МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ТРАВМАТЕРАПИЯ. ПРЕОДОЛЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ СОБЫТИЙ

Сборник научных работ

Донецк – 2026

УДК 159.94:159.972:159.964 + 614.8:616.8-008.6
ББК 88.2 + 56.1
Т 65

Рекомендовано к изданию
Ученым советом Донецкого государственного университета
(протокол № 3 от 27.02.2026 г.)

Рецензенты:
Черных Л.А., доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры психологии ФГБОУ ВО «Луганский государственный педагогический университет».
Седнев В.В., доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет».

Т 65 **Травматерапия. Преодоление последствий психотравмирующих событий**: сборник научных работ / под общ. ред. Е. Г. Максименко, А. В. Гордеевой, И. В. Киселёвой. – Донецк: Издательство Донецкого государственного университета, 2026. – 348 с.

Сборник научных работ является результатом научно-практической деятельности специалистов в области травматерапии, отражающей собрание опыта, форм и методов работы психологов, медиков, социальных педагогов, работающих на территории Донбасса. Авторы сборника – эксперты одноименной конференции, проведенной на базе Донецкого государственного университета 21–22 марта 2025 г., обращают внимание на важность проработки психотравмы, без которой невозможно стабилизировать психоэмоциональное состояние и восстановить адаптационные ресурсы. Основная цель сборника – обеспечение необходимыми теоретико-практическими знаниями специалистов, работающих в области социальной поддержки и медико-психологической помощи пострадавшему населению, проживающему в зоне конфликта.

Публикуется в авторской редакции.

УДК 159.94:159.972:159.964 + 614.8:616.8-008.6
ББК 88.2 + 56.1

© Коллектив авторов, 2026
© Донецкий государственный университет, 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО……... 6
ГЛАВА 1. СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, АБИЛИТАЦИИ, РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ И РЕАДАПТАЦИИ ВЕТЕРАНОВ И УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ, ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ…… 12
1.1 Личностно-ориентированный подход к управлению системой преодоления последствий боевого травматического стресса. *В. А. Абрамов, Е. В. Бабура, А. В. Ксёнз, Е. А. Абрамова, Р. З. Зейналов*…… 12
1.2 Ценностно-смысловые ориентации и представления о временной перспективе у военнослужащих срочной службы. *Э. А. Ангелина*……... 20
1.3 Духовно-личностный кризис в экстремально-травматической ситуации, связанной с боевыми действиями. *Е. В. Бабура*……. 28
1.4 Психологическая специфика переживания военнослужащими ситуаций стресса и риска. *Е.И. Барышева*…… 35
1.5 Комплексный подход в адаптации участников боевых действий к жизни в гражданских условиях. *С. В. Ковальчишина*…….. 68
1.6 Использование данных современной доказательной медицины как основы преподавания профилактики и лечения боевых стрессовых расстройств. *С. В. Титиевский, Н. В. Побережная, Л. А. Гашкова, В. Н. Черепков*……. 75
1.7 Стресс военного времени и первая помощь в структуре социально-психологической реадаптации комбатантов. *С. В. Титиевский, А. В. Кравчук*……. 96
ГЛАВА 2. ПОИСК ЭФФЕКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ В ПЕРИОД ПРОЖИВАНИЯ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА. РЕИНТЕГРАЦИЯ ПОСЛЕВОЕННОГО ОБЩЕСТВА …… 126
2.1 Психологическая архитектоника реинтеграции послевоенного российского общества. *А. Г. Караяни*…… 126
2.2 Особенности построения жизненных перспектив молодежи в период проживания военного конфликта. *И. Ф. Муханова*……. 134
2.3 Особенности психоэмоционального состояния членов семей участников специальной военной операции. *Н. В. Палагута*……. 150
2.4 Особенности субъективного благополучия лиц, проживающих в психотравмирующих условиях. *С. В. Руденко*……. 156
2.5 Травма-информированный подход в сопровождении детей из зоны боевых действий в условиях детского оздоровительного лагеря. *Н. В. Светличная*……..... 164

2.6 Клинические и лечебно-реабилитационные аспекты страхов у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях хронического психосоциального стресса. *И. А. Синявская*…… 169
ГЛАВА 3. ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ. ТРАВМАТЕРАПИЯ КОМПЛЕКСНЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ……. 182
3.1 Разработка и методология стратегии совладания и восстановления психической адаптации к условиям повышенного риска для жизнедеятельности у лиц молодого возраста. *О. Н. Голоденко, В. А. Абрамов, В. Ал. Абрамов*……. 182
3.2 Ритмо-двигательная терапия Габриэллы Рот в кризисных ситуациях. *Н. И. Ковальчишина*…… 189
3.3 Посттравматическое стрессовое расстройство и кризис идентичности. *Д. В. Конов*…….. 194
3.4 Анализ опыта проведения группы поддержки демобилизованных участников специальной военной операции. *К. В. Лох*…… 199
3.5 Механизмы формирования психической травмы. *Е. Г. Максименко*……. 205
3.6 Разработка лечебно-реабилитационных программ при непсихотических психических расстройствах у участников специальной военной операции. *С. В. Титиевский, В. С. Воеводина, И. М. Гостюк, В. А. Пехтерев*……. 225
Приложение А Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (C-SSRS) 252
Приложение Б Программа социально-психологического тренинга «Техники бесконфликтного взаимодействия с военнослужащими, в том числе с лицами, уволенными с военной службы». *С. В. Ковальчишина* ……. 259
Приложение В Просветительско-профилактическая программа для семей военнослужащих, находящихся в зоне СВО «Техники бесконфликтного взаимодействия с военнослужащими, в том числе с лицами, уволенными с военной службы». *Л. А. Головчанская, А. Х. Бубнова, Е. Н. Скулкина, И. С. Гомозова, Т. В. Шевцова*…… 268
СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ. *Д.Р. Майстепанова*……... 344

ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО

В благодарность ветеранам Великой Отечественной войны 1941-1945 годов и признавая подвиг участников специальной военной операции, 2025 год Указом Президента Российской Федерации от 16.01.2025 № 28, объявлен Годом защитника Отечества.

Глава государства подчеркнул, что этот год станет данью уважения к ратному подвигу всех, кто сражался за Родину в разные исторические эпохи, а также нынешним героям – участникам специальной военной операции. Тематика года отражает приоритеты современной России, такие как патриотизм, преемственность поколений и уважение к защитникам Родины во все времена.

Год защитника Отечества в 2025 году – это не просто календарная дата, а символ национального единства и патриотизма. Это выражение глубокой признательности тем, кто защищал и продолжает защищать суверенитет и безопасность нашей страны. Это год, который напоминает нам о важности исторической памяти и о непреходящей ценности мира, который защищают наши защитники Отечества своей мужественностью и самоотверженностью.

24-25 января 2025 г. в Донецке прошел Стратегический форум «Сила России: гражданский фронт поддержки ветеранов боевых действий». Президент Владимир Путин поручил обратить особое внимание на поддержку ветеранов, активнее задействовать их для участия в госструктурах, а также совершенствовать меры поддержки наших защитников и их семей. Данные вопросы решались в формате Форума, в котором приняли участие представители экспертного и научного сообществ, органов власти и управления, всего более двухсот человек, среди которых Глава Республики Денис Пушилин и депутаты Государственной Думы ФС РФ. Цель – выработка предложений и решений, которые помогут защитникам страны включиться в мирную жизнь после победы.

В работу Форума внесли вклад ученые, практики медицинской и психологической областей знаний. Преподаватели кафедр клинической психологии, общей психологии Донецкого государственного университета взяли на себя подготовку и модерацию стратегической секции «Внедрение и реализации программы психологической реабилитации ветеранов боевых действий». Основная тема обсуждения – социально-психологическая и медицинская реадаптация, ресоциализация и реабилитация участников специальной военной операции, медико-психологическое сопровождение их возвращения в мирную жизнь. На стратегической сессии решались следующие вопросы:

1. Организация системы социального медико-психологического сопровождения процесса возвращения участников специальной военной операции в мирную жизнь, эффективные пути социально-психологической

реадаптации, ресоциализации и реабилитации, разработка идеи единой экспресс диагностики ветеранов боевых действий.

2. Анализ и переосмысление государственного подхода к организации медико-психологической реабилитации, реадаптации и ресоциализации военнослужащих и ветеранов, анализ существующих рисков, связанных с их возвращением, в том числе, скрытых.

3. Социально-психологические методы и пути в решении проблем межличностных взаимоотношений военнослужащих и членов их семей:

- ✓ *Высокий уровень разводов, межличностных конфликтов в семьях военнослужащих.*
- ✓ *Проблема социально-психологической поддержки членов семей военнослужащих и военнослужащих, пропавших безвести.*
- ✓ *Проблема монетизации отношений с военнослужащими.*

4. Психологические пути объединения усилий государства, общества, профессиональных сообществ, участников боевых действий и всех российских граждан по вопросу реадаптации военнослужащих/ветеранов к мирной жизни.

- ✓ *Проблема стигматизации / героизации участников СВО*
- ✓ *Проблема нарушенной коммуникации и ошибок восприятия во взаимодействии комбатантов, ветеранов и общества*
- ✓ *Проблема нормативно-правового обеспечения реадаптационно-реабилитационной деятельности*
- ✓ *Проблема «включенности» общества в решение проблем реадаптации, ресоциализации участников СВО*

По итогам работы сессии были выдвинуты следующие предложения по формированию единой системы реабилитации военнослужащих по следующим аспектам.

1. Подготовка военнослужащих к предстоящей демобилизации. Предварительная маршрутизация руководством части, отделом кадров, психологом части относительно государственной программы социальной, медицинской и психологической помощи в период адаптации к гражданской жизни.

2. Создание межведомственного комитета при Главе по вопросу организации реабилитации, реадаптации и ресоциализация участников СВО с целью координации контроля и поддержки функционирования государственной программы психологической реабилитации ветеранов боевых действий.

3. Включение периода медико-психологической реабилитации военнослужащего в срок службы, реализовав его за три недели до даты демобилизации, с целью оказания первичной психологической и медицинской помощи, с проведением комплексной медицинской и психодиагностики.

4. Внедрение программы всеобщей экспресс-диагностики психофизиологического состояния демобилизованных военнослужащих, осуществив ее период прохождения ВВК.

5. Создание цифровой платформы социально-психологической помощи военнослужащим и членам их семей с возможностью созданий личных

кабинетов, получению помощи в формате «горячей линии», психодиагностики, психологического консультирования, психотерапии и дальнейшей маршрутизации. Создание колл-центров по вопросам оказания психологического сопровождения, реабилитации.

6. Организация в военных госпиталях, поликлиниках, реабилитационных центрах первичного психологического звена, с целью осуществления первичной психологической помощи, диагностики и маршрутизации.

7. Перепрофилирование имеющихся инфраструктурных объектов под многопрофильные медико-социально-психологические центры, многофункциональные центры сопровождения ветеранов и их семей с целью реабилитации, реадаптации и ресоциализации военнослужащих и ветеранов в каждом субъекте Российской Федерации. Организация в этих центрах комплексного психологического сопровождения, включающего оздоровление, отдых, обучение, трудоустройство, поддержку семейных отношений и воспитания детей.

8. Разработка предложений о внесении дополнений в законодательство, регламентирующее порядок прохождения реабилитации демобилизованных военнослужащих, включив в программу реабилитации обязательное прохождение демобилизованным многопрофильного социально-психологического центра реабилитации с выдачей соответствующего сертификата. Внесение в обязательное медицинское страхование услуги психолога/психотерапевта.

9. Проведение с сотрудниками государственных структур, непосредственно осуществляющих коммуникацию с военнослужащими и демобилизованными (министерств охраны здоровья, труда и соц. политика, молодежи и спорта, образования и науки, пенсионный фонд, фонд защитников отечества и др.) психологического обучения по сертифицированной программе «Техники бесконфликтного взаимодействия с военнослужащими и демобилизованными». Формат обучения – социально-психологический тренинг.

10. Разработать и обеспечить всех участников реабилитационного процесса необходимой методической литературой в виде памяток, информационных буклетов по темам первой психологической помощи, особенностей коммуникативного взаимодействия, нивелирования конфликтных ситуаций, предупреждения эмоционального выгорания и др. На основе анализа проблемных случаев/запросов со стороны военнослужащих, подготовить схемы (протоколы) действий сотрудников государственных учреждений для каждого из них.

11. Разработка программы психологической помощи семьям военнослужащих: психологическая подготовка жен и детей, других родственников к изменениям психологического статуса ветерана по направлению информирования о причинах изменения, коррекции и развития ценностно-смысловых и морально-нравственных аспектов личности.

12. Оказание психологического сопровождения семьям военнослужащих, пропавших безвести, организовав сотрудничество с ФЗО и другими организациями в решении этого вопроса.

13. Организация мероприятий социально-психологической и психолого-педагогической направленности по формированию психологически благополучного, морально-нравственного климата в семьях военнослужащих.

14. Разработка и внедрение программ социально-психологических тренингов, семинаров, вебинаров, стратегических сессий для сотрудников организаций, учреждений, в студенческих и молодежных коллективах по темам реадаптации и ресоциализации демобилизованных, формирования навыков стабилизации эмоционального состояния, регуляции конфликтов, создания и поддержания психологически благополучного климата в коллективах.

15. Организация сотрудничества со СМИ по формированию общественного мнения, направленного на создание образа военнослужащего как защитника Родины, жизни и здоровья, психологического благополучия граждан. Сохранение целостности, безопасности и перспективы развития нашего общества, посредством интервью на ТВ-передачах, выступлений по радио, научно-публицистических статей в интернет-изданиях, популярных телеграм-каналах и прочих информационных ресурсах.

16. Развитие волонтерского движения, привлечение общественных организаций, социально-психологических центров в реализацию единой программы психологической реабилитации ветеранов боевых действий ресоциализации и реадаптации военнослужащих и демобилизованных.

17. Организация научно-практических конференций, форумов и семинаров по вопросам внедрения и реализации государственной программы психологической реабилитации ветеранов боевых действий.

Форум дал старт многим мероприятиям, посвященным теме сопровождения участников боевых действий и их семей, в том числе и конференции «Травматерапия. Преодоление последствий психотравмирующих событий», которая была проведена в Донецком государственном университете 21-22 марта 2025 г.

Конференция по данной теме учеными Донецкого университета проводится третий раз, ее участниками стали более 700 ученых и практиков. Традиционно она объединяет ведущих психологов и психиатров Донбасса, Республики Беларусь, Запорожской и Херсонской областей, Республики Коми, Пермского Края, Тюмени и других регионов Российской Федерации. В 2025 году конференция проведена при поддержке Главы Донецкой Народной Республики. Старт конференции дал Руководитель Администрации Главы и Правительства Донецкой Народной Республики Алексей Никоноров. В приветственном слове он отметил: “*Жители Донецкой Народной Республики более десяти лет находятся в непростой ситуации, и кому, как не нам, в первую очередь уделять внимание данной теме. В начале этого года в Донецке прошел стратегический форум «Сила России», где рассматривались различные темы, в том числе и психологические аспекты возвращения бойцов с*

передовой. Но не только военнослужащие требуют внимания, мы должны заботиться и об их семьях, о мирном населении. Уже создана региональная организация, которая оказывает психологическую помощь ветеранам боевых действий, семьям погибших, сотрудники министерства внутренних дел на освобожденных территориях ведут серьезную работу. Хорошо зарекомендовал себя в работе с участниками СВО фонд «Защитники Отечества». Сообща проводится колоссальная работа, которая станет примером для других регионов Российской Федерации".

В обращении к участникам конференции со стороны проректора ДонГУ Александра Белого, заведующей кафедрой общей психологии Аллы Гордеевой, директора Донецкого республиканского учебно-методического центра психологической службы системы образования Инны Ивановой, профессора ДонГУ Елены Максименко, было отмечено, что жизненные ценности собравшихся совпадают в главном – в достижении психологического благополучия граждан России. В результате работы на полях конференции за два дня была выработана стратегия специализированной психологической, психотерапевтической, психиатрической, социальной помощи ветеранам, членам их семей, волонтерам, работникам тыла, всех тех, кто усердно трудится на благо общей Победы.

Четыре панельные дискуссии, мастер-классы по темам траматерапии показали живой интерес к проблеме, который откликнулся у коллег всей страны и дальнего зарубежья. В итоговую резолюцию вошли следующие задачи:

1. Организовать межведомственное взаимодействие по вопросам оказания комплексной медико-психологической и междисциплинарной реабилитации, абилитации, ресоциализации и реадаптации ветеранов и участников боевых действий, членов их семей. Установить постоянно действующее взаимодействие между психологами, социальных работниками, медицинскими и спасательными службами для эффективного реагирования на потребности человека в кризисных ситуациях.
2. Определить организации, которые будут задействованы в оказании комплексной медико-психологической и междисциплинарной реабилитации, абилитации, ресоциализации и реадаптации ветеранов и участников боевых действий, членов их семей.
3. Разработать и внедрить программы психодиагностики раннего выявления ПТСР среди ветеранов и жителей ДНР.
4. Организовать первичную психологическую службу в имеющихся психологических центрах Республики, районных и городских поликлиниках с целью оказания первичной психологической помощи и выявления, нуждающихся в длительной психотерапевтической помощи, направление их на терапию.
5. Разработать схемы оказания психологической, социальной и медицинской помощи ветеранам и членам их семей, другим категориям граждан, затронутых военным конфликтом, в зависимости от проблемы.

6. Подготовить методическое пособие по экстренной и кризисной психологической помощи. Организовать и провести курсы повышения квалификации по данной теме.

7. Создать цифровую платформу для мониторинга психологического состояния ветеранов, членов их семей и всех категорий населения ДНР, затронутых военным конфликтом.

8. Разработать и организовать проведение курсов повышения квалификации по первой психологической помощи для военнослужащих, ветеранов, педагогов, социальных работников и др.

9. Разработать и организовать проведение программы дополнительного профессионального образования по психологической диагностике психологического состояния личности, пострадавшей от военного конфликта

10. Разработать и организовать проведение программы дополнительного профессионального образования по психотерапии и психологической реабилитации личности, пережившей психотравмирующие события

11. Организация мониторинга качества психологической помощи в Республике, супервизионной поддержки практических психологов

12. Разработать систему мероприятий по повышению информированности населения о разнообразии средств информационно-психологического воздействия на сознание и поведение человека.

13. Разработать программу профилактики и просвещения населения в аспекте развития навыков саморегуляции, критического мышления, освоения правил информационной гигиены.

14. Разработать и издать буклет-памятку по психологической безопасности, противостоянию и преодолению последствий информационно-психологического воздействия

15. Разработка и проведение тренингов профилактики и предупреждения конфликтов среди населения, в организациях, образовательных коллективах и др

16. Разработать мероприятия по привлечению к работе психолога в качестве ко-терапевта лиц из числа ветеранов СВО, членов их семей для проведения с военнослужащими и ветеранами групповой психотерапии.

На сегодня часть задач уже выполнены, но работы много и не на один год. Результаты будут иметь огромное значение для жизни тех, кто пережил психотравму, и для всего общества в целом.

Сборник научных работ, который Вы собираетесь читать, написана участниками и форума «Сила России», и конференции по травматерапии. В сборнике представлены результаты исследований ведущих ученых психиатров, психологов, работающих в направлении преодоления последствий психотравмирующих событий. Структуру сборника составили три главы: система комплексной медико-психологической и междисциплинарной реабилитации, абилитации, ресоциализации и реадаптации ветеранов и

участников боевых действий, членов их семей; поиск эффективных технологий психологического сопровождения личности в период проживания военного конфликта. реинтеграция послевоенного общества экстренная психологическая помощь в кризисных ситуациях. травматерапия комплексных посттравматических стрессовых расстройств. Авторы раскрывают тему сборника в различных аспектах: архитектоника реинтеграции послевоенного общества, личностно-ориентированный подход в системе преодоления последствий боевого стресса, особенности временной перспективы и ценностные ориентиры комбатантов, проблемы адаптации военнослужащих к гражданской жизни и др.

В целом сборник научных работ является продолжением первых двух книг по одноименной теме и предназначена для углубления знаний в данной области у психологов, психиатров, педагогов, медицинских, социальных работников, студентов и всех тех, кто интересуется вопросами травматерапии и преодоления последствий психотравмирующих ситуаций.

Елена Георгиевна Максименко,
доктор психологических наук, доцент,
заведующая кафедрой общей психологии,
директор ресурсного центра практической психологии
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет»

ГЛАВА 1

СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, АБИЛИТАЦИИ, РЕСОЦИАЛИЗАЦИИ И РЕАДАПТАЦИИ ВЕТЕРАНОВ И УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ, ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ

1.1. Личностно-ориентированный подход к управлению системой преодоления последствий боевого травматического стресса

В.А. Абрамов, Е.В. Бабура, А.В. Ксёнз, Е.А. Абрамова, Р.З. Зейналов

Посттравматические стрессовые состояния, в том числе связанные с боевыми действиями, в значительной степени затрагивают внутренний мир человека, его личностные качества. Поэтому в вопросах преодоления неблагоприятных последствий травматического стресса особое значение приобретают личностно-ориентированные подходы.

Важнейшим внутренним (психологическим) ресурсом, используемым для преодоления трудных жизненных ситуаций и травматического стресса, является личностный потенциал как потенциал саморегуляции и интегративной характеристики личности [1-5].

Личностно-ориентированная психиатрия [6] основной мишенью при оказании психиатрической помощи делает целостную личность пациента в контексте ее многоуровневого функционирования на биологическом, психологическом, социальном, культуральном и духовном уровнях. С 2005 года Всемирная психиатрическая ассоциация официально взяла курс на практическое внедрение принципов личностно-ориентированного подхода в психиатрий, запустив институциональную программу «Личностно-ориентированная психиатрия: от клинической помощи к охране психического здоровья» (IPPP), подчеркивая необходимость интегративного понимания болезненных (патологических) проявлений и ресурсных аспектов личности в виде адаптивного функционирования, защитных и компенсаторных механизмов, а также субъективного душевного благополучия с самоощущением своей целостности, единства и потенциала.

