

## **ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПСИХИКИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ**

**АНДРЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ БЕРЕСНЕВ**, врач-психотерапевт отделения восстановительной медицины и реабилитации госпиталя МСЧ МВД России по Тюменской области, тел. 30-24-51, e-mail: andberes@mail.ru

**ВАСИЛИЙ ИВАНОВИЧ ЯВОРНИЦКИЙ**, полковник внутренней службы, начальник МСЧ МВД России по Тюменской области

**НИНА ФИЛИМОНОВНА ГАНОЕВА**, подполковник внутренней службы, начальник госпиталя МСЧ МВД России по Тюменской области

**Реферат.** По статистике недовольство граждан качеством медицинских услуг неуклонно растет. Данное обстоятельство может быть связано с все большей ориентацией медицины на объектную, материальную сторону человека, в ущерб субъектной. Субъект человека, его психика также является, с одной стороны, полем развития болезней как психогенных, так и психосоматических, с другой — неоценимым помощником врачу и больному в избавлении от недуга при проявлении заинтересованности, активности. В статье приведены данные медицинских и ведомственных исследователей о проблемности ситуации, а также практические примеры психотерапии. Однако проблема заключается в неиспользовании потенциала возможностей психотерапии: опасения, подозрения и прочее мешают сотрудникам ОВД вовремя и правильно восстанавливать здоровье психики, устраняя эмоционально-вегетативное перенапряжение.

**Ключевые слова:** психотерапия, психика, профилактика, синдром профессионального выгорания.

## **REHABILITATION PROBLEMS OF PSYCHE IN STAFF OF INTERNAL AFFAIRS BODIES**

**A.A. BERESNEV, V.I. YAVORNITSKY, N.F. GANOYEVA**

**Abstract.** Statistics shows lack of satisfaction, by citizens to quality of medical services, this may be due to today's medicine is focused on human as material object and at the expense of subjective. So from one side person and his psyche is becoming the reason for development of the disease it may be psychogenic and psychosomatic, from other side not assessable assistant of doctor and patient in getting rid of the disease, with manifestation of interest and activity. In article has been given view (result statistic) which was provided by medical and institutional researchers about the reality of the situation, as well as practical examples of psychotherapy. Although problem is not using the potential of psychotherapy: but fears, suspicions etc hinder the staff of internal affairs on time and properly rehabilitate their health and psyche, eliminating emotional and vegetative strain.

**Key words:** psychotherapy, psyche, prevention, professional burnout syndrome.

**Введение.** По результатам социологического опроса, отношение к медицинскому обслуживанию в рамках национального проекта [4] показало, что: 1) лишь 25,7% опрошенных удовлетворены качеством медицинских услуг полностью, частично — 26,9% (позитивно 52,6%), не удовлетворены 32,9%. Неудовлетворенность связана с невниманием медицинского персонала (25,7%), в «отрицательных человеческих качествах медицинских работников, их низком моральном уровне»; 2) используемые в настоящее время утилитарные принципы являются неудовлетворительными критериями для оценки качества медицинского обслуживания и распределения ресурсов.

Современная медицина упустила из своего поля зрения заинтересованность больного в своем излечении: она чрезмерно ориентирована на параметры, поддающиеся фиксации, т.е. на материальную сторону, соматику в ущерб абстракции, т.е. психики больного, его субъективной удовлетворенности, а значит моральной оценке больным лечения. И получается, что лечится-то он лечится, и лечится недешево, но стратегически вылечиться не намерен.

Почему? Врачи лечат то, что находят в теле, а психика в процесс не включена. Это и недостаточная информированность, заинтересованность, это и страх... Препараты («таблетка»), улучшающие, стимулирующие деятельность психики, не могут заставить человека от чего-то отказаться, что-то начать делать по-другому, по-новому, понять корень проблемы, засевшей в голове, и т.п.

Достаточно дистанцированное отношение к психотерапии наблюдается и у сотрудников, вернувшихся из «горячих точек», и остальных сотрудников ОВД. Все они так или иначе подвергаются действию стрессовых факторов в связи с родом занятий. В статье рассматриваются проблемы реабилитации относительно здоровой психики (функциональной нервно-психической неустойчивости), профилактики «синдрома профессионального выгорания».

**Материал и методы.** Очень сильна в настоящее время тенденция в медицине — субъект-объектная, когда к больному относятся как к материальному объекту: материальные анализы, объектные результаты исследований, процедуры и препараты, направленные

на получение эффекта в психике. Так или иначе уменьшается личное участие пациента в лечении, и на это находится масса причин.

Безличный комплекс мер медицинских мероприятий, когда с телом больного (безличным биороботом) что-то кто-то делает, а психика больного в стороне от процесса, не всегда способствует исцелению. Каждый врач выискивает «свои» жалобы, ставит «свои» диагнозы, назначает «свое» лечение. При этом целостное восприятие ситуации может выпасть, больной в таких ситуациях остается один на один со своей проблемой и начинает или проявлять самостоятельную (некомпетентную) активность, или полагается на медицину, снимая с себя ответственность. Так или примерно так может происходить разъединение дуэта субъектов врач—больной в процессе борьбы с болезнью.

