился.
- Был осмотрен мною в помещении, не приспособленном для постоянного проживания инвалида-колясочника. Комната, в которой он проживает, захламлена, не прибрана, на столе грязная посуда, везде беспорядок, на окне неаккуратно разложено несколько популярных книг по восточной философии. Сам свидетельствуемый неряшлив, выглядит неухоженным, находится в инвалидной коляске, в которой и передвигается. Со слов окружающих, равнодушно относится к наличию грызунов в комнате, даже пытается их подкармливать, менять что-либо в своём образе жизни не хочет, раздражается попыткам других прибраться в его комнате.
- Констатировано посттравматическое стрессовое расстройство. Рекомендованы наблюдение у психиатра и проведение широкого комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий с психотерапевтическим и психологическим сопровождением. Также было рекомендовано оказание ему юридического содействия в решении его жизненно важных вопросов на основании вероятной неспособности отдавать отчёт своим действиям на период передачи им права на приватизацию своей квартиры бывшей жене. Последнее может быть разрешено только в судебном порядке.

## Клинический случай (продолжение)

Какими психологическими проблемами обернётся участие российских комбатантов в боевых действиях в Сирии – большой вопрос. Более важный вопрос – будет ли создана для них система реабилитационных мероприятий?



**Российские комбатанты в Сирии**

*Спасибо  
за  
внимание !*