Одним из таких подходов является система стресс-менеджмента или управления (самоуправления) стрессом. В условиях военных (боевых) действий она представляет собой двухуровневый процесс: управление стрессом на уровне внешних организационных мер и самоуправление на уровне отдельной личности с использованием субъективных возможностей восстановления ее целостности и самоидентичности [7].

Система стресс-менеджмента при посттравматических стрессовых состояниях (ПТСС) представляет собой теоретически и концептуально обоснованный комплекс мероприятий, имеющих в своей основе процессы

управления традиционными клиническими (лечебно-диагностическими) аспектами и процессы саморегуляции своей субъективной (экзистенциально-личностной) активностью, направленные на успешную коррекцию боевого стресса и совладание с его неблагоприятными последствиями. Этим достигается возможность интегративного понимания болезненных (патологических) проявлений и ресурсных аспектов личности в виде адаптивного функционирования защитных и компенсаторных механизмов, а также субъективного душевного благополучия с самоощущением своей целостности, единства и потенциала.

Стресс-менеджмент на этапе психологической (психокоррекционной) и психотерапевтической интервенции должен фокусироваться не только на симптоматическое улучшение, но и на восстановление целостной инфраструктуры личности, ее жизненно важных ресурсов, возможностей самоактуализации и потенциального шанса вести плодотворную жизнь, оздоровлении духовной сферы пациента с обретением им новых жизненных смыслов, ценностей и целей.

Базисные аспекты управления системой преодоления стресса опираются на:

1) теоретические концепции понимания влияния стресса на психику, личность и ее экзистенциальные структуры;
2) закономерности нормального реагирования в условиях экстремального стресса;
3) теории неконструктивного (патологического) реагирования на стресс;
4) психотерапевтические стратегии (цели, мишени, приемы и техники), основанные на теоретических моделях и эмпирических исследованиях;
5) стресс-менеджмент, связанный со спецификой оказания помощи пациентам со стрессовыми расстройствами, связанными с боевыми действиями.

Стресс-менеджмент – это профессионально интегрированное отношение к пациенту с проблемами травматического стресса и его неблагоприятными последствиями как к человеку и уникальной личности. Это процесс его свободного выбора и поиска ценностей и смысла жизни.

Проведенный теоретический анализ стресс-менеджмента в его личностно ориентированной (экзистенциальной) парадигме показал обоснованность и приоритетность проведения эмпирического экзистенциально-личностного исследования различных аспектов травматического и посттравматического опыта у участников боевых действий и лиц, пострадавших в результате военных действий. Поэтому теория и практика управления стрессом при ПТСС должны быть по своей сути экзистенциальными: исходным их пунктом могут являться лишь уникальная субъектность индивида, осуществляющего свой жизненный проект, личные переживания пациента и ресурсы его саморегуляции.

Данные теоретического анализа проблемы ПТСС в контексте экзистенциального стресс-менеджмента позволяют прийти к выводу о

гипотетичности многих вышеизложенных положений. Часть из них была подтверждена и доказана результатами проведенных эмпирических исследований комбатантов.

Актуальность экзистенциальных аспектов стресс-менеджмента при ПТСС связана с тем, что война в отличие от повседневных стрессов, это форс-мажорная ситуация, которая не может быть разрешена с помощью методов, не затрагивающих глубинных процессов человеческого существования в экстремальных условиях жизнедеятельности. Участие в боевых действиях, жизнь под постоянными обстрелами – это форс-мажорные обстоятельства чрезвычайного характера, непреодолимой силы и неопределенности собственного существования. Такие ситуации можно считать пограничными между жизнью и смертью (небытием). Преодоление таких ситуаций традиционными психологическими средствами совладания со стрессом невозможно, так как человек, осознающий свое небытие не может рационально осмыслить исходящие извне интервенции.

В таких обстоятельствах резко возрастает значение собственных внутренних ресурсов человека, его бытийной организации, потенциала его самоактуализации и самореализации или личностного потенциала. Проблема управления боевым стрессом и его последствиями, как проблема стресс-менеджмента, приобретает поэтому конфигурацию экзистенциального стресс-менеджмента, ориентированного на ценностно-смысловые структуры личности и восстановление у пострадавших основ человеческого существования.

Экзистенциальный подход к посттравматической стрессовой проблематике и осуществлению стресс-менеджмента – это подход, фокусированный на личности человека и определяющий ее духовные ценности. Этот подход к управлению форс-мажорной ситуацией боевого травматического стресса (пограничной ситуацией, по К. Ясперсу) предполагает возвращение человеку смысла его жизнедеятельности, связанного с фундаментальными экзистенциальными данностями и человеческими ценностями (действия, не опирающиеся на смысл, лишены смысла, значения).

Экзистенциальный стресс-менеджмент – это система управления форс-мажорными обстоятельствами боевого стресса, направленная на превенцию и преодоление травматических переживаний экзистенциальной ситуации, характеризующейся неопределенностью, утратой личностной целостности, значительным разбросом форм возможного реагирования. Концепция экзистенциального стресс-менеджмента при ПТСС должна, по нашему мнению, опираться на два важнейших и взаимосвязанных принципа: а) системный подход к управлению стрессом и б) восстановление способности переживания целостности собственного существования, связанной с процессами самоорганизации личности.

Что означает восстановление целостности личности при ПТСС с позиции системного подхода? Какие характеристики системного подхода позволяют реализовать восстановление целостности личности, а, следовательно, полноценность и осмысленность жизнедеятельности? С нашей точки зрения,

системный подход представляет собой универсальный метод исследования, основанный на восприятии исследуемого объекта как нечто целого, состоящего из взаимосвязанных частей и являющегося одновременно частью системы более высокого порядка.

Этот подход:

- обеспечивает стремление к синтезу в рамках одной научной дисциплины на уровне новых знаний, носящих системообразующий характер,
- обеспечивает возможность решения задач, которые сложно решить традиционными методами;
- охватывает целостные системы, состоящие из закономерно структурированных элементов;
- использует новые знания системообразующего характера;
- обеспечивает широту охвата проблемы в условиях риска и неопределенности;
- обеспечивает максимальное приближение к пониманию природы и сущности изучаемого объекта;
- обеспечивает эффекты эмерджентности (появление у целостной системы новых качеств) и синергии (способность сложных систем к процессам самоорганизации и многовариантному, неоднозначному поведению, открытости для внешних воздействий и притока энергии извне).

Системность означает определенность. Поэтому системный подход к изучению ПТСС как состояний личностной дезорганизации и неопределенной (вероятностной) динамики развития позволяет интегрировать и упорядочить разрозненные представления о природе посттравматических стрессовых расстройств и механизмах стресс-менеджмента, включая этап восстановительного лечения.

Система преодоления травматического стресса в рамках личностно-ориентированного подхода представляет собой динамическую систему побуждений человека, которая обусловливает активность личности, ее целенаправленную деятельность. В структуру личностных ориентиров (направленности на личность) входят ценности, цели, смыслы, установки, убеждения, мировоззрение и т.д. Травматический опыт пребывания в экстремальной ситуации может негативно отражаться на всей личностной организации пострадавшего: изменяется система ценностей и целей, теряется смысл жизни, ощущение своей значимости, снижается уровень мотивации к деятельности и пропадает стремление к достижению результата; затрагиваются также экзистенциальные феномены (свобода, ответственность, тревога, вина, изоляция, одиночество, смерть). Возникают душевные страдания, переживание фрустрации и отчаяния, утрата веры и оптимизма. Указанные составляющие личностной направленности требуют адекватной психотерапевтической коррекции, реконструкции и адаптации к изменившимся условиям жизни пациента – жизни с болезнью. Формирование «новой» личностной направленности, с учетом тех обстоятельств, которые привнес травматический опыт, а также с учетом имеющихся у личности ресурсов, является важной

задачей экзистенциально-личностной реабилитации, основной целью которой выступает личностное выздоровление больного. Исходя из этого, основным психотерапевтическим направлением, отвечающем реализации задач экзистенциально-личностной реабилитации больных ПТСС, выступает экзистенциально-гуманистическое направление, которое представлено в данной системе тремя базовыми психотерапевтическими моделями: экзистенциальной, клиент-центрированной и позитивной. Данные модели акцентируют внимание на личности человека, его внутреннем мире переживаний, его потребностях и обращаются к позитивным внешним факторам, терминологии и внутриличностным ресурсам, для достижения основной цели экзистенциально-личностной реабилитации – личностного выздоровления пациента.

Основные принципы личностно-ориентированной психотерапии утверждают:

1. Признание стремления каждого человека к состоянию баланса, гармонии и здоровья (выздоровления).

2. Признание наличия заложенного в пациенте ресурса (потенциала), сильных сторон его личности, развитие и ориентирование которых в нужном направлении позволит пациенту обрести автономность в решении проблем и реализации своей высшей потребности в самоактуализации.

3. Формирование мотивации пациента к личностному росту и самоактуализации путем поощрения его активной позиции и установления с ним партнерских отношений.

4. Восприятие в процессе лечебно-реабилитационной работы пациента, как личности, как живого человека, а не как формального объекта профессиональной деятельности или носителя болезненных симптомов.

5. Стимулирование участия пациента в дизайне и осуществлении психиатрической помощи с использованием не только эффективных, проверенных опытным путем вмешательств, но и тех мероприятий, которые воспринимаются как значимые самим пациентом.

6. Ориентировку в процессе реабилитационной деятельности на потребности пациента, его ценности и поставленные им личные цели.

7. Ориентировку на доверие пациенту, предоставление ему возможности свободного выбора, передача ему ответственности, «полномочий» и самоконтроля своего заболевания и своей жизни в той степени, в которой пациент может их принять и реализовать.

8. Фокусировку на интеграцию в сообщество пациентов, при наличии их готовности видеть возможности реализации себя в обществе, наличии у них целей, ценностно-смысловой системы и субъективного чувства выздоровления.

Учитывая, что переживания экстремального травматического стресса, связанного с боевыми действиями, могут приводить к разрушению экзистенциальных структур человека, деформациям составляющих личностного потенциала и, соответственно, к дезадаптивным стратегиям поведения, нами разработана система преодоления стресса (экзистенциального стресс-менеджмента) при ПТСС, связанных с боевыми действиями. Она

включает несколько подсистем или модулей: а) стресс-превенцию боевого травматического стресса; б) комплексную стресс-диагностику; в) контроль отсроченных проявлений боевого травматического стресса и ресурсов самоорганизации (стресс-саморегуляция); г) модуль повышения уровня адаптивности и функционального восстановления; д) модуль управления и самоуправления травматическим опытом и собственными психологическими ресурсами; е) модуль психологической реадаптации и экзистенциально-личностной реабилитации.

Данные модули акцентируют внимание на личности пациента, его внутреннем мире переживаний, его потребностях и внутриличностных ресурсах для достижения основной цели экзистенциально-личностной реабилитации (ЭЛР) – личностного выздоровления пациента. Каждый модуль включает в себя как элементы конструктивного управления собственно медицинскими аспектами помощи, так и потенциал самоуправления пациентом собственными ресурсами и в целом психологической системой превенции и преодоления отсроченных стрессовых эффектов травматического опыта.

Особенности психодиагностических аспектов стресс-менеджмента и превенции боевого травматического стресса были ранее изложены в других работах авторов [8]. В настоящем сообщении рассматриваются проблемы стресс-саморегуляции и экзистенциально-личностной реабилитации больных с ПТСС, связанных с боевыми действиями. В соответствии с реализацией терапевтических целей и задач, направленных на достижение максимального лечебно-реабилитационного эффекта, каждый модуль включает базисное направление личностно-ориентированной психотерапии (подход), методы и модели психотерапии, целевые стратегии психотерапии и психотехнологии.

Главной идеей предлагаемого реабилитационного комплекса является идея о том, что ситуация травматического стресса военного времени, по сути, является вызовом, предлагаемым жизнью. Решение этой задачи связано с формированием у пациента устойчивости к стрессогенным ситуациям, установки на эффективное проживание их с помощью определенных психологических знаний и умений.

В качестве исходной методологической предпосылки реабилитационной работы мы исходили из целеполагания, основанного на оказании пациенту помощи в активации его собственных ресурсов и способности продуктивно пережить экстремальную ситуацию и травматический опыт. Основная задача психотерапии заключалась в стремлении помочь пациенту:

- продуктивно пережить экстремальную ситуацию, осмыслить и принять собственный травматический опыт, как некоего «экзистенциального послания» или жизненного вызова;
- осознать себя не жертвой трагических обстоятельств, а человеком, «сумевшим выжить» в трудных условиях;
- обеспечить тщательную переработку негативного травматического опыта со значительной смысловой трансформацией: позитивным

переоформлением или, по крайней мере, принятием как возможности к восстановлению самоидентичности;

- осмыслить и разработать сценарии цели жизни, построение моделей будущего.

Реализация задач реабилитационного направления стресс-менеджмента непосредственно связана с системным подходом к использованию потенциальных возможностей пациента.

Стресс-менеджерская деятельность при боевой психической травме (БПТ) и ПТСС, включающая кроме традиционной, одновекторной клинической модели, ориентированной на общепатологические подходы, методы антропоцентрического содержания, позволяет с принципиально новых, системных позиций рассматривать природу и сущность этих нарушений и организацию профилактических и лечебно-диагностических мероприятий.

Теоретическое осмысление стресс-менеджмента при решении проблем военного травматического стресса и его отсроченных последствий свидетельствует о том, что исходным пунктом правильности такого подхода является субъективность человека, осуществляющего свой жизненный проект в условиях боевых действий, его личные переживания и ресурсы саморегуляции. В этих условиях психологическая система преодоления травматического стресса (индивидуальные усилия личности) играют решающую роль в реализации собственных ресурсов, определяя, в конечном счете, уровень восстановления жизнедеятельности и качества жизни пациента.

Литература

1. Леонтьев Д.А. Личностный потенциал. Структура и диагностика. М. Смысл. 2011. 39 с.
2. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях. Психологический журнал. 2001. 22. 1. С.16-24.
3. Резник Ю.М. Феноменология человека: бытие возможного. М. Канон+РООН «Реабилитация». 2017. 652 с.
4. Величко С.В. Роль личностного потенциала в процессах социальной реадаптации. Перспективные или информационные технологии и интеллектуальные системы. 2004. 1. 17. С. 126-130.
5. Марков В.Н. Личностные основы социальной устойчивости. Общественные науки и современность. 2002. №1. С. 136–143.
6. Абрамов В.А., Осокина О.Н. Путятин Г.Г. Личностно-ориентированная психиатрия: ценностно-гуманистические подходы. Донецк. Каштан. 2014. 295 с.
7. Гринберг Дж. Управление стрессом. СПб. Питер. 2004.
8. Абрамов В.А., Бабура Е.В., Мельниченко В.В. Боевой травматический стресс: исцеление или возвращения к полноценной жизни. Донецк. Издательский дом «Эдит». 2024. 250 с.

АБРАМОВ ВЛАДИМИР АНДРЕЕВИЧ, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького», доктор медицинских наук, профессор, e-mail: volodymyr_abramov@yahoo.com

БАБУРА ЕЛЕНА ВАСИЛЬЕВНА, кандидат медицинских наук, главный врач ГБУ ДНР «Психиатрическая больница г. Макеевки», e-mail: lena.babura@mail.ru

КСЁНЗ АНДРЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ, врач-психиатр, заведующий отделением ГБУ ДНР «Республиканская клиническая психиатрическая больница», e-mail: abrmva.e21@yandex.ru

АБРАМОВА ЕКАТЕРИНА АЛЕКСЕЕВНА, врач-стажер по психиатрии ГБУ ДНР «Республиканская клиническая психиатрическая больница», e-mail: abrmva.e21@yandex.ru

ЗЕЙНАЛОВ РУСТАМ ЗЕЙНАЛОВИЧ, врач-психиатр ГБУ ДНР «Республиканская клиническая психиатрическая больница», e-mail: abrmva.e21@yandex.ru

1.2. Ценностно-смысловые ориентации и представления о временной перспективе у военнослужащих срочной службы

Э. А. Ангелина

Современный мир проходит этап глобальной трансформации. Эти процессы происходят во всех сферах человеческого общества, в том числе и в армии. В виду того, что сегодня происходят значительные изменения, как на внутреннем, так и на внешнеполитическом треке, важно отметить возрастающую роль армии в функционировании государства. Поэтому так важно сосредоточить усилия ученых, специалистов на создание у молодёжи позитивных установок на службу в армии, что связано, прежде всего с изучением ценностно-смысловой сферы юношей, которые проходят срочную службу.

В настоящее время отмечаются неоднозначность правовых норм и психологические проблемы, связанные с кардинальными переменами в армии. Все это приводит к снижению ценностно-смысловой составляющей юношей призывного возраста при прохождении ими срочной службы.

Как указывает Д.А. Леонтьев [2], изучение ценностно-смысловых ориентаций личности является важной составной частью её деятельности, так как включает: жизненные установки, мировоззрение, интересы, мотивы, идеалы, убеждения, цели. Ценностно-смысловая структура выполняет роль регуляции поведения человека, помогает в постановке целей, определения их приоритетности, является основой нравственного развития, что помогает выстоять в трудных жизненных обстоятельствах и является регулятором профессиональной деятельности.

Особенности и условия психологической подготовки юношей к прохождению срочной службы изучают такие отечественные ученые, как Ю.Е. Водяха, Е.Е. Лаврова, А.Г. Караяни, О.П. Рындина и др. Проблемы адаптации к воинской службе освещены в трудах И.В. Диденко, М.А. Галагузовой, А.Г. Михайлова. По мнению И.С. Шаховой [7], в период прохождения юношами срочной службы акцент должен делаться не только на их общем образовании, обучении тонкостям военной специализации, а и на формировании ценностно-смысловых основ личности, что подразумевает усвоение ценностей, необходимых для военнослужащего, как своих собственных.

Среди зарубежных ученых, изучающих смысложизненные ориентации личности, можно выделить В. Франкла (смысл должен найти каждый человек, особенно в сложные периоды жизни), А. Лэнгле (смысл включает ценности переживания, ценности отношения и ценности созидания), С. Мадди (взаимосвязь смысла и временной перспективы личности) и др. Изучением специфики психологических аспектов подготовки военнослужащих и их эффективности занимались такие зарубежные ученые, как М. Селигман, Дж.Э. Дрискелл, Г.Х. Скейлз.

Ценностно-смысловая сфера личности является основой осознанной саморегуляции поведения и отражается во временной перспективе личности [6]. По мнению Ж. Нюттена, Ф. Зимбардо, Дж. Бойда, временная перспектива, включающая отношение к своему прошлому, настоящему и будущему, влияет на мотивы поведения человека и его цели. Временная ориентация личности является устойчивым личностным образованием (Б.С. Горман, А.Э. Вессман, Ф. Зимбардо, Дж. Бойд). В связи с этим мы рассматриваем временную перспективу через призму ценностно-смысловых ориентаций, что задает вектор жизненного развития личности и сформированную способность оценивать свое прошлое, настоящее и строить прогноз на собственное будущее.

Личностное развитие юношей, проходящих срочную службу, неразрывно связано с временным конструктом. По мнению Ю.Ю. Неяскиной, временная перспектива военнослужащих направлена преимущественно на будущее в то время, как настоящее сопровождается негативным эмоциональным фоном, низким уровнем удовлетворенности жизнью [3]. Ю.Ю. Неяскина считает, что временная перспектива военнослужащих характеризуется синдромом отложенной жизни.

А.А. Утюганов, В.А. Юматов и М.С. Яницкий установили, что в начале обучения курсантов военного вуза у них кардинально изменяется восприятие времени: обучение и проживание на одном месте, строгая дисциплина, чёткое следование Уставу и приказам начальства. Данные условия оказывают влияние на весь жизненный уклад юношей [8]. Эти же специалисты указывают на то, что для юношей резко меняются непрерывность их временной перспективы: нарушение взаимосвязи прошлого, настоящего и будущего. Также претерпевает изменения и будущее юношей, которое видится размытым и может противоречить устоявшимся представлениям о собственном прошлом.

Ценностно-смысловая сфера личности – это динамичная, многоуровневая и интегрированная система внутренних ориентиров человека, включающая в себя ценности, личностные смыслы, убеждения, установки и отношения, формирующиеся под воздействием как внешних (социокультурных), так и внутренних (индивидуально-психологических) факторов, и определяющие оценку окружающей среды, мотивацию, целеполагание, отношение ко времени, выбор поведения, общее направление жизни и уровень психологического существования личности.

Подчеркнем, что временная перспектива через призму ценностно-смысловых ориентаций задает вектор жизненного развития личности и сформированную способность оценивать свое прошлое, настоящее и прогнозировать собственное будущее. Под временной перспективой мы понимаем динамическое, целостное видение человеком собственного настоящего, будущего и прошлого, их взаимосвязь и взаимообусловленность. Мы придерживаемся взглядов К.А. Абульхановой и Т.Н. Березиной [1], Д.А. Леонтьева [2] о том, что на временную перспективу личности оказывает влияние ценностно-смысловая сфера личности.

В настоящее время М.С. Яницким и др. изучены ценностно-смысловые ориентации военнослужащих, включающие их мироощущение, образ себя в мире и мира в себе, образ будущего. Отмечено, что образ мира военнослужащих, включенный в систему их ценностных ориентаций и смысла жизни, значительно отличается от образа мира гражданского человека [9]. При этом, до настоящего времени еще недостаточно были изучены особенности временной перспективы юношей, проходящих срочную службу, в их связи с ценностно-смысловыми ориентациями.

Мы предположили, что существуют значимые положительные и отрицательные взаимосвязи между ценностно-смысловыми ориентациями и представлениями о временной перспективе личности у военнослужащих, проходящих срочную службу.