Если это произошло, то по любой причине (может из-за того, что пациент не доверяет врачу, или врач сказал пациенту: мы вас прооперируем, а ваше участие личности тут не нужно) психику никто особо не слушает, и она перестает слышать тоже! Она явно не на равных с телом, хотя, с другой стороны, руководит, направляет и выбирает за тело.

Заинтересованность, свой целостный контроль, планирование результатов в процессе, мысли о перспективе, вопросы человека, его переживания, фантазии — разве это менее важные факторы, чем анализы? Если пациент не осознает воздействия вредных факторов, которые реально можно уменьшить, не активизировать участие больного в процессе, то лечение и реабилитация превращаются в «дырявое» ведро.

С данной тенденцией в ведомственной медицине сталкиваются не только психотерапевты, но и психиатры. В нижеприведенном материале психиатра под словом «депрессия» понимается широкий смысл — от дискомфорта до проблем психики. До настоящего времени разновидности атипичных депрессий (читаем проблем психики) являются в большей степени проблемой общемедицинской, чем психиатрической (психотерапевтической, специфической).

Разнообразно представленная соматовегетативная симптоматика скрывает собственно депрессивную (психогенную) симптоматику. Диагностика вызывает трудности, так как картина состояния больного создает впечатление развивающейся соматической патологии. Больные зачастую попадают в поле зрения врачей общей практики или других специалистов, но не психиатров (еще реже — психотерапевтов). Больным назначают необоснованные и дорогостоящие методы обследования и лечения, в том числе хирургические, на фоне которых глубина депрессии (жалоб, симптомов) может усугубиться, создаются предпосылки для ятрогенной (врачебной) фиксации на своем состоянии и развития ипохондрического (других психосоматических) синдрома.

Сотрудники ОВД могут отрицать у себя наличие депрессивного расстройства (психосоматического, другого психогенного); иногда они трактуют вегетативные симптомы и боль как соматическое неблагополучие, поэтому обращение к специалисту-психиатру (психотерапевту) для них является неприемлемым. Чаще всего врачу приходится сталкиваться с цефалгиями и кардиалгиями [7].

Служба в ОВД носит чрезвычайно напряженный и экстремальный характер, поскольку сопряжена с

риском потери здоровья и даже жизни. Психотравмирующие события приводят к развитию социальной дезадаптации различной степени выраженности, которые в свою очередь могут вести к развитию различных заболеваний. Например, у вернувшихся из командировки сотрудников в 17,2% случаев были выявлены признаки посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). На фоне ПТСР у обследуемых сотрудников в 62,19% случаев была выявлена гипертоническая болезнь (ГБ), в 14,6% — язвенная болезнь (ЯБ) и т.д. Центральная нервная система (ЦНС) играет ключевую роль в регуляции артериального давления (АД). Краткосрочная стимуляция нервной симпатической системы имеет место в условиях любого стресса, обеспечивая адекватную психомоторную реакцию организма. Хроническая стимуляция приводит к патологическим изменениям сердечно-сосудистой системы или ее ремоделированию, дезадаптации психических функций [16]. Острая стрессовая нагрузка приводит к острому подъему АД, длительный хронический стресс независимо от причины также может быть фактором развития АГ [8]. ЦНС не только мишень, она «соавтор» гипертонической болезни. Десятки наблюдений свидетельствуют о начале артериальной гипертонии после психической травмы [6, 8, 15, 16, 18].

Патогенез ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) является мультифакторным. Одним из важных факторов является хронический эмоциональный дистресс, связанный со стрессорным воздействием на человека психологических и социальных факторов и формирующихся на его основе состояниях дезадаптации. Сохранение состояния дезадаптации в течение более или менее продолжительного времени ведет к развитию «болезни адаптации» (Селье Г., 1952) — психосоматической патологии. Для ЯБ желудка и ДПК доказана патогенетическая значимость психогенных факторов (Свядош, 1982). Психосоматическая патология имеет тенденцию развиваться по типу «замкнутого круга» [20].

Способствует замкнутости «на себя» и то, что психогенные факторы играют решающую роль в субъективной манифестации объективных вегетативных кризов, обнаруживая диссоциацию между субъективностью и объективным регистрированием проявлений криза [5]. Мало того, что часто соматические ощущения не осознаются и тем более не связываются с общей картиной психогенной части болезни, так они еще и «стираются» (проявления, не болезнь!) всеми возможными способами, тогда как осознанные и введенные в общую картину помогут собрать целостность и в итоге помочь.

В связи с этим необходимо проводить обследование лиц, работающих в ОВД, для своевременного выявления стрессиндуцированной патологии, а также проводить комплекс реабилитационных мероприятий (в частности, психотерапию), направленных на коррекцию и предотвращение развития гипертонической, язвенной и других болезней, развивающихся на фоне ПТСР. Психотерапевтическая помощь должна стать главным компонентом мероприятий по лечению и профилактике психосоматических расстройств [16]. Если этого нет, то ПТСР становится причиной личностных деформаций, эмоциональных нарушений, тяжелых аффективных расстройств. Руководители ОВД должны помнить о тех негативных последствиях (суициды, алкоголизация,

неадекватные агрессивные реакции, деструктивное и асоциальное поведение), с которыми им придется столкнуться у тех подчиненных, у которых нереабилитирована психика. Трудно при этом оказать помощь, если спецификой является обусловленность разделения познавательной и чувственной сфер, поэтому степень наличия определенных знаний у всех людей не имеет решающего значения — «знаю, что не страшно, но все равно боюсь» [11].

Снижением эффективности подхода, связанного с мышлением, является то, что надежность оценок любого психометрического теста фактически ограничивается. В психологии процедура измерения взаимодействует с объектом измерения и является результатом этого взаимодействия. В физических измерениях объект, как правило, пассивен и не влияет на измерительный инструмент. Человек же всегда активен и может применять такую тактику, которую специалист при разработке методики не предусматривал. Поэтому при экспертизе жесткие требования предъявляются к репрезентативности и защищенности от фальсификации измерительных технологий [12].

Врачебная психотерапия, ориентирующаяся на работу с эмоциональной сферой, в этом смысле имеет явное преимущество.

В норме у психически здорового человека все психические процессы гармонично связаны и адекватны, правильно отражают происходящее вокруг, его подход к обстоятельствам жизни критический, он может изменять поведение в зависимости от смены жизненных ситуаций. Соответственно при нарушении гармоничности, неправильном отражении происходящего, неадекватности к окружающему, неспособности изменять поведение, в зависимости от ситуации, можно констатировать зримую не норму. Реабилитация как система мероприятий направлена на предупреждение развития патологических процессов (не нормы), приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности.

Методологическая основа профилактики психосоматических заболеваний среди сотрудников ОВД базируется на «Концепции охраны здоровья в РФ», основанной на определении функциональных резервов, донологической диагностике на ранних стадиях адаптационного синдрома — стадиях готовности организма к развитию заболевания. Важно, что эти стадии обратимы, так как негативные отклонения в организме еще не закреплены структурно и могут быть ликвидированы устранением причин, изменением образа жизни или средствами восстановительной медицины — психотерапии. Документы создают правовые предпосылки для практического применения технологий профилактической (превентивной медицины) охраны здоровья работников опасных профессий.

Даже при отсутствии болезненных состояний физического и психического здоровья, отмечается кумулятивный эффект (накопление) повторных экстремальных воздействий без восстановительно-реабилитационных мероприятий, что в дальнейшем приводит к хронификации стресса и стойким болезненным проявлениям.

Служебная деятельность правоохранительных органов характеризуется высокой напряженностью труда. Эта специфика трудового процесса отражает нагрузку преимущественно на центральную нервную систему,

органы чувств и эмоциональную сферу сотрудника. При повседневном или протяженном психоэмоциональном напряжении, превышающем барьер психической устойчивости, адаптивная стресс-реакция переходит в патогенную (дистресс), проявляющуюся в дезорганизации психосоциальных и психофизиологических функций индивидуума. Возникающее при этом состояние психофизиологической дезадаптации проявляется в снижении работоспособности, повышенной утомляемости, аномальных личностных реакциях, девиантных формах поведения (суицидальные тенденции, агрессивность, импульсивность поступков и др.), нервно-психических и психосоматических (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и др.) нарушениях. Термин «гипертония на рабочем месте» означает более высокие уровни АД в рабочие периоды по сравнению со значениями АД в периоды отдыха и выходные дни. Неблагоприятные внешние факторы, оказывающие стрессорное влияние на рабочем месте, действуют совместно с возникающими нежелательными внутренними факторами, такими как тревога, депрессия, расстройства адаптации и деятельности ЦНС [17].

Реабилитационная психотерапия индивидуально и в тренинговой группе может восстановить состояние психического и физического здоровья, потенциалов организма. Это дает возможность более длительного сохранения активного трудоспособного возраста.

Реализация психопрофилактики осуществляется через следующие **принципы**: *основной* — активное предупреждение расстройств; *партнерства* — включение самого больного в процесс, соучастие в восстановлении; *разносторонности* — усилий индивида (это обусловлено тем, что характеристикой для большинства социальных стрессогенных ситуаций является неспособность индивида получать осмысленную информацию, показывающую, что его деятельность ведет к желаемым последствиям); *принцип единства* психосоциальных и биологических методов воздействия.

Неспособность индивида получать осмысленную информацию в стрессе ведет к недоосознанию причинно-следственных факторов образования и воздействия этого стресса, его последствия (неосознаваемое противодействие принципу разносторонности). В результате формируется, а затем подкрепляется позиция безучастия человека к процессу реабилитации от этого стресса (противостояние принципу партнерства).