В исследовании применялись следующие методики: тест смысложизненных ориентаций (СЖО) Дж. Крамбо, Л. Махолик в адаптации Д. А. Леонтьева, тест «Диагностика реальной структуры ценностных ориентаций личности» С. С. Бубновой, опросник осознанной саморегуляции поведения В. И. Моросановой и Н. Г. Кондратюка, «Опросник временной перспективы» Ф. Зимбардо в адаптации А. Сырцовой, Е. Т. Соколовой и О. В. Митиной.

Исследование проводилось среди молодых людей в возрасте от 18 до 23 лет, призванных для прохождения срочной службы. Всего 42 человека.

При анализе данных по тесту смысложизненных ориентаций установлено, что у респондентов более всего выражен показатель по шкале «цели в жизни», т.е. респонденты придают большее значение своему будущему, чем настоящему и прошлому. Наиболее низкие значения были получены по шкалам «Локус контроля-Я» (21,01 балла): опрошенные не верят в свои силы контролировать события собственной жизни. Скорее всего, полученные данные можно объяснить особым режимом военнослужащих, когда вся их жизнь подчиняется приказам и строгому распорядку.

Результаты исследования иерархии ценностей у военнослужащих по тесту «Диагностика реальной структуры ценностных ориентаций личности» свидетельствуют о том, что для них наиболее приоритетными ценностями оказались такие, как *общение, здоровье, любовь*. Наименее предпочтительными – *познание нового в мире, природе, человеке, поиск и наслаждение прекрасным и социальная активность для достижения позитивных изменений в обществе*.

Таким образом, можно сказать, что ценностные ориентации военнослужащих срочной службы соответствуют ценностным ориентациям юношества в целом, что подтверждается исследованиями Е.Н. Прыймак и И.В. Приступы [4, 5]. Военнослужащие срочной службы ценят дружбу, дорожат привязанностями с другими людьми, более доверчивы и открыты в отношениях. Они заботятся о своем здоровье, желают поддерживать себя в хорошей физической форме. Для опрошенных важное место в жизни занимает любовь, что характерно для юношеского возраста.

Если говорить о ценностях, которым респонденты присвоили нижние ранги, то можно предположить, что низкая значимость *познания нового в мире, природе, человеке, поиск и наслаждение прекрасным, социальная активность для достижения позитивных изменений в обществе* обусловлена условиями, в которых в данной момент находятся военнослужащие: обучение и проживание на одном месте, строгая дисциплина, чёткое следование Уставу и приказам начальства. Данные условия оказывают влияние на весь жизненный уклад юношей.

Таким образом, преобладающими ценностями в структуре ценностных ориентаций военнослужащих срочной службы являются *общение, здоровье и любовь.* Наименее предпочитаемыми – *познание нового, поиск и наслаждение прекрасным, социальная активность.*

При анализе компонентов осознанной саморегуляции военнослужащих срочной службы по опроснику «Стиль саморегуляции поведения» установлено, что у военнослужащих наиболее высокие значения были получены по шкале *планирование* (7,04 балла). Полученные данные означают, что респонденты испытывают потребность в сознательном планировании своей деятельности, их планы отличаются реалистичностью, устойчивостью, цели своей деятельности они ставят самостоятельно.

Низкие значения были обнаружены по шкалам: *моделирование* (3,33 балла) и *гибкость* (4,00 балла), что свидетельствует о низком уровне развития процесса моделирования, что закономерно приводит к тому, что военнослужащие срочной службы склонны к фантазированию. У них могут возникать трудности в определении программы действий, они не всегда замечают изменение ситуации, что может приводить к неудачам. Низкие значения по шкале *гибкость* означают, что в быстро меняющейся обстановке респонденты не уверены в себе, с трудом приспосабливаются к переменам в жизни. В таких условиях несмотря даже на сформированность процессов регуляции, они не способны адекватно реагировать на ситуацию, быстро и своевременно планировать деятельность и поведение, разрабатывать программу действий, выделять значимые условия, оценивать рассогласование полученных результатов с целью деятельности и вносить коррективы. В результате у военнослужащих могут возникать трудности в выполнении деятельности. Полученные данные можно объяснить тем, что военнослужащие еще недостаточно адаптировались к прохождению срочной службы.

Остальные шкалы находятся в диапазоне средних значений, что говорит о достаточном уровне сформированности таких компонентов саморегуляции как *программирование, оценивание результатов* и *самостоятельность.* У военнослужащих развито осознанное программирование своих действий. Они адекватно оценивают себя, результаты своей деятельности и поведения. У них на достаточном уровне развита регуляторная автономность.

Общий уровень саморегуляции военнослужащих равен средним значениям (27,22 балла). Полученные данные означают, что для респондентов срочной службы характерна осознанность и взаимосвязанность в общей структуре

индивидуальной регуляции регуляторных звеньев. Военнослужащие, в целом, самостоятельны, осознанно выдвигают цели.

Таким образом, можно отметить, что у военнослужащих срочной службы высоко развито *планирование* своей деятельности и поведения, недостаточно сформированы *моделирование* деятельности и *гибкость* поведения. При этом, компенсаторными компонентами саморегуляции являются достаточный уровень развития *программирования, оценивания результатов* своей деятельности и поведения, а также *самостоятельность*.

При изучении отношения военнослужащих ко времени по опроснику временной перспективы установлено, что наиболее высокие баллы были получены респондентами по таким факторам временной перспективы, как *фаталистическое настоящее* (3,73 балла), *позитивное прошлое* (3,44 баллов). Менее выражены (диапазон низких значений) – *негативное прошлое* (2,47 балла) и *гедонистическое настоящее* (2,24 балла).

Полученные данные означают, что настоящее видится военнослужащим независимым от их воли. Респонденты смотрят в будущее без надежды, уверены, что их будущее уже предопределено и не зависит от их собственных действий. Военнослужащие не удовлетворены своей жизнью и не думают, что в дальнейшем это изменится. При этом выражена высокая степень принятия собственного прошлого, сентиментальное отношение по отношению к нему. Военнослужащие не склонны к риску. У респондентов имеются цели и планы на будущее, но они еще недостаточно дифференцированы.

Таким образом, временная перспектива военнослужащих характеризуется синдромом отложенной жизни, направлена преимущественно на настоящее, позитивное прошлое и сопровождается негативным эмоциональным фоном, низким уровнем удовлетворенности жизнью. Также претерпевает изменения и будущее юношей, которое видится размытым и может противоречить устоявшимся представлениям о собственном прошлом.

С целью проверки предположения о том, что существуют значимые положительные и отрицательные взаимосвязи между ценностно-смысловыми ориентациями и представлениями о временной перспективе личности военнослужащих, проходящих срочную службу, нами был проведен корреляционный анализ при помощи коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Так, на 5% уровне значимости обнаружена отрицательная взаимосвязь «локуса контроля-Я» с «фаталистическим настоящим» (r_s = - 0,454 при $p \leq 0,05$). Таким образом, чем ниже у военнослужащих срочной службы уровень веры в себя и в свои силы контролировать события собственной жизни, тем больше они считают своё настоящее независимым от собственной воли, изначально предопределённым.

Обнаружена на 1% уровне значимости положительная взаимосвязь ценности «любовь» с «ориентацией на будущее» (r_s = 0,321 при $p \leq 0,01$). Данная взаимосвязь отражает влияние, при котором военнослужащие срочной службы, считающие любовь важной частью своей жизни, более склонны планировать и

заботиться о своем будущем, а также о будущем своих близких. Это может быть связано с мотивацией к созданию долгосрочных отношений, планированию семьи, заботе о благополучии партнера и личностном развитии.

Установлена на 1% уровне значимости отрицательная взаимосвязь «социальной активности для достижения позитивных изменений в обществе» с «фаталистическим настоящим» (r_s = - 0,465 при $p \leq 0,01$). Указанная обратная связь говорит о том, что чем меньше военнослужащие верят в свою способность повлиять на общество и обеспечить позитивные изменения, тем больше они склонны к фаталистическому взгляду на настоящее. То есть, они чувствуют себя «пешкой» в руках судьбы, не видят смысла в активных действиях, поскольку считают, что все уже предопределено.

Также обнаружена на 1% уровне значимости положительная взаимосвязь между ценностью «здоровье» и таким компонентом временной перспективы, как «позитивное прошлое» (r_s = 0,321 при $p \leq 0,01$). Таким образом, позитивные воспоминания о здоровье и благополучии в прошлом укрепляют ценность здоровья в настоящем и подтверждают мотивацию человека поддерживать здоровый образ жизни, воспринимая здоровье как ценный ресурс и основу для счастливого будущего.

Выявлена на 1% уровне положительная взаимосвязь между компонентом саморегуляции «планирование» и «позитивным прошлым» (r_s = 0,397 при $p \leq 0,01$). Полученные данные означают, что чем активнее человек использует планирование в качестве резерва саморегуляции, тем более позитивно он склонен оценивать свой прошлый опыт и, наоборот, чем более позитивно человек относится к своему прошлому, тем чаще он использует планирование для достижения своих целей.

Установлена на 5% уровне значимости положительная взаимосвязь между «программированием» и «ориентацией на будущее» (r_s = 0,295 при $p \leq 0,05$). Таким образом, чем лучше военнослужащие срочной службы умеют «программировать» свое поведение, тем более эффективно они используют «программирование» в качестве фактора саморегуляции. Военнослужащие, ориентированные на будущее, стремятся к достижению конкретных целей и используют «программирование» как инструмент для реализации своих планов. Ориентация на будущее предполагает ответственность за свои действия и их последствия, а «программирование» помогает предвидеть последствия своих действий и принимать взвешенные решения. Умение «программировать» свои действия позволяет более эффективно использовать ресурсы и достигать поставленных целей в будущем.

Обнаружена на 1% уровне значимости отрицательная взаимосвязь между компонентом саморегуляции «гибкость» и «фаталистическим настоящим» (r_s = 0,333 при $p \leq 0,01$). Можно сказать, что чем сильнее у военнослужащих выражена ориентация на фаталистическое настоящее, тем ниже их способность к гибкости в саморегуляции. Эти два аспекта личности представляют собой противоположные подходы к жизни. Гибкость предполагает активное управление своей жизнью и готовность к изменениям, в то время как

фаталистическое настоящее – пассивное смирение и отсутствие желания влиять на происходящее.

Выводы. Доминирующей смысложизненной ориентацией военнослужащих является ориентация на цель. Наименее развитой – локус контроля-я. Преобладающими ценностями в структуре ценностных ориентаций военнослужащих срочной службы являются общение, здоровье и любовь. Наименее предпочитаемыми – познание нового, поиск и наслаждение прекрасным, социальная активность. У военнослужащих срочной службы высоко развито планирование своей деятельности и поведения, недостаточно сформированы моделирование деятельности и гибкость поведения. При этом, компенсаторными компонентами саморегуляции являются достаточный уровень развития программирования, оценивания результатов своей деятельности и поведения, а также самостоятельность.

Временная перспектива военнослужащих характеризуется синдромом отложенной жизни, направлена преимущественно на настоящее, позитивное прошлое и сопровождается негативным эмоциональным фоном, низким уровнем удовлетворенности жизнью. Также претерпевает изменения и будущее юношей, которое видится размытым и может противоречить устоявшимся представлениям о собственном прошлом.

Практическая значимость исследования состоит в том, что его результаты могут применяться психологами, которые работают с молодыми людьми призывного возраста с целью их психологического сопровождения, повышения уровня их адаптации к военной службе.

Высокий уровень развития временной перспективы, характерная ориентация на будущее, обеспечение эффективной саморегуляции оказывают влияние на долгосрочные цели и ценности, принятие взвешенных решений, учет последствий своих действий и формирование позитивного самоотношения. Согласованность внутриличностных ценностных ориентаций отражает гармонию между нормативными представлениями, эмоциональными потребностями и личными приоритетами, формируя при этом временные перспективы личности. Рассогласование ценностных ориентаций может привести к негативному отношению ко времени, трудностям в целеполагании и преобладанию стратегий избегания.

Литература

1. Абульханова К.А., Березина Т.Н. Время личности и время жизни. СПб: Алетейя, 2001. 304 с.
2. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М: Смысл, 1999. 487 с.
3. Неяскина Ю.Ю. Сценарий отложенной жизни как один из вариантов деформации временной перспективы личности. Теория и практика современных гуманитарных и естественных наук: материалы межрегион. науч.-практ. конф., г. Петропавловск-Камч., 8-11 февр. 2011 г. / отв. ред. Ю.О. Новик. Петропавловск-Камч.: КамГУ им. Витуса Беринга, 2011. С. 184–191; ISSN 1816-8280.

4. Приймак Е.Н. Особенности ценностно-смысловой сферы военнослужащих по призыву на этапе службы в армии: автореферат дис. канд. психол. наук: 19.00.13. Ростов-на-Дону, 2015. 21 с.
5. Приступа И. В. Ценностные ориентации военнослужащих по призыву разных возрастных групп. Армия и общество. 2 (26), 2011. С. 38-43.
6. Пыжикова Ж.В. Влияние ценностных ориентаций на переживание времени и особенности временной перспективы. Вестник Самарского государственного университета. 8.1. 2012. С. 216-221.
7. Шахова И.С. Развитие смысловой сферы личности юношей при прохождении ими воинской службы по призыву: автореферат дис. канд. психол. наук: 19.00.07. Иркутск. 2019. 30 с.
8. Яницкий М.С., Утюганов А.А., Юматов В.А., Иванов М.С. Временная перспектива личности в контексте проблемы психологического здоровья курсантов военного ВУЗА. Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. Вып. 14. 2. 2022. С. 141-158.
9. Яницкий, М.С., Серый А.В. Основные методологические подходы к изучению ценностно-смысловой сферы личности. Вестник Кемеровского государственного университета культуры и искусств. 19-1. 2012. С. 82-97.

АНГЕЛИНА ЭЛЬВИРА АЛЕКСАНДРОВНА, кандидат философских наук, доцент кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет», e-mail: adjon@yandex.ru

1.3. Духовно-личностный кризис в экстремально-травматической ситуации, связанной с боевыми действиями

Е. В. Бабура

Данная статья посвящена анализу психологических переживаний военнослужащих, участвующих в боевых действиях, и рассмотрению роли духовного кризиса как фактора, влияющего на адаптацию к экстремальным условиям. В статье используются данные самоотчетов военнослужащих, разделенных на две группы: основную группу, у которой впоследствии сформировалось посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), и группу сравнения, успешно совладавшую со стрессом. Также рассматривается методика «Духовный кризис», разработанная Л.В. Шутовой и А.В. Ляшук [1,3], как инструмент диагностики кризисного состояния личности в контексте экзистенциально-гуманистической психологии. Военные действия представляют собой мощнейший стрессогенный фактор, оказывающий травматическое воздействие на психику человека. Это не обыденный стресс, а экстремальный, экзистенциальный, сопровождающийся переживанием критических ситуаций, угрожающих физическому и психологическому выживанию [3]. У значительной части участников боевых действий экстремальная ситуация приводит к трансформации базовых структур личности, затрагивая внутренний мир и вызывая экзистенциальный или духовный кризис.

Сущность и проявления кризиса

Экзистенциальный кризис проявляется в чувстве безнадежности, беспомощности и ощущении тупика. Он характеризуется нарушением эмоционального баланса под влиянием внешних угроз и потерей жизненных ориентиров (Я-концепции, мотивации, ценностей). Духовный кризис, связанный с переживаниями, угрожающими жизни, представляет собой утрату бытийной основы существования и нарушение процесса поиска сакрального. Он затрагивает фундаментальные ценности и потребности, становясь доминантой внутренней жизни и требуя переосмысления целей, отношений и образа жизни.

Экзистенциально-травматический кризис, вызванный боевыми действиями – это духовное отражение ситуации, порождающее тяжелые переживания, которые повреждают ценностно-смысловое содержание экзистенции, превращаясь в страдание. Согласно А. Лэнгле, страдание – это духовное восприятие травматического события, которое перестает быть несущим жизнь. Такое вторжение наносит ущерб ценностям внутреннего мира, лишает способности к самоосуществлению и приводит к стойким личностным деформациям. В МКБ-10 эти состояния классифицируются как «Стойкие изменения личности после переживания катастрофы» (F 62.0).

Сущность экзистенциально-травматического кризиса субъективна и скрыта во внутреннем мире человека, в его ценностно-смысловых основаниях,

переживаниях угроз, потерь и личностных ресурсах. Проявлениями духовного кризиса могут быть конфликтные состояния, обусловленные страхом смерти, одиночеством, свободой, бессмысленностью, виной, ответственностью, неудовлетворенностью и страданием (Восковская-Шутова Л.В., 2005). Поэтому познание подлинных переживаний пациента выходит за рамки клинического метода исследования [2].

Необходимость целостного подхода

Посттравматические стрессовые состояния, вызванные военными действиями, не являются исключительно медицинской проблемой, а затрагивают и душевно-духовную сферу. Стандартное клиническое исследование не может охватить субъективные переживания человека, что требует параллельного использования феноменологического исследования, фокусирующегося на субъективности внутреннего мира пациента.

В рамках гуманитарного подхода главным механизмом познания субъективного мира пациента является понимание содержания его переживаний и осмысление опыта его психической жизни, включая опыт переживания духовного травматического кризиса. Этот механизм заложен в методах интроспекции или самонаблюдения, исходящего из рефлексивной природы человеческой психики.

Методы исследования переживаний

В исследовании лиц с ПТСР, связанных с участием в боевых действиях, использовались метод самоотчета и методика «Духовный кризис» Л.В. Шутовой и А.В. Ляшук [1;3]. Данные самоотчета позволяли получить картину переживаний пациента, его уникальность внутреннего мира в единстве переживания, понимания, отношения, его отраженность в самосознании. Для выявления ПТСР использовался метод клинико-психопатологического исследования, ориентированный на диагностические критерии МКБ-10, и структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД), модуль «Посттравматическое стрессовое расстройство».

В исследовании, охватившем 114 военнослужащих, 88 человек было диагностировано ПТСР, а у 26 человек выявлены отдельные признаки посттравматического состояния. Методика самоотчета «Мои переживания боевого экстремального опыта» включала вопросы, относящиеся к различным периодам участия испытуемых в боевых действиях, и предлагала выбрать 8-10 переживаний из 45 вариантов.

Результаты исследования

Результаты исследования показали, что в первые дни участия в боевых действиях у лиц основной группы преобладали чувства страха и растерянности. У испытуемых со сформировавшимся ПТСР с наибольшей частотой регистрировались негативно-угнетающие переживания, такие как растерянность и путаница мыслей/эмоций.

Эмоциональные переживания на различных этапах участия в боевых действиях.

Первые дни участия в боевых действиях характеризуются преобладанием негативных эмоций, таких как страх и растерянность. Однако, в основной группе эти переживания были более выражены, особенно растерянность и путаница мыслей и эмоций. Позитивные эмоции, такие как вера в лучшее, чувство долга и подъем сил, встречались значительно реже. В группе сравнения наблюдалась сопоставимая частота чувства страха, но реже встречались растерянность и путаница мыслей. При этом, гораздо чаще наблюдались подъем сил, вера в лучшее и чувство долга. Данные различия можно рассматривать как первичные предпосылки для формирования ПТСР или более адаптивных стратегий поведения.

В наиболее экстремальных и опасных ситуациях (штурмовые действия) в основной группе доминировали страх, спутанность во времени и пространстве и ощущение «шока». Чувства спокойствия и мобилизации сил были наименее характерны. В группе сравнения чаще переживались страх (хотя и реже, чем в основной группе), смирение и спокойствие, а переживания печали и равнодушия были практически отсутствовали.

После выполнения первого боевого задания военнослужащие основной группы чаще всего испытывали чувство «пустоты», безысходности, упадка силы духа и ранимость. Позитивные чувства вовлеченности, склонности к деятельности и радости встречались значительно реже. В группе сравнения доминировали чувство вовлеченности, решительности и деятельности, при полном отсутствии чувства ранимости и безысходности. Эти личностные качества, вероятно, являлись механизмами совладания со стрессом и препятствием для формирования ПТСР.

При длительном участии в боевых действиях (> 1 года) в основной группе, на фоне доминирующего чувства страха, часто регистрировались разочарование, неудовлетворенность и «упадок». Такие качества, как солидарность, мечтательность и потребность в помощи, встречались крайне редко. В группе сравнения, при более редкой встречаемости чувства страха и разочарования, чаще фиксировалось чувство солидарности.

Временное прекращение участия в боевых действиях (госпитализация) приводило к более позитивной направленности переживаний, однако, у лиц основной группы сохранялся значительный удельный вес переживаний, связанных с болезнью и травматическим опытом войны, которые рассматривались как «постоянная память о войне».

Выводы и роль духовного кризиса.

Таким образом, у военнослужащих с клиническими проявлениями ПТСР сформировался устойчивый комплекс негативных и дезадаптивных переживаний, отражающий недостаточный уровень саморегуляционных процессов и способов преодоления трудных жизненных ситуаций. Напротив, у лиц, совладавших со стрессом, преобладали более оптимистические жизненные установки и способы реагирования на экстремальные ситуации, что свидетельствует о более высоком уровне жизнестойкости и ресурсных возможностей.

В этом контексте, важным представляется рассмотрение духовного кризиса как фактора, влияющего на адаптацию к экстремальным условиям. Методика «Духовный кризис» Л.В. Шутовой и А.В. Ляшук позволяет диагностировать кризисное состояние личности в русле экзистенциально-гуманистической психологии, определяя наличие и степень выраженности переживаний, связанных с такими экзистенциальными категориями, как страх смерти, одиночество, свобода, бессмысленность, вина (грех), ответственность, неудовлетворенность и страдание [1;3]. Проживание духовного кризиса может вести к построению новой системы жизненных ориентиров, основанной на приобретенном субъективном опыте, что, в свою очередь, может способствовать более успешной адаптации к травматическим событиям и предотвращению развития ПТСР.