С одной стороны, авторы пишут [9], что разработана методика оценки оптимальности технологий в медицинской реабилитации, интегрирующая методы клинических испытаний, лабораторной диагностики, инструментального обследования и субъективных показателей — психоэмоционального состояния, т.е. интеграция объективных и субъективных методов (принцип единства). С другой — трудно найти в литературе исследования, показывающие субъективную динамику выздоровления пациента, т.е. не улучшения психоэмоционального состояния пациента вообще (и только), а применительно к субъекту, заинтересованному в выздоровлении от своей болезни. Согласитесь, что это разные вещи. Можно улучшить свое психоэмоциональное состояние от авторитетной клиники, в которую наконец-то попал, от окружающего внимания, изысканного питания, безупречного ухода и т.д., и в то

же время преспокойно и радостно «пилить сук» своего здоровья, не осознавая этого. Невыполнение основного принципа — активное предупреждение — ведет к возникновению расстройств здоровья, и необходимо в таком случае включение самого больного (не пассивно как тело, объект, а активно как субъект) в процесс. А это означает одно — заинтересованность самого этого человека! То есть личное его участие в реабилитации имеющегося состояния под руководством врача (все принципы).

В этом смысле мы присоединяемся к подходу А.П. Ефимова [10]. На базе личного опыта реабилитации более 30 000 больных нами накоплена неутешительная статистика: не менее 70% причин инвалидизации составляют низкоэффективная лечебная помощь, недостаточная вторичная и третичная профилактика, а главенствующим фактором инвалидизации является неадекватная цена лечебных воздействий, выполнение их без учета конечной цели лечения пациента.

Психотерапевт не несет функции эксперта, и это существенно отличает его от психиатра и психолога ОВД, которые вынуждены использовать полученные сведения для доказательства своих экспертиз. Оценивание настораживает человека, заставляет закрываться, а это в конечном итоге ведет к недоверию и неискренности. Психотерапевт не оценивает для экспертизы, он помогает преодолеть проблему. Малая осведомленность широкого круга пациентов и специалистов в этом вопросе сводит это различие на нет. И тем не менее это базис, на котором только и могут строиться открытые, доверительные отношения психотерапевта с пациентом для оказания превентивной помощи психике. Следует подчеркнуть, что даже недоверие по незнанию лишает психотерапевта возможности «заглянуть» через открытость человека в его психику, душу (сферу чувств), а значит работать с ней, а значит получить качественный результат. Отсутствие результата ставит под вопрос эффективность профессии. А ведь неосознаваемая необходимость в психотерапии огромная. Останавливает незнание: «а чем мне могут помочь?», «а мне помощь не нужна!», и недоверие: «а вдруг, информация куда-то «утечет». А это уже не медицина.

Подходы в работе основаны на концепции строения целостного человека [3], разработанной с учетом объектного и субъектного факторов. Разработана методика оценки эффективности (оценивает врач по субъектным и объектным изменениям в состоянии пациента, в итоге рассчитывается процент эффективности преодоления пациентом проблемы).

Работа направлена на преодоление проблем, обозначенных в исследовании А.Г. Шогенова [19]. В эпидемиологических исследованиях участвовали 1 847 мужчин—сотрудников ОВД и 970 женщин—сотрудников ПОО; в клинико-инструментальных наблюдениях участвовали 368 мужчин и 435 женщин; в рамках диспансеризации рассматривались следующие положения: 1) недостаточная медицинская информированность и низкий уровень терапевтического согласия пациентов на длительное сотрудничество; 2) выраженные нервно-психическое расстройство, снижение работоспособности как у больных, так и у 25% здоровых лиц с фактором риска; 3) недостаточная эффективность «обычных» терапевтических методов лечения.

На территории МСЧ ГУВД по Тюменской области при госпитале открыто отделение реабилитации и восстановительного лечения, которое располагается в отдельном 3-этажном здании. В отделение входят кабинеты грязелечения и парафинолечения, подводный душ-массаж, гидромассаж, вспомогательные кабинеты, подводного вытяжения, душ Шарко, сауна, тренировочный зал, бильярд, ордinatorская, кабинеты массажный и ЛФК, сухого вытяжения и кабинет психотерапии (психологической разгрузки).

Кабинет психотерапии общей площадью около 84 м<sup>2</sup> оснащен комфортными мягкими креслами для групповой работы, музыкальным центром, телевизором, выполнен в светло- и темно-синих тонах, что создает однородную гамму, благоприятную для спокойной работы.

**Результаты и их обсуждение.** Показательны массовые (коллективные) обращения к психотерапевту за помощью сотрудников, вернувшихся из «горячих точек». При отсутствии (неосознанном, скрываемом) жалоб, но наличии психосоматического диагноза (наличие психогении), выявлялся диагноз, соответствующий МКБ-10, и определялась 2-я группа. По результатам обследования всех прибывших из зоны чрезвычайных ситуаций образованы медицинские группы: 1-я — здоровые; 2-я — имеющие функциональные, донологические отклонения в состоянии здоровья.

Первая выборка (весна-лето 2006 г.) составила 70 человек: высказал жалобы для оказания помощи 1 (1,4%) человек; 56 (80%) человек составили 1-ю группу, 14 (20%) человек — 2-ю, из них у 87,7% установлена начинающаяся сердечно-сосудистая патология и у 64% — патология ЖКТ. Первый вариант деятельности — добровольное посещение тренинговой психотерапевтической группы. Проводилась беседа о возможном механизме образования и развития психосоматического заболевания, предлагалось участие в реабилитационной группе (рассказывалось о целях, содержании и пользе групповой работы).

Отказались от участия в группе 22 (37%) человека; согласились на работу в группе 37 (62,7%) человек; пришли на группу 9 (24 %) человек, от изъявивших желание участвовать в группе, или 15% от общего числа реабилитантов, которым предлагалась групповая работа, 85% не участвовали в реабилитации. Эти цифры говорят о несерьезном отношении к реабилитационному процессу и, в частности, к реабилитационной психотерапии. Подчеркнем, что осуществление медицинской профилактики и реабилитации необходимо практически здоровым людям, не имеющим признаков психической дезадаптации, но находящихся в условиях экстремальных ситуаций [2].

В условиях противостояния миру криминала, чтобы сохранить себя и выполнить задачу, нужна разносторонняя оценка сложившейся ситуации. Для этого было принято решение перейти на вариант обязательного посещения психотерапевтической группы с целью создания более эффективного результата. Ведь «психотерапия как система лечебного воздействия на психику и через психику на организм человека» (Карвасарский Б.Д., 1985) позволяет сделать «апгрейд» пациента: вместо нездоровья — радость и здоровье.

Рабочее звено — та же реабилитационная психотерапевтическая группа, цель которой — дать

общие представления о психотерапии, а именно: знания, навыки исследования психики, рефлексия и осознание своего поведения, что позволяет самостоятельно и целенаправленно снизить напряжение, не кумулировать его, оценить проблему — источник психоэмоционального напряжения, ведущего к развитию психосоматических заболеваний, и в группе принять решение по адаптации человека к спокойному преодолению проблемы.

Второй вариант работы. Выборка (осень-зима) составила 59 человек, высказал жалобы 1 (1,7%) человек. 14 (23,7%) человек — 1-я группа, 2-я — 45 (76,3%) человек, из них у 24,4% — патология сердечно-сосудистой системы; у 22,2% — верхних отделов ЖКТ; у 44,4% — патология сочетанных систем и других органов. 81,4% реабилитантов пришли на группу, 18,6% не пришли. На первую встречу пришли 72,8% от всех реабилитантов, на вторую — 32%, на третью — 13,5%. Сверх норматива отработали 3,4% реабилитантов (они поняли, осознали необходимость, были заинтересованы). Всего от расчетного времени удалось использовать только 48,6%.

Резкое увеличение процента реабилитантов 2-й группы (20 и 76,3) во второй выборке можно объяснить увеличением среднего возраста реабилитанта второй выборки на 2 года (с 29,5 до 31,5 года). В пользу связи «расцвета» заболеваний с увеличением возраста свидетельствуют результаты обследования популяции 970 женщин 20—59 лет, у которых артериальная гипертензия была установлена в 43,9% наблюдений и подтверждена зависимость ее частоты от возраста, достигая максимума в 50—59 лет (68,9%) [18].

После рассмотрения противостояния психотерапии в массовых потоках приведем индивидуальные, но имеющие тенденцию повторяться, ситуации.

Направлена пациентка А., 41 год, диагноз: АГ, чувство тревоги, обострение психоэмоционального напряжения. Больная утверждает, что помощь ей не нужна, что направил врач (чувство тревоги есть, но не связывает с гипертензией, пытается рассказать, почему есть тревога, как будто оправдывается).

Самостоятельное обращение: пациентка С., 45 лет, диагноз: остеохондроз, кардиалгия, ВСД. Жалобы на момент обращения к психотерапевту: просыпается ночью из-за нехватки воздуха, беспокойство, страх после стрессов. Рекомендована психотерапия (но больную выписали).

К вопросу о необходимости психотерапии. Она необходима 45 реабилитантам из 59 — 76,27%. Востребована психотерапия 1 (2,22%) из 45, другими словами, 76 больным из 100 (3 из 4) просто необходимо лечить свою психосоматику (не беря в расчет дисконфорты психики), т.е. проблемы психики, не достигшие стадии болезни, необходимо лечить у психотерапевта (а не у психиатра!). Но обращаются к психотерапевту только 2 человека из ста! Явная потенциальная необходимость в психотерапии в 34 раза больше.

Доходит до абсурда, когда некоторым реабилитантам, вернувшимся из «горячих точек», предлагаешь назвать чувства, имеющиеся на данный момент. Реакция поражает. Это даже не страх, а шок! Это воспринимается как просьба «раскрыть душу». Что сродни, наверно, реакции на предложение предать Родину. «Мальчики не плачут ...» — есть такая социальная установка, что они не должны жаловаться ни в детстве, ни будучи взрослыми, ни даже когда нужно, «...но болеют и пьют», — и в

этом находят выход из ситуации. Достаточно вспомнить любимые сериалы страны, например «Улицы разбитых фонарей», и ведь как пьют, а последствий «нет», нет на экране. Это в кино, а как же в жизни? А в жизни вот как: параллельно увеличению числа выездов нарастают негативные последствия у сотрудников (более чем в 3 раза по сравнению с однократным): число случаев аддиктивного поведения (в основном алкоголь) увеличивается в 7,8 раза. Особую озабоченность вызывает резкое увеличение алкогольного стиля реагирования сотрудников на ситуации, сопровождающиеся психоэмоциональным напряжением. Действующая в настоящее время система реабилитации зачастую не учитывает как раз эту сторону последствий. Динамика нарастания негативных тенденций демонстрирует неспособность многих участников контртеррористической операции самостоятельно справиться с последствиями боевого стресса, а также недостаточность принимаемых мер по медико-психологической реабилитации между выездами [13].