В заключение, необходимо подчеркнуть важность психологической поддержки военнослужащих, участвующих в боевых действиях, направленной на развитие адаптивных стратегий преодоления стресса, укрепление позитивных жизненных установок и, при необходимости, помощь в проживании духовного кризиса [4]. Использование таких инструментов, как методика «Духовный кризис», может способствовать более глубокому пониманию внутреннего состояния личности и разработке эффективных стратегий психологической помощи.

Методологический подход

Для оценки духовного кризиса используются два ключевых показателя:

1. Вероятность духовного кризиса: рассчитывается как процентное отношение суммы всех цифр, полученных в ходе тестирования, к фиксированному значению (в данном случае 144). Формула: (x*100)/144, где x – сумма всех цифр в таблице.

2. Напряженность экзистенциального вакуума: определяется как процентное отношение суммы баллов по ключевым категориям (одиночество, свобода, ответственность, страх смерти и бессмысленность) к фиксированному значению (в данном случае 90). Формула: (x*100)/90, где x – сумма баллов по категориям.

Показатели анализируются во временной перспективе: прошлое, настоящее и будущее. Расчет для каждого периода осуществляется по формуле: (x*100)/48, где x – сумма баллов в соответствующем столбце.

Тенденции проявления духовного кризиса во времени.

Сравнение баллов по временным периодам позволяет выявить различные тенденции:

- Прогрессивная (Прошлое < Настоящее < Будущее): усиление проявлений духовного кризиса, свидетельствующее о неудовлетворенности жизнью и стремлении к духовному развитию.
- Регрессивная (Прошлое > Настоящее > Будущее): снижение проявлений духовного кризиса, указывающее на духовный рост, обретение смысла жизни и осознание своей уникальности.

– Стагнационная (Прошлое = Настоящее = Будущее): состояние, которое, в зависимости от величины коэффициентов, может варьироваться от глубокого духовного кризиса с потерей смысла жизни до удовлетворенности жизнью и отсутствия стремления к духовному развитию.

– Пиковая (Прошлое < Настоящее > Будущее): указывает на переживание эмоционального шока или разочарования в жизни.

– Низинная (Прошлое > Настоящее < Будущее): отражает периодическое переживание духовного кризиса с одновременным отрицанием его истинности [5,6].

Результаты исследования: ПТСР и проявления духовного кризиса

Исследования показали, что у лиц, страдающих ПТСР, наблюдаются более высокие средние значения показателей духовного кризиса по сравнению с контрольной группой. В частности:

– вероятность духовного кризиса значительно выше в группе с ПТСР;

– напряженность экзистенциального вакуума также более выражена у лиц с ПТСР;

– переживания духовного кризиса наиболее интенсивно проявляются в отношении настоящего времени, особенно в контексте ожидания возвращения к опасным ситуациям;

– показатели напряженности экзистенциального вакуума напрямую зависят от тяжести посттравматических психических расстройств.

Анализ жизненных категорий

Анализ отдельных жизненных категорий выявил следующие закономерности:

– лица с ПТСР демонстрируют более глубокие кризисные явления по всем жизненным категориям и во всех временных периодах;

– в прошлом наиболее значимыми категориями являются ответственность и свобода, а наименее значимыми – бессмысленность жизни, неудовлетворенность и страх смерти;

– в настоящем времени преобладают такие категории, как страдания, страх смерти, неудовлетворенность и бессмысленность;

– при оценке будущего наибольшую значимость приобретают ответственность и возможное ограничение свободы [7].

Таким образом, категория «ответственность» является наиболее значимой для всех анализируемых периодов жизни, однако в настоящем времени она сочетается с переживаниями одиночества, страха смерти и бессмысленности. Это может свидетельствовать о конфликте между чувством долга и тревожными ожиданиями, связанными с возвращением к опасным ситуациям.

Экзистенциальный выбор и страх смерти.

Важным фактором духовного кризиса является взаимосвязь между страхом смерти и осознанием ответственности за свою жизнь. Столкновение с опытом прямой конфронтации со смертью может приводить к негативным переживаниям и страданиям, либо становиться неосознаваемым регулятором поведения, направленным на снижение страха [8].

Качественный анализ: пиковая и стагнационная тенденции.

Качественный анализ данных выявил соответствие формуле «прошлое < настоящего > будущего», что указывает на пиковую кризисную тенденцию, в некоторых случаях приближающуюся к стагнационной. Это свидетельствует о пережитом эмоциональном шоке и пограничном кризисном состоянии, характеризующемся чувством бессмысленности жизни и попытками избавиться от него.

Экзистенциальный вакуум как проявление духовного кризиса.

Напряженность экзистенциального вакуума проявляется в ощущении внутренней пустоты, возникающей в результате отказа от жизненных целей и личных ценностей. Это состояние характеризуется потерей смысла жизни, чувством изоляции, постоянными сомнениями и тревогой, потерей мотивации и сужением жизненной перспективы [4].

Компоненты экзистенциального вакуума.

Экзистенциальный вакуум рассматривается в контексте трех компонентов:

1. Когнитивный: Отсутствие четких представлений о направлении жизни, абстрактность ценностей, формирование убеждений о невозможности реализации смысла.

2. Эмоциональный: Утрата субъективной значимости целей и деятельности, переживание пустоты и бессмысленности, преобладание скуки и неудовлетворенности.

3. Мотивационно-деятельностный: Сужение круга мотивов и уменьшение степени их иерархизации, преобладание потребностной регуляции над ценностной [5,6].

Данное исследование подчеркивает важность учета экзистенциальных переживаний при анализе духовного кризиса, особенно у лиц, страдающих ПТСР. Понимание взаимосвязи между травматическим опытом и проявлениями экзистенциального вакуума позволяет разрабатывать более эффективные стратегии психологической помощи и реабилитации, направленные на восстановление смысла жизни и обретение внутренней гармонии.

Таким образом, духовный кризис – это самый главный негатив экзистенциально-травматического стресса, его фундаментальный механизм, эквивалент тревоги, депрессии, беспомощности и других специфических феноменов экзистенциального стресса. К основным проявлениям духовного кризиса у военнослужащих с симптомами ПТСР относятся актуализация экзистенциальных потребностей с переходом к патологическому уровню их функционирования, резкое нарушение коммуникативных функций, пессимистическое отношение к будущему, потеря смысла жизни, осознание неспособности самореализоваться. Этот феномен проявляется как дезорганизация субъективной экзистенциальной позиции личности по отношению к основным экзистенциальным данностям (ценности, смысл, ответственность). Возникающее при этом состояние экзистенциально-

травматической неисполненности характеризуется переживанием утраты базовых человеческих способностей:

а) личностно персонифицированных: неспособность адекватно оценивать сложившуюся ситуацию и переживать ценность собственного Я (беспомощность, внутреннее смятение); ощущение невозможности осмысленного (менее травматического) проживания ситуации;

б) субъективно реализуемых: переживание невозможности персональной включенности в жизнь, принятия адекватных решений, взятия ответственности, потери контроля над собой.

Возникающий при этом экзистенциальный вакуум сопровождается утратой ценностно-смысловых ориентаций, что приводит к духовному опустошению, дезинтеграции психической и духовной жизни человека, утрате целеполагания. Это путь к тяжелым страданиям и закреплению негативных личностных феноменов, разрушению духовных основ личности, этических ориентиров и многочисленным разрушительным социальным явлениям.

Литература

1. Амбрумова А.Г. Анализ состояний психологического кризиса и их динамика. Психологический журнал. 1985. Том 6. С. 107-115.
2. Василюк Ф.Е. Психология переживания. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. 80 с.
3. Восковская (Шутова) Л.В., Лящук А.В. Духовный кризис: проблемы определения и диагностики. Психологическая диагностика, № 1. 2005. С. 51-71.
4. Калинин И.В. Потеря ценностной основы как причина и следствие кризисной ситуации. Смысл жизни и акме: 10 лет поиска: под ред. Бодалева А.А., Вайзер Г.А., Карповой Н.А., Чудновского В.Э.: в 2 ч. Ч. 1. М. Смысл. 2004. С. 146-156.
5. Леонтьев Д.А., Осин Е.Н. Смыслоутрата и отчуждение. Культурно-историческая психология. 2007. 4. С. 68-77.
6. Лэнгле А. Почему мы страдаем? Понимание, обхождение и обработка страдания с точки зрения экзистенциального анализа. Национальный психологический журнал. 2016. 4(24). С. 23-33.
7. Прохоров А.О. Модель изучения психических состояний: теоретические и прикладные аспекты. Психология состояний: под ред. проф. Прохорова А.О. М., Спб., 2004. С. 82-85.
8. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния. Днепропетровск. Арт-пресс. 1999. 146 с.

БАБУРА ЕЛЕНА ВАСИЛЬЕВНА, кандидат медицинских наук, главный врач ГБУ ДНР «Психиатрическая больница г. Макеевки», e-mail: lena.babura@mail.ru

1.4 Психологическая специфика переживания военнослужащими ситуаций стресса и риска

Е. И. Барышева

Стресс как психологическое явление – одна из самых часто исследуемых проблем в научных психологических, а также медицинских, психофизиологических, социологических и других отраслях наук. Однако в условиях чрезвычайной интенсивности нашей жизни эта научная проблема не становится менее актуальной. Открываются новые стороны в исследовании стресса и особенностей его переживания людьми с различными личностными особенностями, переживание стресса представителями различных профессиональных групп, связанного со спецификой профессиональной деятельности. Большое внимание в исследованиях психологической науки уделяется прояснению личностных детерминант переживания стресса. Следовательно, можно сказать, что проблематика стресса в психологической научной практике будет в ближайшее время только развиваться и расширять горизонты исследований.

Переживание стресса как психологический феномен и в целом проблематика стресса являются предметом исследования значительного количества трудов отечественных и зарубежных ученых. Эта одна из фундаментальных тем в современной психологии отражена в работах таких отечественных и зарубежных авторов, как С. Агарвал, Г. Вольф, В. Кеннон, Л. Кохен, Л.А. Китаев-Смык, Ю. Козелецкий, Р. Лазарус, Г. Маршал, В.Э. Мильман, И.П. Павлов, Г. Селье, С. Фолкман, Л. Ченг, Ю.С. Щербатых, Н. Эндлер, и мн.др. [14; 16; 18; 21; 24; 25; 29; 38].

Возникновение стресса обусловлено комплексным взаимодействием нейрогуморальных, физиологических и психологических механизмов. Стрессовое состояние представляет собой неспецифическую реакцию напряжения, возникающую в ответ на экстремальные или деструктивные условия среды.

Интенсивность и характер переживания стресса опосредованы индивидуально-психологическими особенностями личности, ее актуальным функциональным состоянием и ресурсным потенциалом. Дезадаптивное напряжение проявляет себя на всех уровнях личностной организации: мотивационно-потребностном, когнитивном, эмоционально-волевом и характерологическом.

По своей сути, стресс является результатом когнитивной оценки ситуации, в которой дисбаланс между воспринимаемыми требованиями среды и наличествующими ресурсами человека оценивается как угрожающий. Таким образом, данное состояние выступает продуктом субъективной картины мира, системы личностных смыслов, убеждений и качества внутренних репрезентаций.

Крайне важное значение имеют такие факторы, как: интерпретация событий и их прогнозируемых последствий; уверенность в наличии и

эффективности стратегий совладания; сформированность навыков саморегуляции; способность к мобилизации и гибкому применению адаптивных поведенческих паттернов.

Взаимосвязь переживания стресса и других сопутствующих состояний на современном этапе развития психологической науки обнаруживает новые аспекты для исследований. В связи с возрастанием интенсивности жизни современного человека, ее информационной насыщенности, окружающий мир и наше реагирование на происходящее создают благотворную почву для распространения стрессового реагирования, увеличения проблем личностной тревожности, депрессивноподобных состояний и других деструктивных переживаний. Пребывание человека в условиях экстремального социума подталкивает субъекта к рискованному поведению или необходимости принятия сложных решений. Такое поведение зачастую является необходимостью осуществления жизнедеятельности в условиях неопределенности.

Синтез стрессовых и рискованных ситуаций в жизни субъекта жизнедеятельности в качестве темы исследований в психологической науке увеличивается еще и потому, что в современном мире мы наблюдаем значительное количество военных конфликтов, вооруженных столкновений, социальной нестабильности, терактов и других испытаний, которые требуют жизнестойкости, ресурсности и выносливости от человека, попадающего в такие условия. Предъявляемые высокие требования к состоянию психики человека особенно актуальны для профессионалов, работающих в экстремальных условиях: сотрудников спасательных служб, служб ликвидации чрезвычайных ситуаций, военнослужащих. В условиях военного конфликта на Донбассе научная разработка этой проблемы представляется нам чрезвычайно актуальной и востребованной в практике.

Предмет обсуждения в данном параграфе будет касаться особенностей переживания стрессовых и рискованных ситуаций военнослужащими различных воинских специальностей.

Мы предполагаем, что военнослужащие, долгое время находящиеся в условиях выполнения специальных задач, в переживании стресса будут демонстрировать признаки истощения нервной системы, проявляющиеся в повышенной импульсивности, склонности к рискованному поведению, эмоциональной неустойчивости, физиологических признаках стресса (проблемы со сном, повышенная тревожность и др.). Склонность к рискованному поведению как проявление стрессовых реакций может быть связана с выбором определенных видов военной специализации.

Теоретические основы изучаемой проблемы.

Переживание стресса как предмет научного анализа. Широко известно, что впервые о понятии «стресс» заговорили в 1936 году в научном журнале «Nature». Раздел «Письма к редактору» опубликовал статью канадского физиолога Ганса Селье под названием «Синдром, вызываемый разными повреждающими агентами» [29, с.9]. Г. Селье выдвинул предположение о том,

что существует общая неспецифическая реакция организма на всяческие вредоносные воздействия, что вызывает в организме мобилизацию защитных сил. Данное явление он обозначил, как реакция стресса. Ганс Селье показал независимость процесса приспособления от характера раздражителя или нагрузки. Воздействия могут быть самыми различными, но независимо от своих особенностей ведут к цепи однотипных изменений, обеспечивающих приспособление [29, с.10]. Ученый уделял значительное внимание роли гормональной системы в формировании и развитии стрессовой реакции. Ганс Селье подчеркнул влияние стресса на деятельность человека, выделил стадии стресса, его виды. Сведения, полученные Г. Селье, стали классикой знаний об адаптационной реакции человека и не утратили своей актуальности по сей день.

Многие ученые развили и значительно дополнили учение о стрессе Ганса Селье. Советский физиолог Г.Н. Кассиль работал над теорией развития стресса, он отмечал, что нервно-эмоциональная напряженность, которая вызвана умственной, физической и эмоциональной нагрузкой сопровождается цепной реакцией, начиная с коры головного мозга и заканчивая субклеточными, молекулярными образованиями [15]. Можем говорить о том, что стрессовая реакция – это реакция на уровне всего организма, включая все органы и системы, некоторые из них являются более чувствительными к воздействию по характеристике последствий.

Масштабный вклад, посвященный изучению механизмов стресса, внесли физиологи отечественной школы И.П. Павлов, Л.А. Орбели, П.В. Симонов и др. К.В. Судаков выявил механизмы эмоционального стресса. Автор отмечал, что «центр тяжести исследований проблемы стресса из сферы нейроэндокринных взаимоотношений все более отчетливо перемещается в так называемую психическую сферу, основу которой бесспорно составляют эмоциональные переживания человека» [32; 33; 38, с.43].

Различные научные направления рассматривают стресс с точки зрения собственных базовых позиций. Переживание стресса рассматривается с физиологической точки зрения, через понимание психологического состояния, эмоциональных реакций, поведенческих стратегий [23].

Ричард Лазарус, известный исследователь стресса, обращает внимание на различия в восприятии стресса, вызванного физиологическими или психологическими агентами. Р. Лазарус выдвинул концепцию, согласно которой существует разграничение физиологического и психологического (эмоционального) стресса [21, с. 27 - 29]. Ученый отмечал, что особое значение в возникновении и переживании стресса имеют представления субъекта об окружающем мире и о себе в нем, то, насколько личность готова брать на себя ответственность в складывающихся обстоятельствах. Еще одна особенность, обуславливающая стресс-реагирование, связана с представлениями личности о своих возможностях повлиять на ситуацию [21, с. 27 - 29].

В понимании Ричарда Лазаруса промежуточной переменной, которая опосредует стресс-фактор, воздействующий на человека, и его ответную

реакцию как раз и является психологическое отношение. Основным психологическим процессом выступает оценка угрозы, она выглядит как предвидение вероятных опасных последствий воздействующей на него ситуации. Оценивание угрозы, связано с анализом значимости ситуации и отношения к ней. Оценка угрозы так же связана с процессами памяти, абстрактным мышлением, а также прошлым опытом личности [21, с. 27 - 29]. По сути дела, непрерывная оценка угрозы и предположение о надвигающихся опасных, непредвиденных неприятных ситуациях, предвосхищение негативных событий является основой механизма личностной тревожности – еще одного состояния, ассоциированного со стрессом. В современном мире личностная тревожность – это состояние, которое является одним из наиболее частых поводов обращения за психологической помощью. Эта тема заслуживает отдельной публикации.

Интересен подход Н. Эндлера в объяснении стресса. Автор определяет стресс как проблему в системе взаимоотношений «Мир – Человек» [38, с.47].

В.Э. Мильман писал об эмоциональном стрессе следующее: стресс является функцией двух факторов: величины потребности в достижении и субъективной оценки вероятности достижения [24, с. 27]

А.М. Вейн, К.В. Судаков [32; 33] считают, что основная причина хронических заболеваний является следствием эмоционального неблагополучия, острого или хронического эмоционального стресса. Как следствие, возникают психосоматические расстройства. В их число входят неврозы, нарушения в области сердечной деятельности, артериальная гипертензия, язвенные поражения желудочно-кишечного тракта, иммунодефициты и даже опухолевые заболевания [38, с.43].

Такие ученые, как С. Агарвал, Л. Кохен, Г. Маршал, Л. Ченг, считают, что проблемы, связанные с состоянием психической сферы человека, являются основной причиной потери трудоспособности по сравнению с физическими проблемами [38, с. 43-49].

О физиологической выносливости говорил Р.А. Динстебер. По его словам, выносливость дает возможность повысить устойчивость к возможному физическому повреждению, связанному со стрессовой ситуацией. Особенно разрушающими для личности являются условия хронического стресса, так как вызывают истощение, астению, снижение уровня сопротивления обстоятельствам, депрессивные проявления, и даже смерть, утверждает ученый [38, с. 43].

Как правило, понятия эмоциональный и психологический стресс часто рассматривают как синонимичные. Ю.В. Щербатых дифференцирует понятия «психологического» и «эмоционального» стресса [37; 38]. Он указывает, что эмоциональный стресс связан с доминированием ярких эмоций, в характеристиках же психологического стресса в большей степени присутствует когнитивный компонент, проявляющийся в осмыслении и анализе ситуации, в размышлениях о развитии ситуации, ее прогнозировании, в оценивании возможности ее изменить или на нее повлиять. При этом оба вида стресса (если

рассматривать их все-таки как два вида) имеют сходную схему развития (тревога–адаптация–истощение), данная схема была описана еще Г. Селье. Множественные эксперименты и исследования доказали неразрывность связи стресса и эмоций. Современная литература предлагает иногда термин «психоэмоциональный стресс» [38, с. 60].

Так же особенностью психологического стресса является методика его измерения, она направлена на оценку не косвенных показателей (стрессоры, проявления депрессии и тревожности, фрустрации), а напрямую описывает состояние человека, переживающего сложившуюся ситуацию [38, с. 58]. Именно содержание стрессовых переживаний человека и интересует нас в нашем исследовании.

Сильные эмоции и переживания, которые вызываются психологическим стрессом, крайне опасны, так как приводят к образованию очагов застойного возбуждения в головном мозге [38, с. 59], соответственно, это способствует развитию психосоматических, нервно-психических и других заболеваний, возникновению посттравматического стрессового расстройства.

В психологии выделяют два вида стрессоров: кратковременные и долгосрочные. Кратковременные стрессоры возникают внезапно, могут повторяться через определенное количество времени. При этом влияние на центральную нервную систему незначительно. Данный вид стрессора не может перейти в хроническую форму течения. Длительное воздействие долгосрочных стрессоров достаточно сильно влияет на организм, и могут вызывать психосоматические заболевания и обострение хронических заболеваний у человека [11]. В исследовании стрессовых и рискованных ситуаций в опыте военнослужащих, находящихся длительное время в условиях угрожающих жизни, что и является хроническим стрессом, для нас будет важно понять их переживания, состояния, в том числе и психофизиологическое состояние, а также способы, которые помогают военнослужащим справляться с собственным состоянием.

По мнению исследователя информационного стресса В.А. Бодрова [6; 7; 8], любой психологический стресс приобретает информационный характер. Он содержит информацию о каких-либо неблагоприятных событиях. Наиболее остро информационный стресс проявляется в деятельности специалистов, которые работают в условиях информационных перегрузок [8, с. 67].

Ряд ученых (Р. Лазарус, Г. Никифоров, Ю. Щербатых) выделяют также социальный и профессиональный виды стресса. Социальный стресс связывают с переживанием критических жизненных ситуаций. Тяжелые жизненные ситуации (потеря близких, социальные кризисы, отделение от семьи и друзей и т.п.) считают наиболее опасными, так как они представляют угрозу физическому, психологическому и психическому здоровью [21; 38, с. 76].

Множество напряженных ситуаций в профессиональной деятельности привело к выделению такого феномена, как профессиональный стресс. В свою очередь, существует разделение на профессиональный стресс (связанный со стрессовыми характеристиками профессии) и организационный стресс

(связанный с организацией профессионального пространства и производства в конкретных условиях, микроклиматом организации).

Существует значительное количество исследований особенностей поведения людей в условиях профессиональных стрессов. Особенно это касается военных действий и переживания экстремальных нагрузок. Исследование проблемы особенностей переживания военного стресса особенно актуально для жителей Донбасса. И конкретно для испытуемых, принявших участие в нашем исследовании. Критические жизненные события являются более мощными стрессорами, требуют более длительной адаптации.

Хронические стрессы представляют собой повторяющиеся тяжелые испытания. Эти события обычно связывают с переживанием посттравматических синдромов, связанных с военными действиями, а также в связи с переживанием других тяжелых жизненных событий (болезни, потери близких, разрыв отношений и др.) Работа с последствиями таких стрессов и процесс реадаптации может занимать значительное время [28, с. 156].

Гринберг подчеркивал, что из двух показателей – длительность и интенсивность воздействия – именно длительность выступает наиболее вредоносной характеристикой [28, с. 156]. Когда мы соотносим данный тезис с фактом пребывания военнослужащих в условиях экстремальной боевой ситуации (и при открытых столкновениях, и в условиях позиционной войны), мы понимаем, что переживание стрессовых и рискованных ситуаций в своей деятельности носит хронический характер и не может не сказываться на состоянии этих людей. Для военнослужащих и гражданских лиц, проживающих на Донбассе, такая ситуация длится (на данный момент) 12 лет.

Таким образом, современные исследователи считают, что наиболее трудной областью изучения стресса, является психологический стресс. Конкретно со стрессорами этой категории мы сталкиваемся каждый день. Сложность изучения психологического стресса связана с вариативностью реакций людей на стресс [35, с. 36].

Особенностью психологического стресса является его развитие под воздействием не только реальных, но и вероятностных событий, которые еще не произошли, но могут произойти в будущем, вызывая тревогу и страх у человека. [35, с. 36].

Особенности переживания стресса и реакции на стресс.

Жизнедеятельность организма непосредственно связана с его способностью адаптироваться к условиям окружающей среды. Степень проявления этой способности и обуславливает появление различных реакций стресса. Таковые реакции являются закономерными и по сути отражают состояние взаимодействия человека и окружающей среды. Важно научиться понимать момент, когда стресс выходит из-под контроля.

Опасные последствия стресса могут не проявляться непосредственно и не нести вред здоровью человека сразу после стрессовой ситуации. Тем не менее, именно субъективное отношение к ситуации вполне способно привести к серьезным последствиям в переживании стресса [32, с. 76].

В.Д. Небылицын считает, что предел безвредного, обратимого напряжения интегративных способностей обусловлен индивидуальными особенностями психики личности. По мнению автора, предел так же связан с уровнем выносливости, функциональной устойчивости, а также параметрами реактивности конкретной личности. Из этого следует, что большое влияние на переживание психологического стресса оказывают компоненты психологической структуры личности [25, с. 56].

В.А. Бодров, Т.А. Немчин отмечают, в случае угрозы, направленной в сторону субъекта, его психическая деятельность становится более интенсивной. Поведение субъекта в стрессовой ситуации направлено на то, чтобы обезопасить организм в экстремальных условиях (или воспринимающихся как экстремальные, угрожающие). Реакции реагирования могут быть самыми разнообразными (они названы, например, в исследованиях Р. Лазаруса: избегание, уход от проблемы, противодействие ситуации, выбор совладающих стратегий). Проявления стрессового реагирования могут быть различны от вполне мобилизующих реакций до проявлений страха, паники, истерических реакций, агрессии, фрустрации, подавленности и т.д. [7; 8; 25, с. 56].

Различия в реагировании также касаются и поведенческих, и биохимических, и физиологических, и аффективных реакций [37].

Г. Селье оказал влияние на взгляды многих исследователей, внимание которых привлекли физиологические, биохимические или морфологические изменения, возникающие в результате действия стресс-факторов [9, с. 12].

Психологический стресс возникает не только в силу объективных характеристик стрессовой ситуации, но зависит и от индивидуальных личностных особенностей человека, его способов восприятия и реагирования, предыдущего опыта, характерологических особенностей [16, с. 11].

Влияние стресса на деятельность неоднозначно. Каждый человек субъективен в переживании стресса, поведенческие, когнитивные, физиологические и эмоциональные реакции по-разному проявляются у конкретной личности, это детерминировано особыми личностными качествами каждого отдельного индивида [15, с. 205].

На продуктивность работы оказывают влияние три типа реакций на стрессовую ситуацию. Одним из таких типов реакции является мобилизация деятельности. Она предполагает повышение продуктивности деятельности. В результате стресса у человека ускоряется протекание всех психических процессов и соответственно повышается работоспособность [12, с. 19].

Что касается демобилизации деятельности, то здесь, наоборот, заметно снижается уровень психической деятельности, что приводит к торможению выполняемых действий. В данном случае стресс оказывает негативное влияние на все психические процессы: сужается объем внимания, падает переключаемость внимания, возможны нарушения памяти, мышление приобретает хаотический характер, человек становится неспособным принять оптимальное решение, наблюдается необдуманность поступков [12, с. 20].

Устоявшаяся в психологической науке классификация признаков переживания стресса, где выделяются когнитивные, эмоциональные, поведенческие и физиологические признаки [34, с. 29], будет использоваться нами для диагностики особенностей переживания стресса военнослужащими.

Эти признаки можно так же обозначить, как симптомы в переживании стресса, механизм их течения является весьма индивидуальной системой и может существенно отличаться у разных людей [10, с. 193]. Классикой исследования переживания является исследование Ф.Е. Василюка [10].

Когнитивные признаки отражают проблемы в сфере мыслительной деятельности индивида. Данные симптомы могут проявляться в сфере проблем с памятью, отсутствии способности сконцентрироваться на одном деле, навязчивых, тревожных мыслях, зафиксированных исключительно на негативе, постоянном беспокойстве, которое не проходит. Данные реакции нарушают правильную работу мозга, а также имеют негативное влияние на качество любой проводимой работы и выполнение различных задач [7, с. 109].

К эмоциональным признакам стресса относят такие проявления, как раздражительность, вспыльчивость, агрессивность, психологическая невозможность расслабиться, постоянное чувство загруженности, чувство одиночества, уныние, депрессия, в некоторых случаях истерики, резкие смены настроения, грусть, неудовлетворенность собой либо своей работой, частые жалобы, общая подавленность, отсутствие сил и желания что-либо делать [7, с. 109]. Такие реакции является своеобразным механизмом трансляции окружающему миру о переживании стресса, который вполне может вылиться в еще более существенные психологические проблемы, такие как проблемы с самочувствием и здоровьем человека [7, с. 110].

Поведенческие проявления касаются смены привычных поведенческих реакций, типичных для обычной среды. Часто такими реакциями становятся: нарушение пищевого поведения, отсутствие сна или чрезмерная сонливость, не исчезающая после отдыха, добровольная изоляция от общества, избегание общения и контактов с другими людьми, полное или частичное пренебрежение взятыми на себя обязанностями, злоупотребление алкоголем, табакокурением и даже наркотизация, появление нервных привычек (щелканье ручкой, обкусывание ногтей, нервные, стереотипные движения, постукивание, топанье ногой и т.п.) [7, с. 110].

Физиологические признаки переживания стресса проявляются в нарушении самочувствия и здоровья человека. Данная группа включает в себя боли неопределенного характера, головные боли, мигрень, различные расстройства пищеварения, головокружения, тремор, повышенная потливость, общая слабость, скачки давления, учащенное сердцебиение, потеря сексуального влечения, простудные заболевания и т.п. [7, с. 110]. Это является причиной общего ухудшения здоровья и развития огромного количества многих других заболеваний.

На локализацию вредоносных воздействий влияют факторы, описанные нами ниже. Воздействию стрессовых факторов поддается наиболее слабый

орган. Считается, что характер переживаемых эмоций зачастую влияет на конкретную группу психосоматических заболеваний. Например, преобладание эмоции гнева порождает сердечно-сосудистые заболевания, страха – желудочно-кишечные [33, с. 53].

Ф. Александер считает, что стрессовые ситуации, порождающие отрицательные эмоции, например, страх, тревога, гнев – приводят к биологическому сдвигу в организме. У животных биологический сдвиг реализуется в поведении в виде бегства или борьбы и имеет адаптивное значение. Но в социуме такие варианты являются недостаточными, неприемлемыми, и такими, которые проблему не решают. Часто, исходя из правил сосуществования в социуме, человек вынужден сдерживать свои эмоции. Из-за их блокировки усиливаются физиологические реакции, разрушающие нормальную работу организма человека. Таким образом, одной из причин появления психосоматических заболеваний является блокировка отрицательных эмоций [11, с. 39].

Данный тезис Ф. Александера подвергся критике психологов отечественной школы Ротенберга, Аршавского. Авторы утверждают, что отрицательные эмоции не в каждом случае приводят к возникновению психосоматических заболеваний. Известны случаи, при которых обострение болезни происходит в благоприятной среде. Все же имеют значение и типы реагирования, и поведенческая реакция на ситуацию.

В случае активно-оборонительного поведения физиологические сдвиги в организме быстро приходят в норму [11, с. 40].

В случае пассивно-оборонительного поведения, а также при смирении с ситуацией возникают соматические проявления. Соответственно, причиной возникновения психосоматических заболеваний является в том числе и пассивно-оборонительный тип поведения при переживании стресса [11, с. 41].

Вследствие этого, возникла концепция поисковой активности. Поисковая активность представляет собой особую деятельность, направленную на переоценку трудной ситуации или изменение ее условий. Поисковая активность также взаимосвязана с активно-оборонительным типом поведения и благотворно действует на здоровье и самочувствие человека в стрессовой ситуации [11, с. 42].

Влияние личностных факторов на переживание стресса.

Современные исследования, посвященные переживанию стресса, поднимают вопросы, касающиеся личностных особенностей респондентов в переживании стресса, типа реагирования на события и особенностей проявления стрессовых реакций [36, с. 26].

Реакция индивида на стрессогенные условия детерминирована не только конституциональными особенностями и свойствами темперамента, но и всей совокупностью приобретенных личностных характеристик, сформировавшихся в процессе онтогенеза и социализации. Указанные характеристики предопределяют индивидуальное своеобразие психофизиологической

реактивности, а также моделируют вариативность и выраженность поведенческих реакций в условиях стресса [36, с. 26].

Эмпирические данные, накопленные в рамках психологических исследований, подтверждают существенную роль индивидуально-личностных факторов в успешности деятельности при стрессе. Установлено, что вариабельность ответов на идентичные стрессовые воздействия обусловлена различиями в личностной уязвимости и резистентности. Конкретная форма поведенческого реагирования и его антистрессовая направленность являются производным от уникальной конфигурации устойчивых индивидуально-психологических свойств личности [39, с. 46].

Важную роль когнитивной деятельности в течении психологического стресса отмечает в своих трудах Р. Лазарус [21, с. 26]. В ряде исследований под его руководством была подтверждена ключевая роль когнитивной оценки в развитии и регуляции стрессовых реакций. Один и тот же стимул способен провоцировать либо не провоцировать развитие стрессового ответа в зависимости от его субъективной интерпретации личностью [21, с. 26]. При оценке события, как не представляющего угрозы, активация психофизиологических механизмов стресса не происходит. Формирование стрессовой реакции оказывается опосредованным процессами смысловой и содержательной обработки информации об окружающей действительности. Чем более значимой является для личности ситуация, тем более выраженной будет реакция человека.

Ключевым фактором эффективности в экстренных ситуациях выступает способность индивида к реализации сложных специализированных видов деятельности при сохранении продуктивности вопреки действию стрессогенных факторов. Данная способность детерминирована индивидуально-типологическими особенностями личности, включая умение отключиться от дестабилизирующих воздействий; способность подавлять возникающие аффективные и психомоторные реакции; устойчивость когнитивных функций при резких изменениях оперативной обстановки.

Указанный комплекс свойств представляет собой не что иное, как сформированный механизм психологической адаптации к пролонгированному стрессовому воздействию [17, с. 126]. Высокий уровень развития данной способности является профессионально важным качеством для специалистов, работающих в условиях экстремальной неопределенности, в частности – для военнослужащих, действующих в обстановке реальных боевых ситуаций.

Стрессогенный стимул не является причиной последующего ответа организма на ситуацию. Конкретный стимул оказывает влияние лишь, если событие эмоционально значимо и его оценка негативна.

Объективно негативный стимул не провоцирует стрессовую реакцию при отсутствии его когнитивной оценки как угрожающего или деструктивного. Соматические проявления стрессового ответа у индивида демонстрируют слабую взаимосвязь с объективными параметрами стрессора. Решающую роль в формировании характера психофизиологических реакций играют внутренние

психические условия и индивидуальные особенности личностной организации. Типология и специфика стрессовых реакций детерминированы структурно-динамическими характеристиками личности.

Особенности напряженного состояния человека зависят от личностного смысла, целей его деятельности, доминирующих мотивов, оценки ситуации, эмоционального фона конкретной личности. Когда мы будем анализировать особенности стрессовых переживаний военнослужащих, как раз увидим специфическую вариативность реагирования воинов в зависимости от осознанности в оценке ситуации военного конфликта, системы ценностей субъекта, личностной устойчивость и нервной организации.

В вопросе о переживании стресса выделяют влияние личностных черт индивида на переживание стрессовых событий. К таким характеристикам относят когнитивный, эмоциональный, волевой и др. компоненты личности, которые участвуют в регуляции поведения и реакциях на стрессогенный фактор [38, с.72].

Также к личностным чертам, влияющим на переживание стресса, мы относим личностную тревожность. Тревожность является сложной реакцией, которая может мобилизовать организм в условиях ожидаемой угрозы [38, с.72]. Согласно концепции А.М. Прихожан, тревожность интерпретируется как маркер невротизации личности и рассматривается в качестве значимого фактора, детерминирующего нарушения в развитии, коммуникативной и деятельностной сферах. Автор утверждает, что тревожность трансформируется в автономное психологическое образование, приобретая мотивационный импульс и становясь ключевым личностным фактором стрессового реагирования [38, с.79].

В рамках данного подхода тревожность выступает базовым компонентом изменения психического состояния при психологическом стрессе. Таким образом, тревожность – как в ситуативной, так и в личностной модальности – представляет собой индикатор психоэмоциональной дезадаптации и оказывает дезорганизующее воздействие на жизнедеятельность личности в целом [38, с. 80].

Р. Лазарус писал о том, что тревожность возникает в ситуациях, когда оценка внешней угрозы соединяется с представлениями о невозможности найти подходящие средства для ее преодоления, а ее профилактика и коррекция понимаются как обучение «переоценке ситуации» [21, с.52].

Длительное и многократное воздействие стрессовой ситуации при соответствующей ее оценке индивидом рассматривается как основной источник невротических состояний, сюда так же можно отнести и тревожность [21, с. 52]. Но стоит отметить, что исследования прикладного характера последних лет обнаруживают особенности тревожности как упреждающего фактора с целью попытки проконтролировать совершенно все обстоятельства, которые могут случиться во всех их вариантах. Такой упреждающий вариант переживания тревожности как бы страхует личность от непредвиденных, неконтролируемых обстоятельств, что срабатывает как довольно энергозатратный, но все же

механизм борьбы со стрессом. Как мы уже отмечали, проблематика личностной тревожности заслуживает отдельного описания.

Для людей, проживающих на Донбассе, характерно переживание военного стресса, а также посттравматические последствия военных действий, пережитых ими. Значительное количество гражданских лиц находятся в условиях военного конфликта. Многие из них приняли непосредственное активное участие в защите нашей территории, защищая свои дома, спасая жизни мирных граждан. Особенно экстремальной ситуация является для профессиональных военнослужащих, которые непосредственно включены в действия боевого характера. Важно отметить то, что в условиях военной среды существует специфика содержания стрессовых факторов, которые не просто являются стрессовыми, а имеют силу экстремальных, чрезвычайных ситуаций.

В результате экстремальных воздействий могут развиваться посттравматические стрессовые расстройства как результат чрезмерных нагрузок и истощения ресурсов совладания. Посттравматические стрессовые нарушения могут развиться через некоторый период после экстремального события или под действием длительного стресса, протекающего месяцы и годы.

Современные исследования выделяют два принципиально различных типа реагирования на экстремальные ситуации: адаптивный и дезадаптивный. Адаптивная форма реакции представляет собой целенаправленную активность психики, ориентированную на нейтрализацию или преодоление воздействия экстремальных факторов, а также на поддержание оптимальной эффективности деятельности в условиях стресса [31].

Как отмечает А.М. Столяренко, эмпирические данные свидетельствуют, что даже в критических условиях 25-30% индивидов демонстрируют сохранность саморегуляции, адекватность ситуационной оценки и способность к реализации целесообразных действий в соответствии с оперативной обстановкой. По их словам, «они думали не о собственном выживании, а об ответственности за необходимость исправления случившегося и сохранение жизней окружающих» [31].

Таким образом, ключевой характеристикой адаптивных поведенческих паттернов выступает их осознанная целенаправленность. Данный феномен предполагает разработку индивидом стратегии действий, основанной на комплексном анализе качественных и количественных параметров экстремальной ситуации. Подобная стратегическая организация деятельности детерминирует специфику как экстернальных (поведенческих), так и интернальных (психофизиологических) проявлений состояния личности [38, с. 85].

Так же стоит отметить то, что большое значение для формирования индивидуального антистрессового поведения имеет опыт семьи в реагировании на стрессовые события [38, с. 85].

Эрик Берн в своих трудах писал о том, что существует свой индивидуальный сценарий стрессового поведения в семье.

А.М. Столяренко выделяет основные характеристики, способствующие эффективности реагирования в экстремальных условиях [31]. К таким автор относит: адекватность восприятия ситуации и ее когнитивного осмысления, что подразумевает способность к точной оценке обстановки, критическому анализу угроз и принятию обоснованных решений, направленных на минимизацию опасности; оптимальность поведенческих реакций – соответствие мотивационно-ценностной регуляции действий, определяющих поступок человека, социально принятым нормам и эталонам поведения в кризисных условиях; операциональная эффективность – способность действовать собрано, выбрать наиболее продуктивные действия, методы и стратегии, обеспечивающие успешное разрешение экстремальной ситуации.

Риск как психологический феномен.

В процессе жизнедеятельности человек регулярно сталкивается с ситуациями неопределенности и не имеющими однозначного решения; при этом проявление активности связано с вероятностью получения непрогнозируемых результатов. Риск выступает перманентным компонентом социального взаимодействия, выполняя не только функцию контекстуального фона, но и являясь неотъемлемой частью самой социальности (Perrow, 1984; Гордиенко Ю.Ф., 2005) [27]. Современные условия существования, характеризующиеся высокой степенью неопределенности, обуславливают необходимость постоянного принятия решений, связанных с риском, как в приватном, так и в широком социальном контексте. Данный экзистенциальный момент времени становится значимым источником хронического стресса для современного человека.

Риск выполняет структурно-функциональную роль в управленческих процессах, в процессе принятия ответственных решений и проявлении инициативы, противодействуя конформизму и стагнации. Оптимальный уровень риска является необходимым условием эффективной деятельности в научной, предпринимательской и политической сферах. Субъекты профессиональной деятельности, избегающие обоснованных рисков, утрачивают конкурентные преимущества и потенциал развития

Парадоксальность риска проявляется в его дуальной природе: при потенциальной возможности достижения прорывных результатов он несет и вероятность значительных потерь. Неадекватная оценка рисков может приводить к деструктивным последствиям, включая травматизм и фатальные исходы. По словам У. Бека, от индустриального общества наблюдается переход к обществу риска. (Бек У., 1994, 2000) [5].

Особенно деятельность, сопровождаемая интенсивными рискованными составляющими, характерна для деятельности военных, находящихся в условиях выполнения боевых задач, подвергающихся постоянно угрозе жизни.

Рассмотрим некоторые сведения из истории изучения риска как научного феномена в различных научных направлениях.

В статье Д. Бернулли, написанной еще в 1738 году, акцентируется внимание исследователей проблематики риска и его измерения на достаточно

понятный для психологов факт: восприятие риска у каждого индивида будет весьма индивидуальным и своеобразным, как и его оценка и восприятие. Бернулли считает, что восприятие и оценивание риска будет опосредовано системой ценностей человека. Так во многочисленные направления исследования рисков (риски исследовались в области права, в коммерции, медицине и других сферах) включилась психология.

Научные изыскания в исследовании риска и рискованного поведения широко начали проводиться с начала XX века, когда в 1920 году вышла книга Ф. Найта «Риск, неопределенность и прибыль» [13]. И мы видим, что анализ сосредоточен на внешних параметрах проблемы, а не на переживаниях, принятии решений, то есть не на феноменах внутренней психической жизни человека. Уже во второй половине XX века проблема исследования данного феномена приобретает междисциплинарный и разнонаправленный характер.

Мы не будем останавливаться на исследованиях, не имеющих отношения к психологии. Назовем имена исследователей, внесших свой вклад в понимание теории рисков: А.П. Альгин, Дж. Арнетт, С.Н. Богомолова, В.П. Буянов, В.В. Глущенко, И.Н. Давыдов, Е.П. Ильин, Ю. Козелецкий, Т.В. Корнилова, В.В. Кочетков, В.А. Петровский, И.Г. Скотникова, Г.Н. Солнцева, Г.Л. Смолян, А.В. Шаболтас и др. [1; 2; 13; 18; 19; 20; 30; 40].

Существующее довольно обширное количество публикаций в психологической науке отражает ракурс изучения риска как проблемы принятия решений, его различных проявлений и особенностей в различных условиях жизнедеятельности.

Содержательные представления о понятии риска и рискованного поведения содержат великое множество трактовок, которые во многом обусловлены особенностями культуры, ментальными и социальными представлениями, личностными смыслами субъектов. В обыденном сознании слово «риск» часто воспринимается в различных смыслах: как способность идти на авантюры; как желание ощутить «выброс адреналина»; как ситуация неопределенности; чаще всего – как действие, исход которого неясен или в основе которого лежит необоснованная надежда на успех [13]. В нашем исследовании мы предпримем попытку определить смысловое наполнение понятия риска и рискованного поведения у военнослужащих, чья жизнь постоянно подвергается опасности и необходимости принимать рискованные решения, совершать рискованные действия.