Но есть и другие примеры: высказывание Алексея, 29 лет, на второй групповой встрече как результат групповой психотерапевтической реабилитации: «На первой встрече была апатия, потеря определенной цели, утомленность, были проблемы, которые ставили меня в тупиковую ситуацию. По началу отношение к группе было безразличным, схожу если надо, если положено».

— *Что изменилось, что есть сейчас?*

— В ходе работы в группе ситуация изменилась. Появился оптимизм, бодрость, появилось желание к самоанализу, к оценке своих действий. Стал более трезво подходить к ситуации, анализировать ее. Появилась целеустремленность, вера в то, что смогу найти выход из сложившейся ситуации. Не только своими эмоциями пользоваться, но и пытаться умственно моделировать ситуацию, прогнозировать дальнейшие последствия и ее результаты. Понял, что, прежде чем создать ситуацию, можно смоделировать различные варианты ее прохождения, а также варианты итогов ситуации. И для себя сделал вывод, что можно инцидент не создавать, а как-то найти пути его обхода. Перестать идти напролом, а начать как-то лавировать. Выбирать наиболее подходящий для себя и для окружающих путь решения вопросов и задач.

— *Что можно пожелать будущим участникам?*

— Пожелания для тех, кто в дальнейшем будет посещать группу. Во-первых, не подходить к этому вопросу как к «обязаловке», во-вторых, находясь на группе, не придерживаться такого принципа: моя хата с краю, а может быть, меня не заденет. Нужно самому проявлять инициативу при общении, тогда легче твоя проблема будет разрешаться, чем когда ты закупишься как улитка в свою раковину, сядешь в сторону и будешь молчать. Не каждому дано путем самоанализа, непосредственно в своем мозгу добиться желаемого результата. Причем правильного. В группе происходит осмысление ситуации.

— *Как это бывает? Что у тебя произошло?*

— После первой встречи пришла первая мысль: не понял ничего, зачем сюда приходил? Полнейший сумбур в голове. Потом между встречами сам или по двое, по трое общаясь, начинаешь разбирать ситуацию, которые проходили в группе. Пусть даже тратишь больше времени на осмысление, и вот где-то происходит осмысление (озарение, инсайт). И когда

приходишь во второй раз, эти же вещи, которые изначально для тебя были не понятными, становятся более осмысленными, более понятными. И тогда появляется даже интерес для продолжения общения, к дальнейшим действиям, к этой работе. Из сегодняшней второй встречи я понял, что нужно искать более углубленный подход к различным ситуациям и различным методам. Не нужно судить поверхностно и абы как. Чем глубже ты видишь ситуацию, тем проще будет дальнейшее ее решение и больше вариантов выхода из проблемы.

Есть и показательные результаты индивидуальной психотерапии. Приведем примеры психосоматических жалоб и результаты.

1. Женщина, 34 года. Жалобы: нервничаю, стресс, головные боли, не могу расслабиться, в голове крутятся мысли. Итог работы: я забыла про то, что такое ощущение может быть. Я спокойно отреагировала на звонок с работы, не зацепило. При разговоре с мужем не раздражалась и не ругалась. Хорошо в новом ощущении.

2. Мужчина, 56 лет. Жалобы: напряжение в голове, шум, головокружение, бессонница, раздражительность, перед глазами красные, черные круги, страх, беспокойные сны. Итог работы: положили с головными болями на 2 месяца, теперь выписываюсь через три недели. Болей нет, шум есть, но не раздражает, не беспокоит.

3. Женщина, 55 лет. Жалобы: не могу собрать себя в кучу, полудепрессия, неуверенность, растерянность, слезливость, заставляешь себя что-то делать, внутренняя дрожь, обидчивость. Итог работы: голова тяжелая, благодущие. Настроение хорошее. Положительные результаты. Равновесие внутреннего состояния.

4. Женщина, 57 лет. Жалобы: комплексы, потерялся смысл жизни, на сердце комки, жить не хочется, вина перед мужем (умер). Итог работы: Я поняла, что мне не хватает общения.

5. Мужчина, 34 года. Жалобы: бессонница, кошмарные сны, угнетенное состояние, беспокойство, головные боли, тревога. Итог работы: тепло, удовлетворение, благодарность. Озарение: я пришел сюда жертвой, а сейчас я понял, что меня хотят сделать жертвой, меня хотят сделать виновным. Это две большие разницы.

6. Мужчина, 45 года. Жалобы: бессонница, кручусь, не могу заснуть, крутятся мысли в голове, шум в голове, головные боли. Итог работы: тепло распространилось на все тело. Физический и душевный подъем. Настроение хорошее, радость. Прорыв. Стал себя ощущать, чувствовать. Организм ожил. Прилив сил стал чувствовать, раньше была слабость.

Удручает то, что в целом, в общей массе положительные результаты меркнут «как капля в море».

**Заключение.** Для своевременного принятия профилактических мер по недопущению многих негативных явлений в нашей окружающей действительности, в частности со стороны сотрудников ОВД, необходимо менять отношение к психотерапии, восстанавливающей здоровье психики и физическое здоровье. В методических рекомендациях [12] подчеркивается, что нервно-психическая неустойчивость не равнозначна психическому расстройству и является временным, обратимым состоянием, корректируется организационными, психологическими и медицинскими мерами. И если это не осознается самим сотрудником, то должен

понимать и разделять ответственный руководитель, чтобы осознанно подходить к негативным последствиям поведения своих подчиненных, если он хочет прослыть дальновидным и успешным. Необходимость сохранения кадрового состава ОВД, профессионального долголетия, способности к качественному выполнению поставленных задач чрезвычайно актуальна. На этом фоне профилактика развития различной патологии становится важнейшей задачей не только ведомственной (здравоохранения), но и всех заинтересованных структур: руководителей, психологов, кадрового аппарата [14].

Психология ориентирована на когниции (знания), поведение, отношения (интеллект), обучающий подход. Человек успешно обучается (мыслит), когда он в состоянии принимать и применять воспринимаемое знание. (Говорю так имея психологическое образование). Но когда психоэмоциональное напряжение (чувства) становится господствующим, психолог ограничен обучающим подходом. Он может проводить сеансы психологической разгрузки, но если эффект поверхностен, он должен направить человека к врачу. Психолог должен знать, где заканчивается его компетенция. Компетенция врача, его подход — лечить психоэмоциональную напряженность. Если это врач-психиатр, то он выявляет нервно-психические нарушения (расстройства), а человек еще не «созрел» до нарушений, у него еще только неустойчивость. Так и уходит «неустойчивый», как неприкаянный. А он должен идти к психотерапевту, который будет «рядом» и создаст условия, чтобы неустойчивость эту компенсировать, т.е. устранить причину (психотерапевт не ставит на учет, не комиссует). Не дать неустойчивости перерасти в расстройство, с которым уже психотерапевт не работает. Эта работа или лечение, или психотерапия (индивидуальная или групповая) отличается от «разгрузки». Да, надо анализировать, вникать, понимать, описывать свои ощущения и чувства, осознавать, систематизировать и т.д., т.е. напрягаться, и только тогда будет результат. Результат исцеления первично — от недуга психики, вторично — от недуга тела.

Психотерапии необходима организационная помощь в создании и внедрении инновационных клинически эффективных и экономически рентабельных оздоровительно-реабилитационных технологий, а также индивидуальных программ и их применение [1].

В связи с тем, что данный подход видится как достаточно нетрадиционный, авторы искренне заинтересованы в разных размышлениях коллег. Адрес для отзывов: [andberes@mail.ru](mailto:andberes@mail.ru), [www.intyumen.ru/ab/](http://www.intyumen.ru/ab/)

## ЛИТЕРАТУРА

1. Арутюнов, А.Г. Разработка и внедрение инновационных оздоровительно-реабилитационных технологий / А.Г. Арутюнов, К.И. Молчанов, П.С. Турзин // Материалы V Междунар. конф. по реабилитологии. — М.: Златограф, 2005. — С.6.
2. Арутюнов, А.Г. Перспективный инновационный метод медицинской реабилитации при психоэмоциональном стрессе / А.Г. Арутюнов, Т.Е. Белоусова, В.К. Решетняк // Материалы V Междунар. конф. по реабилитологии. — М.: Златограф, 2005. — С. 153.
3. Береснев, А.А. Карта потенциала личности / А.А. Береснев // Академ. журн. Западной Сибири. — 2006. — № 3. — С.35—36.
4. Богомяков, В.Г. Анализ результатов социологического опроса «Отношение граждан к национальным проектам»