Среди ученых понятие «риск» тоже понимается по-разному, в основе данных различий – эмпирические исследования и обобщения. Е.П. Ильин анализирует различные трактовки понятия, риск в научных психологических исследованиях понимается: как опасность; как специфический вид деятельности в условиях неопределенности; как характеристика ситуации; как оценка возможности осуществления действия, возможности достижения результата, соответствующего цели, и т. д. [13].

Рассмотрим содержательные характеристики этих трактовок, необходимых нам для понимания эмпирических результатов нашего исследования.

Е.П. Ильин в своей монографии приводит перечень трактовок феномена риска, характерных для жизни современного человека (приведем их ниже):

– риск как возможная опасность неблагоприятного исхода;

– риск как активность человека в ситуации неопределенности;

– риск как прогностическая оценочная категория в ситуации неопределенности;

– риск как выбор из многих альтернатив;

– риск как действия наудачу [13].

С опасностью связывают обстоятельства, способные привести к катастрофе, и меру реальной угрозы. Однако, если говорить о потенциальном вреде рисков, мы поднимаем вопросы характеристики и степени опасности, силы и продолжительности воздействия опасного фактора, устойчивости самого человека к данному воздействию – это подводит нас к взаимосвязи риска и воздействия на человека экстремальных ситуаций и условий жизнедеятельности. Все эти характеристики являются предметом исследования экстремальной психологии, новой отрасли психологического знания [27].

В психологической науке часто понятия «риск» и «опасность» употребляются как синонимы, однако Н. Луман доказывает необходимость четкой дифференциации данных понятий [22]. Автор обращает внимание, что очень важно понимать, ради чего человек рискует, цель риска. Безусловно, в условиях риска все же целью субъекта является попытка получить положительный результат. Все эти интерпретации приобретают новый оттенок в осмыслении рисков в условиях военных действий, когда воины рискуют и в тех ситуациях, когда надежды на успех минимальны, но задачи, стоящие перед ними крайне важны, осуществляются рискованные действия с угрозой для жизни во имя спасения товарищей или других людей, часто за счет собственной жизни.

Активность человека в ситуации неопределенности стала одной из особенностей современной жизни. И это еще одно прочтение термина «риск». Очень часто ситуация неопределенности вызывает напряженность и повышение уровня тревожности личности, что становится поводом обращения за психологической помощью. Неопределенность может быть связана как с объективными причинами (военные действия, экстремальные ситуации, природные явления и т.п.), так и с недостаточностью информации о сложившейся ситуации. Такие ситуации характеризуются тем, что для их преодоления характерные для личности способы (копинги) могут «не сработать», то есть быть не пригодными для решения сложностей ситуации. Личность должна выработать новые способы преодоления трудностей, адаптироваться к новым условиям, то есть рисковать, действуя в новых обстоятельствах неопределенности. Успешность преодоления может зависеть как от внешних факторов (есть необходимая для понимания ситуации

информация, способы и средства разрешения трудностей), так и в большой степени от внутренних ресурсов личности (адаптивности, выносливости, стрессоустойчивости, интеллектуального потенциала, необходимых умений, навыков и т.д.).

Если рассматривать риск как прогностическую оценочную категорию, то применимо к деятельности военнослужащих, риск выполняет функцию оценки степени определенного результата в ситуации неопределенности, прогноз вероятности возможной опасности. В исследованиях Г.Н. Солнцевой оценка результатов рискованного поведения рассматривается в случае сознательного выбора такого поведения. Исследовательница рассматривает риск как прогностическую оценку предполагаемых действий, которые осуществляются на предваряющем этапе планирования события. Она пишет: «Риск – это не описательная (атрибутивная) характеристика ситуации, а оценочная категория, неразрывно связанная с действием человека, его оценкой – оценкой для себя». (Солнцева Г. Н., 1999) [30].

Среди авторов, рассматривающих риск как прогностическую категорию: Э. Байт, Д. Каннеман, В.В. Кочетков, А. Сейдж, И.Г. Скотникова и др. [14; 19; 20; 30].

Рассматривая риск как выбор из многих альтернатив, некоторые ученые говорят о том, что альтернативность является необходимым свойством представлений о риске как таковом. Способность выбрать из нескольких вариантов развития ситуации, из нескольких вариантов решений или направлений деятельности часто связывает это направление научного анализа с психологией принятия решений, в том числе и в экстремальных условиях.

Риск как действия наудачу, в отличие от предыдущих направлений, акцентирует внимание исследователей на ориентации на успешное развитие событий, то есть рискованные действия, ориентированные на успех.

Е.П. Ильин отмечает, важно различать риски, связанные с ситуациями шансовыми, где исход зависит от случая, и риски, связанные с ситуациями навыка, где исход связан с возможностями субъекта. Выявлено, что при прочих равных условиях люди обнаруживают более высокий уровень риска в ситуациях, связанных не с шансом, а с навыком, – когда считают, что от них что-то зависит. [13].

Действия наудачу ассоциируются у нас и с пониманием риска как источника «получения адреналина», драйва, риска ради получения впечатлений, острых ощущений, воспринимаемых как «вкус жизни». Исследователь А.П. Альгин определяет риск как «деятельность, связанную с преодолением неопределенности в ситуации неизбежного выбора», то есть риск присутствует и на стадии планирования действий, выбора стратегии поведения, и на этапе реализации такого решения [1; 2]. Если применить этот тезис к пониманию рискованного поведения военнослужащих, то подобное поведение часто ассоциировано уже с личностными особенностями воинов или нахождением их в условиях опасности и хронического стресса, что может провоцировать неоправданно рискованное поведение, опасное для собственной

жизни, а иногда и жизни товарищей. Такое поведение также может отражать и наличие посттравматической симптоматики, не дающей возможности адекватно и реалистично оценить ситуацию.

Склонность к риску (рискованность) в профессиональной деятельности военнослужащих.

Вариативность личностных качеств человека огромна, как различна она в вопросе отношения к риску. Мы в равной степени встречаем субъектов, которые крайне осторожны, действуют только в продуманных, просчитанных обстоятельствах, и есть те, которые готовы рисковать в любых ситуациях, риск для них представляет собой необходимое условие жизни.

Знание таких личностных особенностей (склонности к риску) имеет практическое значение и требует учета в деятельности в экстремальных условиях. Особенно эти данные важны в понимании деятельности профессионалов – военнослужащих, сталкивающихся с рискованными и опасными для жизни ситуациями в ходе выполнения боевых задач. По всей вероятности, люди, выбравшие для себя возможность такой деятельности, могут иметь склонность к рискованному поведению в различных его модификациях (поиск острых ощущений, импульсивность и др.), что находит отражение и использование подобных качеств в их профессиональной деятельности.

В изучении рискованного поведения существует мультивариативный подход. В рамках этого подхода, Л. Шмидт выделяет три вида готовности в склонности к риску: 1) психическая готовность к риску проявляется в готовности к угрозе своему физическому благополучию, телесной неприкосновенности; 2) социальная готовность проявляется в готовности действовать нестандартным способом, не ориентируясь на мнение окружающих или их поддержку; 3) финансовая готовность – о беззаботном отношении к деньгам или попытке просчитать рискованные финансовые варианты. [13].

На готовность к риску у одних и тех же людей в различных ситуациях будет влиять не только наличие у них такой личностной особенности, а и то, насколько значима для них ситуация, вынуждающая к рискованному поведению. Если ситуация значима, связана с важнейшими потребностями и ценностями личности, если коллектив, группа ожидают от человека этих действий, то готовность к рискованному поведению может проявиться сильнее.

Также о готовности к риску у разных людей можно говорить и тогда, когда разные люди поставлены в одинаковые условия с необходимостью к рискованным действиям – здесь и проявляется индивидуальная особенность отношения к риску, отражающая и степень напряженности ситуации, и необходимость результата, его ценность для личности и для группы, уровень подготовленности субъекта к выполнению рискованных действий.

Американский профессор М. Цуккерман трактует склонность к риску как личностную черту, жажду острых ощущений. Об этом – в его исследованиях 60-х годов XX столетия. Проявляется склонность в жажде нового опыта эмоционального реагирования, в сильных впечатлениях, связанных с

рискованными действиями на грани здравого смысла. Такая склонность может выражаться и в неадекватном социальном поведении, связанном с опасностью для здоровья (употребление алкоголя, быстрое вождение автомобиля, незащищенные сексуальные отношения и т.п.). Одной из причин такой личностной особенности, на наш взгляд, может быть отсутствие значимых целей, целеполагающий вакуум, отсутствие осмысленности жизни.

В своем эмпирическом исследовании мы используем методику М. Цуккермана для определения склонности к экстремально-рискованному поведению у военнослужащих разных воинских специальностей [13].

Ряд ученых (Осипов А. В., 2009; Самсонов А. П., 1978) [26] говорят и о положительном эффекте этой личностной черты: так, в деятельности пожарных, спасателей, военнослужащих – это важное профессиональное качество, связанное со смелостью, ответственностью, жертвенностью профессионалов.

Исследование эффективности действий испытуемых в боевой обстановке показало, что лица, склонные к риску, отличаются от лиц, не склонных к риску, самоотверженным поведением, сохраняя хорошую работоспособность в опасных для жизни условиях. Лица, не склонные к риску, особой инициативы не проявляют, но и не самоустраняются от выполнения боевого задания.

Безусловно, данная личностная особенность связана в структуре характера и с другими личностными особенностями (как положительными, так и отрицательными), такими, как импульсивность, некритичность, агрессивность, смелость, независимость, склонность к доминированию и др.

Т.В. Корнилова посредством проведенных экспериментальных исследований констатирует взаимосвязь склонности к риску и самостоятельности. Также отмечено, что склонность к риску выше у людей с сильной нервной системой. [19; 20]. В ходе нашего эмпирического исследования мы также используем методику Т.В. Корниловой «Личностные факторы принятия решений».

В условиях деятельности в экстремальных условиях, когда специалисты часто находятся в ситуациях риска, по мнению некоторых ученых, формируется потребность в риске. Подобное поведение наблюдается у военнослужащих, альпинистов, летчиков-испытателей и вообще у специалистов, связанных с экстремальными условиями профессиональной деятельности.

Таким образом, переживание стресса и рискованных ситуаций является сложным психологическим процессом, опосредованным особенностями личности. Исследование проблемы особенностей переживания стресса особенно актуально для жителей Донбасса. И конкретно для испытуемых, принявших участие в нашем исследовании.

Критические жизненные события являются мощными стрессорами и требуют длительной адаптации. Хронические стрессы и травмирующий опыт представляют собой повторяющиеся тяжелые испытания, их связывают с

переживанием посттравматических синдромов, связанных с военными действиями, другими травмирующими событиями.

Деятельность профессиональных военных в экстремальных условиях обращает внимание на то, что субъекты деятельности испытывают не только стрессовые переживания, но и переживания риска и рискованных действий как результата необходимости действовать в неопределенных условиях, требующих повышенной ответственности.

Выработанная стратегия поведения, а также опыт, полученный ранее, влияет на итоговые проявления тех или иных поведенческих действий. Учеными установлено, реакция на переживание стрессовой и рискованной ситуации обусловлена личностными особенностями. При этом поведение при переживании эмоционально-стрессовых условий способно сильно меняться. Признаки переживания стресса разделяют на несколько групп. К их числу относят: когнитивные, эмоциональные, поведенческие и физиологические признаки. Формы ответного поведения детерминированы процессами оценки, предвидения, решения, приспособления, они так же связаны с предыдущим опытом личности.

В вопросе переживания как стресса, так и риска военнослужащими выделяют влияние личностных черт индивида на эти переживания. К таким личностным характеристикам относим импульсивность, тревожность, склонность к поиску острых ощущений, индивидуально-личностная склонность к экстремально-рискованному поведению, способность к критическому мышлению, ответственности. Одной из таких особенностей является тревожность, которая выступает сложной реакцией в условиях ожидаемой угрозы. Существует подход, который предполагает объединение внешнего источника стресса и его субъективную оценку. Так же стоит отметить, важное значение для формирования индивидуального антистрессового поведения имеет опыт семьи в реагировании на стрессовые события.

В целом, можно подытожить, что переживание стресса и рискованных ситуаций характеризует результат наших когнитивных процессов, образа субъективного отражения картины мира, мыслей и отношения к каждой конкретной ситуации, понимания собственных ресурсов, степени овладения способами саморегуляции поведения, способностью применять конструктивные стратегии поведения при переживании стресса, их оптимальному выбору.

Эмпирическое исследование особенностей переживания стрессовых и рискованных ситуаций военнослужащими.

Целью эмпирического исследования являлось изучение особенностей переживания стрессовых и рискованных ситуаций военнослужащими, находящимися в экстремальных ситуациях.

Экспериментальная база исследования – войсковые подразделения Луганской Народной Республики. В эксперименте приняли участие 80

военнослужащих, работающих по контракту: 40 – принимавших участие в активных боевых действиях и 40 – не участвовавших в выполнении боевых задач на линии разграничения. Исследование проводилось в 2019-2020 годах (до начала СВО).

Для выполнения задачи психологического изучения личного состава военнослужащих были использованы разнообразные методы психодиагностики, разумное сочетание и применение которых обеспечивает получение объективной информации о военнослужащих.

Диагностический инструментарий: 1) «Шкала самооценки уровня тревожности» (Ч.Д. Спилбергер, в адаптации Ю.Л. Ханина); 2) «Симптоматический опросник самочувствия» (А. Волков, Н. Водопьянова); 3) Методика «Самооценка склонности к экстремально-рискованному поведению» (М. Цуккерман); 4) Анкета «Особенности переживания стрессовых и рискованных ситуаций» (разработана нами с целью определения содержательных характеристик переживания, его смыслового наполнения, раскрытие качественных переменных исследования, отражающихся в развернутых ответах военнослужащих); 5) Опросник исследования уровня импульсивности (В.А. Лосенков).

Результаты исследования особенностей переживания стрессовых и рискованных ситуаций военнослужащими [3; 4].

В ходе работы с материалами исследования, мы разделили испытуемых условно на две группы:

первая – военные, служащие по контракту, не принимавшие участие в активных боевых действиях, но находящихся в условиях боевой обстановки;

вторая группа – военнослужащие, работающие по контракту, принимавшие участие в активных боевых действиях и по настоящее время выполняющих поставленные задачи на линии боевого соприкосновения, связанные с риском для жизни.

По результатам исследования по методике «Шкала самооценки уровня тревожности» (Ч.Д. Спилбергер, в адаптации Ю.Л. Ханина) в первой группе испытуемых военнослужащих по контракту (не принимавших участие в активных боевых действиях) были получены следующие результаты:

У 80% респондентов выявлен средний уровень личностной и ситуативной тревожности, что является залогом адекватной оценки ситуаций и выработке стратегии поведения в ней.

У 10% военнослужащих – низкий уровень личностной и ситуативной тревожности.

У 10% военнослужащих – высокий уровень ситуативной тревожности при среднем уровне личностной тревожности.

Во второй группе испытуемых военнослужащих по контракту (принимавших участие в активных боевых действиях и по настоящее время выполняющих поставленные задачи на линии боевого соприкосновения, связанные с риском для жизни) были получены следующие результаты:

У 70% респондентов выявлен низкий уровень ситуационной и личностной тревожности.

У 10% военнослужащих второй группы низкий уровень личностной и средний уровень ситуативной тревожности.

У 20% респондентов выявлен средний уровень личностной и ситуативной тревожности.

Эти данные подтверждают адаптацию психики военнослужащих второй группы к выполнению поставленных задач, связанных с постоянным риском для жизни. За время прохождения службы (3-5 лет) у военнослужащих состояние тревожности перешло в состояние концентрации внимания. Обследуемые воспринимают стрессовые ситуации как повседневные, не испытывают чувства дискомфорта, беспокойства, вегетативного возбуждения, что должно благоприятно влиять на профессиональную деятельность военнослужащих, их морально-психологическое состояние, позволять личному составу качественно производить оценку быстро меняющейся обстановки во время несения службы, выполнять приказы командования и поставленные задачи.

Как видим из представленных данных, в обеих группах представлены очень благополучные показатели тревожности: у подавляющего большинства показатели тревожности на низком уровне, что вызывает закономерные вопросы по поводу социально желательных ответов испытуемых. Во второй группе испытуемых, выполняющих боевые задачи, показатели тревожности такого рода, на наш взгляд, могут отражать неадекватную беспечность или же, возможно, адаптацию к условиям повседневной обстановки гибридной войны, которая превратилась в работу, характеризующуюся признаками повседневности и обыденности, что может создавать ситуации потери бдительности и таким образом угрозы жизни.

Анализируя данные других методик, мы обнаружили отсутствие существенной разницы в показателях первой и второй групп испытуемых. Это объясняется, на наш взгляд, тем, что обе группы военнослужащих находятся в условиях экстремальной военной деятельности, где выполняемые задачи подчинены одной цели. И если представители одной группы испытуемых чаще находятся в условиях выполнения боевых задач, а вторые – выполняют задачи военной деятельности в других условиях – все военнослужащие находятся в условиях протекания локального военного конфликта на территории Республики. Поэтому в описании следующих методик мы не дифференцировали разведение данных на две подгруппы, а сосредоточились на качественном анализе показателей выборки.

Результаты исследования по методике «Самооценка склонности к экстремально-рискованному поведению» (М. Цуккерман).

Успехи военнослужащих в овладении специальностью, характер взаимодействия в коллективе и саморегуляции поведения во многом зависят не только от способностей, знаний, общего развития, но и от самооценки личностных качеств.

Склонность к экстремально-рискованному поведению проявляется в соотношении следующих потребностей и переживаний: в поиске острых ощущений (шкала ПООР); в непереносимости однообразия (НО); в поиске новых впечатлений (шкала ПНВ); в неадаптивном стремлении к трудностям (НСТ). Уровни выраженности исследуемых шкал оценивались у каждого испытуемого, что в итоге составило картину всей выборки.

Прокомментируем эти особенности (табл. 1.4.1). В настоящее время поиск ощущений определяется как элемент мотивационно-потребностной сферы, в понятие которого может входить: поиск опасностей и приключений; поиск переживаний; раскованность и восприимчивость к скуке. Поиск ощущений является личностной чертой, выражаемой на поведенческом уровне, это «генерализованная тенденция к поиску ранее неизведанных, разнообразных и интенсивных ощущений и переживаний и подвергании себя физическому риску ради такого чувственно-эмоционального опыта». (Лафи С.Г., Пилецкайте-Марковене М.Э.).

Таблица 1.4.1

Результаты по методике «Склонность к экстремально-рискованному поведению» (М. Цуккерман).

1 и 2 группы (80 чел.)			
Шкалы	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
ПООР	45%	45%	10%
НО	10%	85%	5%
ПНВ	80%	20%	–
НСТ	50%	50%	–

Таким образом, потребность в поиске новых ощущений, с одной стороны, является базовой потребностью, даже генетически детерминированной, а, с другой стороны, предполагает социальную реализацию (реализацию в социуме), что является спецификой данной потребности. Стремление к переживанию новых ощущений на психологическом уровне тесно связано со стремлением к острым ощущениям и стремлением к риску.

Проанализируем показатели по каждой шкале. Общая картина такова, что большинство показателей в ответах военнослужащих обеих групп демонстрируют «благополучные» ответы. Мы видим, что массив ответов группируется на низком уровне, то есть большинство утверждает, что не склонны к поиску острых ощущений (шкала ПООР – низкий уровень – 45% респондентов); для них не характерна непереносимость однообразия (НО – низкий уровень – 10%, зато средний уровень – 85%); поиск новых впечатлений (шкала ПНВ) не характерен для 80% респондентов; в неадаптивном стремлении к трудностям (НСТ) низкий уровень показывают 50% респондентов. Поскольку ответы с признаками социальной желательности дают нам такую картину происходящего, обратим внимание на такие данные. Поиск острых ощущений на высоком уровне характерен для 10% респондентов, на среднем – 45% респондентов – это говорит о том, что среди военнослужащих есть люди,

стремящиеся к острым ощущениям, возможно привыкшие работать в таких условиях, что усложняет их адаптацию к гражданской жизни. Непереносимость однообразия на высоком уровне демонстрирует 5% респондентов, но на среднем уровне таковых – 85%, что говорит о довольно высокой представленности данного качества у выборки. Мы это связываем с тем, что несколько лет люди находятся в условиях неопределенности, условия гибридной войны сформировали длительное пребывание в парадоксальном состоянии: с одной стороны – это угроза для жизни, с другой – условия позиционного противостояния, искусственно замороженного социально-политическими решениями. Такая ситуация часто вызывает раздражение респондентов и повышает уровень стресса.

Результаты по опроснику исследования импульсивности (В.А. Лосенков) показывают, что низкого уровня импульсивности нет ни у кого, зато средний уровень – 95% респондентов. Высокий уровень – 5% респондентов. Поскольку почти все респонденты попадают в одну шкалу, чтобы получить более точные представления и исключить в какой-то мере эффект социальной желательности, весь массив данных мы разделили по медиане, и все индивидуальные баллы респондентов выше 49 бал. (максимум баллов по методике – 80, диапазон среднего уровня – 35-65 бал.) являются показателями выше среднего. При таком способе интерпретации – уровень импульсивности выше среднего получился у 25% респондентов.

Можно сказать, что импульсивность как личностная особенность характерна для небольшого числа военнослужащих. Это качество характерно для людей с недостаточным самоконтролем в общении и деятельности. Стоит учесть, что военнослужащие нашей выборки – это саперы, для которых профессионально неприемлемым качеством является импульсивность, поскольку от их адекватных и взвешенных действий зависит их жизнь и жизнь товарищей, выполнение боевой задачи. Импульсивные личности просто не проходят испытание деятельностью и не работают в такой воинской специальности. На наш взгляд, это объясняет низкие показатели данного качества в нашей выборке.

Вышепроанализированные методики дают нам некоторое представление об отношении к рискованным ситуациям и переживании ощущений риска, проявлении импульсивных действий, поиска острых ощущений.