- / В.Г. Богомяков // Гражданская трибуна Тюменской области. — Тюмень, 2006. — № 18. — С.2.
5. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / А.М. Вейн. — М.: Медицинское информационное агентство, 2000. — 752 с.
  6. Гогин, Е.Е. Органы-мишени артериальных гипертоний и становление гипертонической болезни / Е.Е. Гогин // Кремлевская медицина. Клинический вестник. — 2006. — № 2. — С.10.
  7. Гулевич, Э.А. Алгический синдром как вариант маскированной депрессии, его вариативность и развитие ипохондрического синдрома у сотрудников ОВД / Э.А. Гулевич, Л.В. Гулевич // Мед. вестник МВД. — 2006. — № 1(20). — С.27—29.
  8. Дудко, Т.Л. Артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь) / Т.Л. Дудко // Заболевания, являющиеся показаниями для проведения медико-психологической реабилитации. Центр Управления делами Президента. — М., 2006. — С.5.
  9. Егорова, И.А. Использование методологии доказательной медицины для выбора оптимальных инновационных методов в реабилитологии / И.А. Егорова, В.К. Решетняк, П.С. Турзин // Материалы V Междунар. конф. по реабилитологии. — М.: Златограф, 2005. — С.192—193.
  10. Ефимов, А.П. Медико-социальная реабилитация и ее высшая цель / А.П. Ефимов // Материалы V Междунар. конф. по реабилитологии. — М.: Златограф, 2005. — С.194—195.
  11. Кирюхин, О.Л. Опыт работы психологической службы УВД Рязанской области и Центра практической психологии РГПУ им. С.А. Есенина по психологической реабилитации детей — жертв теракта в г. Беслан / О.Л. Кирюхин, А.Г. Филичкин [и др.] // Мед. вестник МВД. — 2006. — № 1(20). — С.23—26.
  12. Методические рекомендации. Организация медико-психологического обеспечения сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, выполняющих задачи в особых условиях. — М., 2005. — 47 с.
  13. Мягких, Н.И. Современные приоритеты при организации медико-психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел / Н.И. Мягких, А.В. Каляев // Мед. вестник МВД. — 2006. — № 5(24). — С.1—2.
  14. Мягких, Н.И. Современные методические подходы к организации медико-психологического обеспечения деятельности органов внутренних дел / Н.И. Мягких, А.В. Каляев // Мед. вестник МВД. — 2006. — № 6(25). — С.1—3.
  15. Сипко, Г.В. Психосоматические аспекты гипертонической болезни: значение для реабилитации / Г.В. Сипко // Кремлевская медицина. Клинический вестник. — 2006. — № 2. — С.61—62.
  16. Субботина, Н.А. Влияние посттравматического синдрома стрессовых расстройств на развитие заболеваний у сотрудников органов внутренних дел Свердловской области, вернувшихся из командировки в Северо-Кавказский регион / Н.А. Субботина // Мед. вестник МВД. — 2006. — № 1(20). — С.1—2.
  17. Шогенов, А.Г. Значение системного комплексного мониторинга психосоматических заболеваний у сотрудников ОВД с целью сохранения профессионального долголетия / А.Г. Шогенов, А.М. Муртазов, А.В. Кравцов // Современные технологии восстановительной медицины и реабилитации. Специализированная мед. помощь: сб. тр. науч.-практ. конф., посвящ. 80-летию мед. службы ГУВД по Свердл. обл. / под ред. А.В. Лимонова [и др.]. — Екатеринбург: Изд-во «Урал», 2009. — С.77—78.
  18. Шогенова, А.Б. Артериальная гипертония и факторы риска атеросклероза у женщин — сотрудников правоохранительных органов / А.Б. Шогенова, А.Г. Шогенов А.А. Эльгаров // Актуальные вопросы развития ведомственной медицины МВД России: материалы науч.-практ. конф., посвящ. 75-летию мед. службы ГУВД СПб. и Ленинградской обл. (сент. 2006 г.). — С.355.
  19. Шогенов, А.Г. Медицинские и психологические аспекты профилактики ишемической болезни сердца и артериальной гипертонии среди сотрудников правоохранительных органов / А.Г. Шогенов А.А. Эльгаров // Актуальные вопросы развития ведомственной медицины МВД России: материалы науч.-практ. конф., посвящ. 75-летию мед. службы ГУВД СПб. и Ленинградской обл. (7—9 сент. 2006 г.). — С.354—355.
  20. Шостак, П.Г. Психологические факторы риска развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у сотрудников органов внутренних дел / П.Г. Шостак, Д.А. Шеина, В.Н. Клейменов // Мед. вестник МВД. — 2005. — № 3(16). — С.16—17.

© Буренина И.А., Хасанов В.В., 2011

УДК 616.65-002-08-849.11

## ПРИМЕНЕНИЕ БЕГУЩЕГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

**ИРИНА АЛЕКСЕЕВНА БУРЕНИНА**, канд. мед. наук, доцент кафедры реабилитологии и спортивной медицины  
ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития РФ

**ВЛАДИМИР ВЛАДИМИРОВИЧ ХАСАНОВ**, врач-уролог высшей квалификационной категории Клинического госпиталя  
ФКУЗ МСЧ МВД России по Республике Татарстан

## USE OF RUNNING MAGNETIC FIELD IN THE COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS

**I.A. BURENINA, V.V. KHASANOV**

**Х**ронический простатит в настоящее время остается наиболее распространенным заболеванием среди мужчин. Согласно статистическим данным простатитом болеют от 25 до 40% мужчин, причем, как правило, наиболее трудоспособного возраста (25—50 лет) [2, 3, 6].

Хронический простатит рассматривается как полиэтиологическое заболевание, в основе возникновения и рецидивирования которого, помимо

действия инфекционных факторов, лежат нейровегетативные и гемодинамические нарушения. Актуальность проблемы имеет большое медико-социальное значение ввиду длительного, рецидивирующего течения заболевания, нарушающего копулятивную и репродуктивную функции, снижающего качество жизни больного и приводящего к астенизации и нарушениям в психоэмоциональном статусе пациентов [2, 8].