В рамках нашего исследования нам важно понять, как военнослужащие переживают стрессовые ситуации, что происходит на уровне организма, эмоций, внутренних переживаний людей, находящихся в экстремальных условиях выполнения задач.

Результаты исследования по методике «Симптоматический опросник «Самочувствие в экстремальных условиях» (А. Волков, Н. Водопьянова).

Симптоматический опросник был разработан специально для выявления предрасположенности военнослужащих к патологическим стресс-реакциям в экстремальных условиях. Наиболее часто невозможность справиться со стрессовой нагрузкой и сложностями адаптации к деятельности в

экстремальных условиях проявляется в психосоматических и эмоциональных расстройствах. Опросник позволяет определить предрасположенность к патологическим стресс-реакциям и невротическим расстройствам в экстремальных условиях военной службы по целому ряду симптомов самочувствия, которые мы проанализируем ниже. Стоит отметить, что многолетнее проведение данной методики доказало ее высокую валидность и надежность.

Общее количество баллов по методике показывает суммарный показатель невротизации. По данному параметру мы получили следующие результаты: высокий уровень психологической устойчивости показали 80% респондентов; средний и низкий уровни устойчивости – по 10 % соответственно. То есть по данным показателям можно сделать вывод, что людей с невротизированными реакциями на стресс и демонстрирующими психическую неустойчивость в условиях воинской деятельности очень незначительное количество.

Более интересными и индивидуализированными оказались данные по каждой из шкал опросника, которые отражали проявления состояний организма и стрессовых реакций. Остановимся на самых выразительных показателях.

Шкала 1 «Истощение психоэмоциональных ресурсов (психофизическая усталость)» – 15% респондентов демонстрируют высокий уровень истощения.

Шкала 2 «Нарушение воли» – высокий уровень проблем с волевыми процессами, нетерпимость, неспособность регулировать свои эмоциональные проявления, невозможность справиться с навязчивыми мыслями, сложность в концентрации – имеют 35% респондентов.

Шкала 3 «Эмоциональная неустойчивость» – высокий уровень неустойчивости у 15% респондентов.

Шкала 4 «Вегетативная неустойчивость» – проявления, связанные с ощущениями дрожи в теле, учащенного сердцебиения, одышки, прилива жара и под. – высокий показатель у 10% респондентов. Зато у 40 % выборки по данной шкале (как ни по какой другой) – нулевые показатели по шкале. Очевидно, что отбор людей для работы в сфере воинской профессии положительным образом сказывается на выносливости, физических параметрах показателей здоровья, особое значение имеет наличие опыта, связанного с воинской службой.

Шкала 5 «Нарушение сна» – 20% респондентов имеют большие проблемы со сном. Об этом мы увидим информацию в ответах анкеты, а также узнаем, каким образом респонденты справляются с данной проблемой.

Шкала 6 «Тревога и страхи» – высокий уровень тревоги и страхов у 15% респондентов, которые проявляются в наличии тревожных мыслей, когда человек находится в одиночестве, в тревожных состояниях и ожидании неприятностей. В то же время 30% респондентов демонстрируют низкий уровень наличия страхов и тревоги.

Шкала 7 «Дезадаптация (склонность к зависимости)» – по данной методике в наличии такого рода проблем (высокий уровень) признались 10% респондентов. При этом 45% респондентов отрицают наличие такого рода проблем у них (низкий уровень). Специфика выборки говорит об определенном

виде зависимости – алкогольной и никотиновой зависимости. При чем последнюю, никотиновую, большинство респондентов зависимостью не считают, поскольку воспринимают курение как обыденность, вариант отдыха, повод для общения, способ занять себя. Но данные анкетирования (результаты которого отразим ниже), где была возможность получить качественный материал (а не количественные показатели), как раз говорят о том, что большинство респондентов прибегают к алкоголю как способу совладания со стрессовой ситуацией, как привычному способу снятия напряжения, реагирования на неприятности, особенно характерный в мужской выборке.

Таким образом, анализ методики по шкалам более тонко отразил индивидуальные проявления психической устойчивости/неустойчивости к стрессам, особенности психоэмоциональных проявлений и самочувствия военнослужащих, пребывающих в условиях экстремальной деятельности. Большинство выборки демонстрирует наличие психологической устойчивости, состояние хорошей адаптированности к изменяющимся условиям, что свидетельствует о наличии положительных свойств психики, необходимых для выполнения служебных задач в сложных условиях. Тем не менее, можно говорить о характерных нарушениях волевых процессов, эмоциональной неустойчивости и признаках истощения психоэмоциональных ресурсов, о значительном количестве респондентов с проблемами сна, что является признаками невротизации.

В работе военных психологов при организации психоконсультативной и психокоррекционной деятельности с личным составом стоит учитывать эти данные.

Результаты анкетирования.

Данный метод исследования дал нам возможность получить такую информацию, которую не давали возможность получить стандартизированные методы с количественными показателями. Качественный материал получен путем анонимного опрашивания (как и все остальные методики, которые тоже проводились исключительно анонимно), но открытые ответы, сформулированные самостоятельно давали представление о состоянии респондентов, их отношении к ситуации, к собственному самочувствию, к переживанию рискованных и стрессовых ситуаций.

Остановимся на полученных результатах.

Первые два вопроса касались представлений о стрессе, какие события и ситуации считают стрессовыми, какие переживания связаны с состоянием стресса. Стрессовыми ситуациями являются ранение /гибель боевых товарищей (для 55% респондентов), попадание под прицельный огонь противника (указали 45%), гибель родных (25%), также среди стрессовых ситуаций аварийные ситуации, болезнь, скандалы, когда семья меня не понимает.

Респонденты говорят о том, как стресс проявляется у них: учащается пульс (45%), учащенное дыхание (35%), начинаю лихорадочно искать выход из ситуации – отмечают 25% респондентов. Также отмечают повышение

давления, прилив крови к голове (10%), сухость во рту, трясутся руки. Мы видим в данном случае описание психофизиологических проявлений.

Однако часть респондентов говорят и о других, эмоциональных и когнитивных реакциях, как преобладающих у них в реагировании на стрессовые ситуации. Это состояние угнетенности; «страх, волнение, неопределенность»; «растерянность и страх за товарищей»; «переживания, «накручивание» себя, иногда даже агрессивное поведение, повышаю голос».

Если разделить признаки стресса на интеллектуальные, поведенческие, эмоциональные и физиологические (согласно классификации Ю. Щербатых), то можно выявить частоту признаков стресса у военнослужащих (отражено в 17-м вопросе анкеты).

Среди интеллектуальных проявлений стресса самыми характерными являются: сужение поля зрения, кажущееся уменьшение возможных вариантов действия (50% респондентов), ухудшение показателей памяти характерны для 35%, преобладание негативных мыслей и поспешные, необоснованные решения – для 20% соответственно. Также присутствуют постоянное вращение мыслей вокруг одной проблемы (некоторое застревание на переживании), трудность принятия решений, длительное колебание в выборе. Последние признаки перекликаются с данными методики «Симптоматический опросник «Самочувствие в экстремальных ситуациях» по шкале «Нарушение воли».

Среди поведенческих признаков стресса доминируют потеря аппетита или переедание (то есть различные формы нарушения пищевого поведения, попытка «заесть» стресс или такой уровень переживаний, когда человек не может есть) – характерно для 65% респондентов; возрастание ошибок при выполнении привычных действий – у 45% опрошенных; нарушение сна и бессонница характерны для 40% военнослужащих. Последние особенности подтверждены и стандартизированными методиками.

Среди эмоциональных признаков стресса отмечают у себя беспокойство, повышенную тревожность (50% респондентов), эмоциональное «отупение», равнодушие (у 25% военнослужащих). Последний признак ассоциируется с особенностями эмоционального «выгорания», истощения в результате длительного пребывания в условиях риска и неопределенности, где это свойство связывается с редукцией эмоциональных проявлений, «консервацией» эмоций, поскольку нет сил реагировать и переживать эмоциональные потрясения. Также среди эмоциональных признаков отмечаются уменьшение чувства уверенности в себе, мрачное настроение (по 20% соответственно), у некоторых (15%) раздражительность и приступы гнева.

Среди физиологических признаков стресса наиболее выраженными являются повышенная утомляемость (для 45%), боли в разных частях тела неопределенного характера, головная боль (присутствует у 40% опрошенных), также нарушение сердечно-сосудистой деятельности, повышение давления, тахикардия, повышенная потливость (по 20%).

Стоит отметить, что самыми часто указываемыми признаками были эмоциональные проявления стресса (испытуемыми выбирались все 10

признаков), интеллектуальные признаки (группой отмечались с разной частотой 9 признаков из 10), в меньшей степени отмечались поведенческие и незначительно – физиологические. Последний факт противоречит аналогичному исследованию о переживаниях стресса молодыми людьми (гражданскими), у которых самые высокие показатели, самые понятные и фиксируемые были физиологические проявления стресса, а затем все остальные в разной степени значимости (исследование И. Роман, Е. Барышевой). Это подчеркивает специфику выборки и показывает, как влияет на переживание стресса и опыт определенной деятельности (воинские специальности), и опыт боевой обстановки, экстремальность обстановки, и личностная адаптивность к условиям.

Для понимания переживаний мы выяснили, с чем связывается у военнослужащих экстремальность ситуации и как реагирует человек, попадая в экстремальную ситуацию (3-й, 4-й вопросы). Все-таки мы разводим понятие стрессовой и экстремальной ситуации, экстремальная ситуация в нашем исследовании понимается как ситуация, представляющая угрозу жизни, и которая связана с тем, что в опыте человека нет способов совладания с ней. Стрессовая же ситуация может содержать события и соответственно переживания разного рода, связанные со значимостью ситуации для человека. В нашем случае часто содержательно эти понятия совпадают. Это связано с пребыванием респондентов в условиях боевой обстановки и таким образом, и стрессогенность, и экстремальность ситуаций имеют общий смысл. Так, наши респонденты называют экстремальными ситуации «выход на работу в «серую зону» в поле зрения противника», «выезд в опасное место» (55%), обстрел, страх умереть, опасность для жизни (по 10%). Некоторые военнослужащие дают развернутые объяснения: «Экстремальная ситуация для меня та, которая выходит из-под контроля; связано это зачастую с незнанием, как поступить и что делать в этой ситуации».

Как реагируют респонденты, когда находятся в экстремальной ситуации, что предпринимают? 30% отмечают, что «пытаются сохранять самообладание и рациональное мышление», 10% «пытаются быстро найти выход из ситуации», 10% «стараются сохранять спокойствие». Другие респонденты пишут, что реагируют «спокойно, но со страхом и переживанием в душе», «стараюсь контролировать свои действия», «иногда начинаю суетиться, нервничать, а иногда могу даже впасть в ступор» (единичные упоминания). Есть указание и на привычный способ реакции: «поначалу никак, а потом начинаю курить».

Поскольку в ответах респондентов в стандартизированных методиках были указания на проблемы со сном (например, шкала «Нарушение сна» в методике «Симптоматический опросник самочувствия …») и навязчивые мысли, в вопросы анкеты мы включили вопрос №5, касающийся этих проявлений, с целью выявления масштабов проблемы, частоты подобных проявлений и каким образом бойцы с ней справляются.

Проблемы со сном отмечают у себя 45% респондентов (против 20% в стандартизированной методике). Это заставляет их нервничать, но опрошенные

отмечают, что какого-то специального рецепта нет, «просто пытаюсь заснуть». К бессоннице приводит чрезмерное напряжение, постоянная готовность к непредвиденным ситуациям и внезапным событиям, также если не успевают сделать что-то к определенному сроку.

Самыми распространенными методами справиться с бессонницей оказались когнитивные усилия «отвлечься от предстоящего события», «переключиться на другие мысли». Но также присутствуют и такие: «Выпиваю немного и ложусь спать. 150 гр. водки и все мысли уйдут», «принимаю снотворное»; «не могу заснуть, когда сигарет нет и негде взять». Это то, что подчеркивает в разных ответах склонность военнослужащих прибегать к алкоголю как способу борьбы со стрессом и попыткой снятия напряжения.

Далее вопросы анкеты касались понимания рискованных ситуаций и определения тех переживаний, которые испытывает человек, находясь в таких ситуациях (вопросы 6 и 9). Ситуацией риска является «выполнение боевых и специальных задач на линии боевого соприкосновения с противником» (таких указаний 50%), также это: пожар; ехать на высокой скорости; ситуации, связанные с потерями (денег, здоровья). И обобщенно: «ситуация, которая может выйти из-под контроля, связанная с риском для здоровья и жизни». Переживания, которые есть у большинства – «желание поскорее «закрыть» ситуацию, чтобы она поскорее закончилась» (такого содержания ответы у 50% респондентов), испытывают страх 20%, «волнение, нервничаю»; «курю много».

Вопросы «Вы – рискованный человек?» (№7) и «Как часто Вы попадаете в жизни в рискованные ситуации?» (№8) представляют собой прямой вопрос субъективной оценки респондентами собственного стиля жизни. Однозначно рискованным человеком считают себя 20% респондентов – возможно, это свойство и повлияло на выбор воинской специальности; рискуют только по мере необходимости 35 %, что демонстрирует более взвешенный подход к ситуациям. Ответ «нет» дали 25% респондентов. Без ответа – 10% испытуемых не смогли определиться, являются ли они рискованными людьми.

В вопросе частоты возникновения рискованных ситуаций в жизни были предложены фиксированные ответы: «часто» – 10% респондентов, при этом отмечено, что это не зависит от испытуемого; «периодически» – 45%; «не часто» – 30%, «очень редко» – 15%. Идея этого вопроса в том, что очень часто рискованное поведение является продолжением личностных свойств человека, его особенностей реагирования в ситуации, где требуется выдержка, эмоциональная уравновешенность, здравый смысл. Судя по ответам большинства респондентов, они не считают себя рискованными людьми, а 15% респондентов вообще считают, что в их жизни такие ситуации возникают очень редко. (Заметим при этом, эти люди находятся в зоне боевых действий).

Поэтому закономерными были вопросы «Какие личные качества способствуют «попаданию» в ситуации высокого риска? От чего зависит возникновение рискованных ситуаций в жизни?» (вопрос №11) и «От чего зависит благополучный выход из ситуаций риска?» (вопрос №10).

Среди личностных качеств, влияющих на возникновение или провоцирующих рискованные ситуации, названы «желание отстаивать справедливость и правильно мыслить», «отстаивать правду» – таких ответов больше половины. И на наш взгляд, в них отражается и отношение респондентов к создавшейся на Донбассе ситуации гражданского противостояния, где отражаются разность взглядов и ценностей представителей разных частей бывшей Украины. В связи с этим, очевидно, и возникает в ответах понятие справедливости, правды, умения правильно мыслить.

Также среди личностных проявлений указаны собственная глупость, необдуманные поступки; собственное неумение отказывать людям; от наличия способности к осторожности. Также есть ответы, указывающие на внешние ситуации («от случая») или других людей, из-за которых возникают рискованные ситуации («из-за пьяных людей», «рискованные ситуации от дураков» (стилистика сохранена)). Кто-то из испытуемых, в связи с этим вопросом вспоминает свои конкретные ситуации, уже с ними произошедшие – таких 2 чел. («попал в рискованную ситуацию из-за избиения человека» или «из-за «сексуального недомогания»).

Таким образом, видим, что представление о рисках во многом связано у большинства респондентов со сложившейся ситуацией на Донбассе и сопряжено с пониманием своего долга и личностных ценностей.

Благополучный исход в рискованной ситуации тоже отражает актуальные ситуации в переживаниях респондентов. Так, ими названы «владение информацией» – в 45% случаев, «хладнокровие», «спокойствие, самоконтроль», зависит «от душевного состояния, от настроения» – в 15% случаев, «удача», «четкое осознание, что принял правильное решение», а также «от самой ситуации». Как видим, на благоприятный прогноз влияют характеристики боевой обстановки и самой ситуации. Второй важный фактор – личностные характеристики военнослужащих, связанные как раз со способностью к самообладанию, самоконтролю.

Очень важно понимать, как военнослужащие справляются с переживаниями рискованных и стрессовых ситуаций в своей деятельности и жизненных обстоятельствах. От адекватных копинговых стратегий и наличествующих ресурсов у личности зависит и ее стойкость, выносливость, эмоциональное благополучие и соответственно состояние здоровья. Поэтому закономерным является вопрос 13: «Какие способы борьбы со стрессовой ситуацией Вы чаще всего используете?». И вот здесь мы обнаруживаем привычные в определенной мужской среде и понятные для большинства способы, которые трудно отнести к адекватным: «по окончании ситуации алкоголь (если это допустимо)», «немного выпил и сплю» и подобные высказывания – таких 55% ответов. 20% респондентов прибегают к сигаретам как способу успокоения. Как мы помним, в методике «Симптоматический опросник самочувствия …» шкала «Склонность к зависимости» у 45% показала низкий уровень, а средний и высокий в совокупности составил 55%. В анкетировании мы получаем более точные и откровенные ответы,

аргументирующие и описывающие переживания. Распространение такого рода способов борьбы со стрессом со временем приводит к алкоголизации значительного количества взрослых мужчин, к формированию привычного способа реагирования на стрессовые ситуации, ассоциированных с защитным механизмом «ухода» от проблемы, приводящие к разрушению психики и личности. Кроме названных способов, также присутствует использование успокоительного, то есть использование внешних стимулов, конкретных веществ.

Среди конструктивных копингов обнаружены такие ответы: «слушаю музыку», «читаю книги», «пишу стихи» (по 10 % соответственно). Также большое значение имеет «возможность выговориться», «не оставаться наедине со своими мыслями, сходить погулять или с кем-нибудь пообщаться» (до 10% респондентов). Последние две группы факторов говорят о том, насколько значима и важна должна быть психологическая работа с военнослужащими и людьми, имеющими боевой опыт, независимо, пребывают они в условиях боевой ситуации или прекратили контрактную службу и вернулись к гражданской деятельности. Психологическое сопровождение деятельности военнослужащих, создание условий для психической реабилитации, стабилизации нервно-психического состояния может быть залогом профилактики появления посттравматических стрессовых расстройств и невротических нарушений.

Стрессоустойчивость военнослужащих также является и личностно зависимым фактором, который формировался в семье, в процессе развития личности, как результат не только психофизиологических особенностей личности, но и как результат воспитания в детстве, как результат опыта разрешения различных стрессовых ситуаций в разном возрасте. Мы поинтересовались, кто в семье являлся примером стрессоустойчивости (вопрос 14). 60% респондентов указали, что это отец, 20% – что это дед и прадед (в последнем случае предполагаем довольно юный возраст респондента). Только 2 чел. написали, что живут одни и стараются все решать сами. В данном случае связи с семьей никак не отражены, предположительно, эти отношения вызывают негативные воспоминания, и этот период жизни не упоминается респондентами.

Мы видим, что мужчины, которые пошли защищать свой край, образцы мужественности, ответственности наблюдали у мужчин своей семьи. В ответах респондентов не упомянут ни один женский персонаж. Интересно, что в аналогичном исследовании И. Роман, Е. Барышевой на гражданской выборке примерно в половине случаев указывали маму, бабушку.

Поддержка семьи чрезвычайно важна для людей, находящихся в условиях боевых действий, выполняющих сложные задачи обеспечения безопасности территории. 15-й вопрос касался выяснения, к кому чаще всего обращаются респонденты во время переживания стресса. Это нам давало представление и о тех людях, которые оказывают поддержку, и тех, кто способен быть стрессоустойчивым и создавать оздоравливающие отношения. В

40% случаев самыми поддерживающими, оказывающими поддержку оказались боевые товарищи, друзья; в 20% случаев – это жена или любимая женщина; семья, близкие люди – 15%. Также 10% респондентов ответили, что «сам всегда проблемы решаю».

Таковы материалы, полученные в ходе анкетирования. Считаем этот метод эффективным в плане получения качественного материала и получения тонких различий в индивидуальных особенностях респондентов, в получении точных содержательных данных по изучаемому вопросу [3; 4].

*Выводы***.** В ходе нашего исследования мы увидели довольно благополучную картину общей статистики проявлений переживания стрессовых и рискованных ситуаций, однако более скрупулезный анализ показателей, использование количественных и качественных методов исследования дал возможность выявить настораживающие тенденции, которые нуждаются в своевременной профилактике. Так, были выявлены военнослужащие с признаками истощения психоэмоциональных ресурсов, проявляющиеся в чувстве психофизической усталости, апатии; военнослужащие, имеющие проблемы с волевыми процессами, которые проявлялись в виде раздражительности, сложности управления своими эмоциональными реакциями, в эмоциональной неустойчивости; также значительное количество респондентов отмечают проблемы со сном, связанные с переживанием пережитых событий или невозможность переключиться от потрясений, связанных с выполнением специальных задач – все это является результатом длительного пребывания в условиях угрозы для жизни и здоровья, в условиях неопределенности. Анализ способов борьбы со стрессовыми состояниями показал, что значительное количество выборки прибегает к неконструктивным копингам, наиболее распространенными среди которых являются зависимости (алкогольная, никотиновая). На наш взгляд, это связано с ограниченным количеством у респондентов репертуара адекватных копинговых стратегий, что делает целесообразным включение работы по формированию копингового поведения в процесс психологического сопровождения деятельности военнослужащих.

Все вышесказанное является основой для обоснования и реализации ряда психологических взаимодействий в виде психокоррекционной (тренинговой) работы, психологической консультативной работы с личным составом, пребывающим в условиях экстремальной деятельности.

Работа с личным составом по нормализации психологического состояния, поддержке, созданию благоприятной обстановки в подразделении проводится постоянно. Без этого невозможно выполнение сложных задач в условиях экстремальной деятельности. Тем не менее, специально организованная психологическая работа в виде психокоррекционных упражнений, тренингового взаимодействия могла бы положительным образом сказаться на психоэмоциональном состоянии военнослужащих, работающих в экстремальных условиях, в период их психологической реабилитации и реадаптации.

Литература

1. Альгин А. П. Риск и его роль в общественной жизни. – М., 1989.
2. Альгин А.П. Риск: сущность, функции, детерминация, разновидности, методы оценки. – М., 1990.
3. Барышева Е.И. Особенности переживания стрессовых и рискованных ситуаций военнослужащими. // Перспективы отраслевого взаимодействия в комплексной реабилитации: мат-лы VI Междунар. науч.-практ. конф. (г. Орёл, 19-20 октября 2023 г.) / Мин. науки и высш. обр. РФ, ОГУ имени И.С. Тургенева; редкол.: А.А. Котов [и др.].– Орёл: ОГУ имени И.С. Тургенева, 2024. – 1CD – ROM. – 445 с.– С.36–43.
4. Барышева Е.И. Рефлексия переживаний стрессовых и рискованных ситуаций в опыте военнослужащих. // Актуальные проблемы психологической практики в силовых структурах: деструктивное поведение: сборник тезисов VIII Всероссийской межведомственной научно-практической конференции, Нижний Новгород, 16 ноября 2023 г. / ННГУ им. Н.И. Лобачевского; Факультет социальных наук; Редкол.: Т.В. Маркелова, Ж.А. Шуткина, А.Ю. Акимова. – Нижний Новгород: Изд-во ННГУ им. Н.И. Лобачевского, 2024. –251 с. – Текст: электронный. – С.50–55.
5. Бек У. От индустриального общества к обществу риска // Thesis Риск. Неопределенность. Случайность. – 1994. – № 5.
6. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. – М.: ПЕРСЭ, 2006.
7. Бодров В.А. Проблема преодоления стресса. Часть 3: Стратегии и стили преодоления стресса // Психол. журнал. 2006. – №3. – С.106–116.
8. Бодров В.А. Когнитивные процессы и психологический стресс // Психологический журнал. – 1996. – Т. 17. № 4. – С. 64–74.
9. Буряева А.С. Положительное и отрицательное воздействие стресса на организм человека // Научные механизмы решения проблем инновационного развития: сб. ст. Междунар. науч.-практ. конф. – Уфа: Аэтерна, 2016. – С. 174–175.
10. Василюк Ф.Е. Психология переживания (Анализ преодоления критических ситуаций). – М.: Издательство Московского Университета, 1984. – 200 с.
11. Гремлинг С. Практикум по управлению стрессом / С. Гремлинг, С. Ауэрбах. – СПб., 2002. – С. 37–44.
12. Зильберман П.Б. Эмоциональная устойчивость оператора. // Очерки психологии труда оператора. – М.: Наука,1974.
13. Ильин Е.П. Психология риска. – СПб.: Питер, 2021. – 288 с.
14. Каннеман Д., Словик П., Тверски А. Принятие решений в неопределенности. – Харьков, 2005.
15. Кассиль Г.И. Внутренняя среда организма. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: Наука, 1983. – 225с.
16. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. – М., 1983. – С. 10–20.
17. Ковтун Е.В. Совладающее поведение и саморегуляция в экстремальных условиях деятельности в интегральном исследовании индивидуальности //Казанская наука. – 2013. – № 8. – С. 124–126
18. Козелецкий Ю. Человек многомерный. – Киев, 1991
19. Корнилова Т.В. Интеллектуально-личностный потенциал человека в стратегиях совладания // Вестник МГУ. Серия 14: Психология. – 2010. – № 1.
20. Корнилова Т.В. Психология риска и принятия решений. – М., 2003.
21. Лазарус Р.С. Теория стресса и психофизиологические исследования //Эмоциональный стресс / Под ред. Л.Леви. – Л.: Медицина, 1970.
22. Луман Н. Понятие риска // Thesis. Риск. Неопределенность. Случайность.– 1994. – № 5.

23. Медведев В.И. Психологические реакции человека в экстремальных условиях // Экологическая физиология человека. Адаптация человека к экстремальным условиям среды. – М.: Наука, 1979.
24. Мильман В.Э. Стресс и личностные факторы регуляции деятельности // Стресс и тревога в спорте: сб. науч. ст.; ред. Ю.Л. Ханин. – М.: Физкультура и спорт, 1983. – С. 24–46.
25. Немчин Т.А. Состояние нервно-психического напряжения. – Л.: Издательство Ленинградского ун-та, 1983. – 167 с.
26. Осипов А.В. Профессионально-важные качества сотрудников пожарно-спасательных формирований на разных этапах профессионального становления: Автореф. дис. … канд. наук. Ростов-на-Дону, 2009.
27. Ренн О. Три десятилетия исследования риска: проблемы и новые перспективы // Вопросы анализа риска. –1999. – № 1.
28. Рогачева Т.В., Залевский Г.В., Левицкая Т.Е. Психология экстремальных ситуаций и состояний : учеб. пособие. – Томск: Издательский Дом ТГУ, 2015. – 276 с.
29. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. – М., 1960.
30. Солнцева Г.Н., Корнилова Т.В. Риск как характеристика действий субъекта. – М., 1999.
31. Столяренко А.М. Экстремальная психопедагогика: Учеб. пособие для вузов. – М.: Юнити-дана, 2002. – 607 с
32. Судаков К. В. Стресс как экологическая проблема научно-технического прогресса // Физиология человека. 1996. – Т. 22. №4. – С. 73–78.
33. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционального стресса / К.В. Судаков, Е.А. Юматов, JI.C. Ульянинский // Механизмы развития стресса: сб. науч. трудов. – Кишинев: Штиинца, 1987. – С. 52–53.
34. Эмоциональный стресс / Под ред. В.Л. Леви. – М., 1970.
35. Черепанова Е.М. Психологический стресс. Помоги себе и ребенку. – М.: Академия, 2007
36. Щербатых Ю.В. Избавься от страха. – М.: ЭКСМО, 2011.
37. Щербатых Ю.В. Стресс и счастье на одну букву. – Ростов н/Д: Феникс, 2011.
38. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. – СПб.: Питер, 2008.
39. Шпорт С.В. Гендерные особенности острой реакции на стресс : обзор лит. // Российский психиатрический журнал – 2007. – № 2. – С. 41–47.
40. Шаболтас А.В. Риск и рискованное поведение как предмет психологических исследований // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 12: Психология. Социология. Педагогика. – 2014. – Вып. 3. – С. 5–16.

БАРЫШЕВА ЕЛЕНА ИВАНОВНА, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии, ФГБОУ ВО «Луганский государственный педагогический университет», г. Луганск, Российская Федерация, helenbar2008@rambler.ru

1.5. Комплексный подход в адаптации участников боевых действий к жизни в гражданских условиях

С. В. Ковальчишина

С каждым новым вооруженным конфликтом, проблема адаптации участников боевых действий к гражданской жизни затрагивает умы общественности, мотивируя к поиску новых подходов и методов поддержки граждан, принимавших участие в боевых действиях. На данный момент интенсивность и готовность к разработке эффективных мер ресоциализации военнослужащих указывает на морально-нравственный и духовный рост нашего общества, и этот факт дает основания предполагать, что нам удастся минимизировать отклик войны и выйти из актуального вооруженного конфликта с минимальными потерями. Опыт предыдущих поколений и память о психологическом и физическом угасании травмированных военнослужащих, социальном напряжении и рисках возникновения бунтов, террористических актов, возникающих как реакция на боль утраты, крах иллюзий справедливости мира, чувства бессилия, растерянности и страха отвержения, побуждают общественность уже сейчас активизироваться в направлении разработки социально-психологических мер профилактически вышеописанных негативных социальных явлений [2; 3; 4]. Помощь со стороны общества в ресоциализации демобилизованных крайне необходима. Особенности адаптации в экстремальных условиях протекают в сжатые сроки на всех уровнях организации человека (физиологическом, психологическом и социальном) и для ее обеспечения военнослужащий затрачивает все психические ресурсы [2]. Реадаптация к гражданской жизни также осуществляется по трем уровням организации военнослужащего, однако ввиду отсутствия фактора угрозы для жизни, протекает в длительные сроки и с учетом личностных новообразований. Анализ данного процесса указывает на то, что это сложный и многогранный процесс, который требует внимательного подхода со стороны общества, государства и самих ветеранов. Именно комплексный и системный подход позволит восстановить психическое функционирование демобилизованного [2; 3]. Учеными и практиками в области психологии, образования и медицины Донецкой Народной Республики (Ковальчишина С.В., Максименко Е.Г., Скулкина Е.Н., Палагута Н.В., Иванова И.В., Воеводина В.С.) была предложена схема поэтапного комплексного подхода адаптации участников боевых действий к жизни в гражданских условиях, представленная на рисунке 1.5.1. Она учитывает медицинские, социальные, юридические и психологические задачи на пути ресоциализации демобилизованного и показывает пути их решения. Важно отметить, что от успешности прохождения каждого этапа и качества организации работы на каждом из них будет зависеть результат ресоциализации демобилизованного в целом.

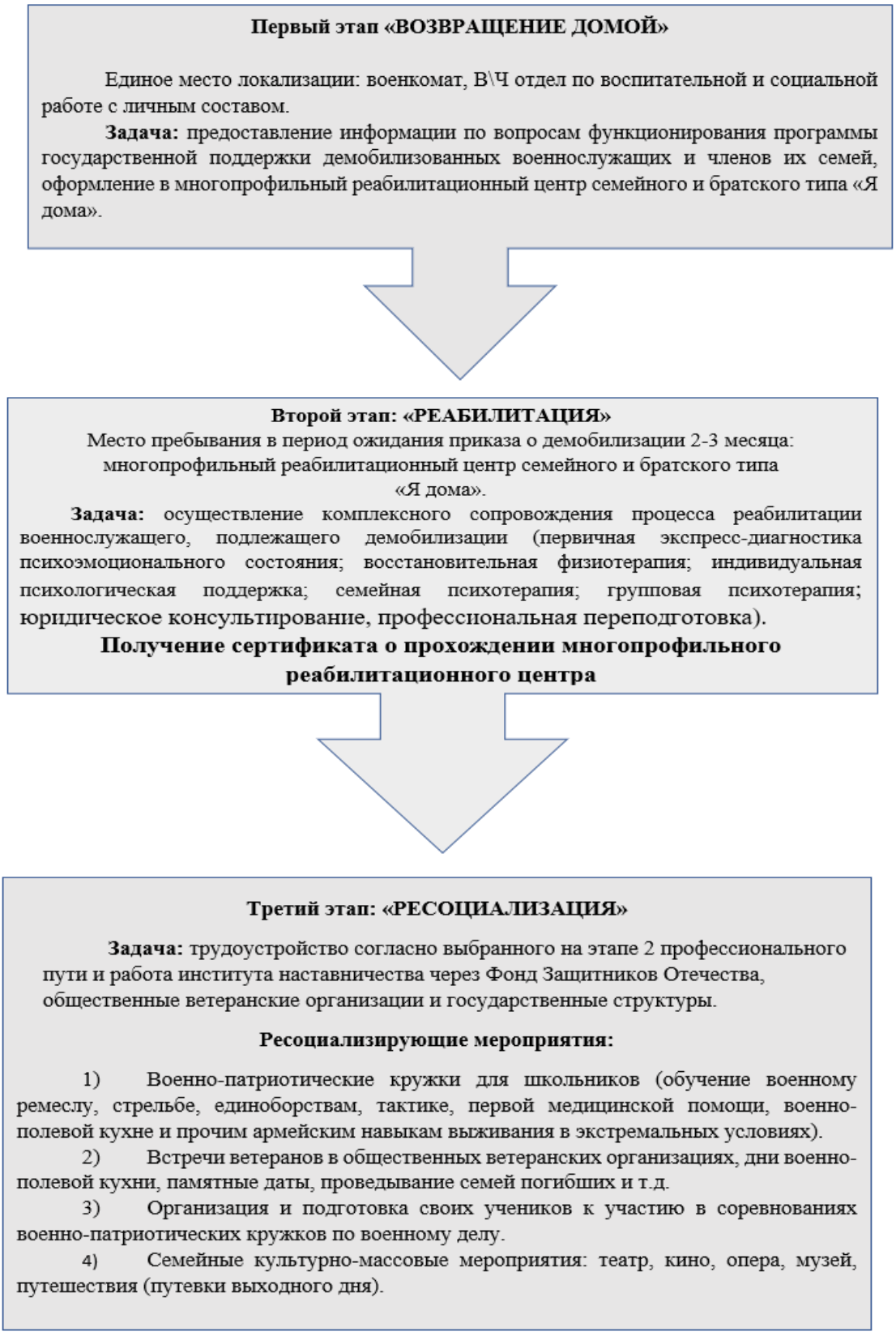


Рис. 1.5.1. Схема комплексного подхода адаптации демобилизованных военнослужащих к жизни в гражданских условиях

В предложенной нами схеме ключевое место занимает второй этап «Реабилитация», на котором сконцентрирована первичная помощь и «ударный» объем медико-психологического воздействия. Многие ветераны сталкиваются с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). По данным Министерства обороны и многочисленным исследованиям в медицинских учреждениях, ПТСР может развиваться у военнослужащих в 20% случаев [5]. Однако опыт работы с военнослужащими показывает, что каждый участник наблюдает те или иные симптомы, которые при благоприятных условиях и необходимой поддержке семьи, друзей и специалистов со временем исчезают и военнослужащий стабилизируется. Чаще всего демобилизованные отмечают у себя приступы тревожности, снижения настроения, потребность в уединении, повторяющиеся воспоминания о травмирующих событиях, избегание ситуаций, связанных с травмой, повышенная раздражительность, агрессия или проблемы со сном и концентрацией внимания [2]. Создание специализированных программ психологической помощи, таких как группы поддержки и индивидуальная терапия, как правило нейтрализуют психологическую симптоматику боевого стресса, помогают ветеранам справиться с эмоциональными трудностями и восстановить психическое здоровье.

Психологическая поддержка военнослужащих и демобилизованных ветеранов включает в себя различные подходы, каждый из которых по-своему эффективен. Перечислим некоторые из них:

1. Экспозиционная терапия и ДПДГ: включает безопасное повторное переживание травматических событий в контролируемой обстановке.
2. Арт-терапия: помогает обрести ресурс в творческой деятельности, актуализирует детские позитивные переживания за счет этого повышается эмоциональный фон, что позволяет двигаться дальше в ассимиляции полученного травматического опыта.
3. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ): обучает ветеранов замечать, контролировать и изменять негативные мысли и регулировать нежелательные паттерны поведенческого реагирования, связанные с травмой.
4. Диалоговая модель гештальт-терапии: помогает наладить коммуникацию с окружающими и конструктивно выражать свои чувства, приобрести уверенность в себе через принятие себя и своих переживаний и запустить процесс саморегуляции.
5. Групповая терапия: позволяет ветеранам делиться опытом с другими, кто пережил подобные события.
6. БОС-терапия: аппаратное обучение навыком саморегуляции психоэмоционального состояния, методом биологической обратной связи.

Анализ исследований личностной сферы военнослужащих свидетельствует о том, что опыт участия в боевых действиях переворачивает сознание военнослужащего и трансформирует его представления о себе и о мире [2]. В качестве дополнительного ресурса адаптации и эффективного пути ассимиляции боевого опыта выступает индивидуальная терапия, которая помогает демобилизованным в комфортных и безопасных условиях глубже

проработать свои переживания и чувства, а также осознать произошедшие изменения. Среди подходов, применяемых в практике индивидуальной психологической работы с военнослужащими, можно отметить психоанализ (в исследовании глубинных причин эмоциональных проблем), гуманистическую терапию (где фокус внимания психолога и клиента сосредоточен на самопознании и личностном росте), системную семейную терапию в решении вопросов нарушения коммуникации и взаимопонимания в семье военнослужащего [1].

Отдельного внимания заслуживает направление групповой поддержки. Вопрос групповой работы с участниками боевых действий является спорным в профессиональных кругах, так как некоторые специалисты отмечаю высокую вероятность ретравматизации военнослужащего. Вместе с тем, большинство психологов отмечает, что создание групп поддержки для ветеранов, в которых они могут делиться своими переживаниями и получать поддержку от других, помогает военнослужащему избежать изоляции, самоуничижения, самообвинения, агрессии и трудностей социальной адаптации. Участники таких групп отмечали, что им становилось легче, когда они понимали, что не одиноки в своих личностных переживаниях [1].

Стоит отметить, что одним из направлений в психологической работе с демобилизованными является обучение навыкам саморегуляции (техники релаксации, медитация, дыхательные упражнения, психо-гимнастика), тайм-менеджмент (помощь в организации повседневной жизни и снижении стресса), изменение негативных мыслительных и поведенческих паттернов [3].

Организация и сопровождение процесса реабилитации военнослужащих подразумевает единство медицинского и психологического сопровождения. Совместная работа психологов с медицинскими работниками для обеспечения комплексного подхода к лечению обеспечивает целостность восстановительного процесса. Медикаментозное лечение предполагает при необходимости использование антидепрессантов или противотревожных препаратов. Регулярный мониторинг физических и психологических проблем позволяет скорректировать процесс реабилитации и ускорить его.

Поддержка семей ветеранов играет важную роль в процессе адаптации. Включение членов семьи в терапевтические процессы может помочь улучшить понимание и коммуникацию между ветераном и его близкими, обучить семью методам поддержки и понимания собственных эмоциональных состояний. Создание безопасной и поддерживающей среды, где ветераны могут открыто говорить о своих чувствах и переживаниях, является ключом к успешной адаптации и восстановлению.

Процесс ресоциализации демобилизованного подразумевает не только его работу над собой, но и готовность общества к возвращению защитников отечества. В этой связи той же группой ученых и практиков была сформулирована стратегия подготовки общества к встрече с военнослужащими, которая условно получила название «Стратегия теплого одеяла» (см. рис. 1.4.2).

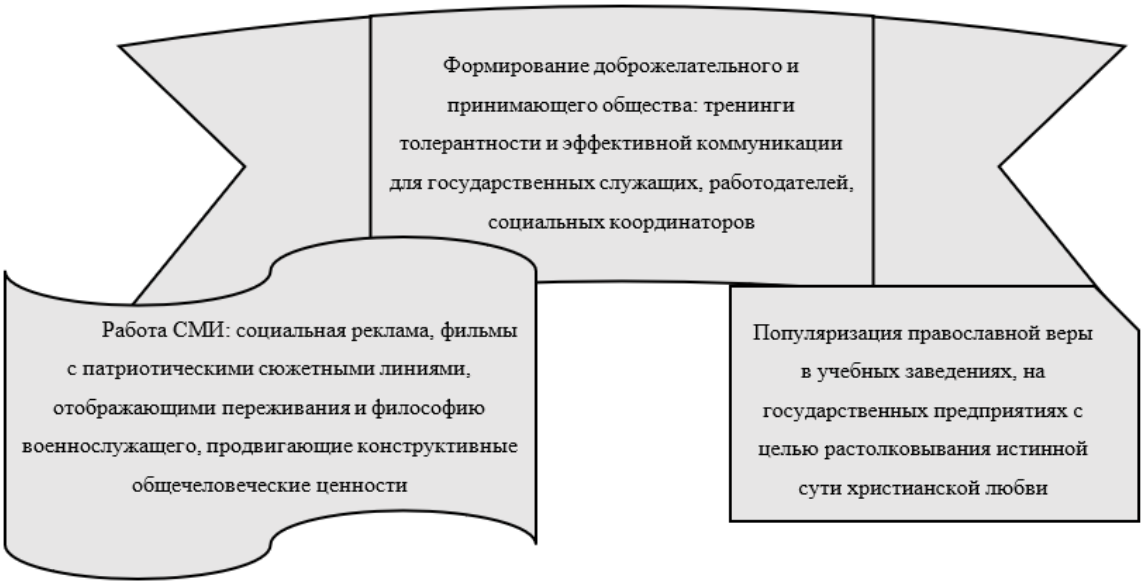


Рис. 1.5.2. Стратегия «теплого одеяла»

Основная задача данной стратегии сформировать у вернувшегося военнослужащего ощущение эмоционального комфорта и принятия. Представленные на рисунке 2 мероприятия и меры не являются чем-то новым для общества, однако стратегия их комплексной реализации будет формировать у военнослужащего ощущение уюта и безопасности, как в одеяле, которым спасатели укутывают сразу, после пребывания в экстремальных условиях.

Важное место отводится налаживанию процесса коммуникации между военнослужащими и обществом, особенно в лице государственных служащих, к которым демобилизованный будет обращаться по важным для себя вопросам. Инструментом в данном виде работы выбран социально-психологический тренинг. Реализация такой тренинговой программы повысит навыки эффективной коммуникации и бесконфликтного взаимодействия в ситуации профессионального общения и будет способствовать развитию толерантного и чуткого отношения к военнослужащим и демобилизованным. Это поможет снизить социальное напряжение в ситуациях межличностного взаимодействия ветеранов, демобилизованных и представителей государственных структур. Развитие эмоциональной осознанности и эмоционального интеллекта, позволит участникам лучше контролировать свои реакции, избегая импульсивного поведения и провокаций.

Также комплексная программа учитывает тот факт, что любой процесс адаптации – это перестройка и освоение новых навыков. Многие демобилизованные испытывают тревогу, от того, что не смогут реализовать себя в мирной жизни. Опыт участия в боевых действиях словно вытесняет память о прежних навыках самореализации в гражданской жизни. Поэтому демобилизованные военнослужащие часто нуждаются в дополнительном образовании или переквалификации для успешного трудоустройства в гражданском секторе. Государственные программы, предлагающие курсы повышения квалификации, профессиональную переподготовку и доступ к

образовательным учреждениям, могут значительно повысить шансы ветеранов на успешное трудоустройство. Также важно развивать партнерство между военными учебными заведениями и гражданскими учреждениями образования для создания программ, которые учитывают военный опыт.

При разработке таких образовательных программ на наш взгляд стоит учитывать следующее: индивидуальный подход (программы должны учитывать уникальные навыки и интересы каждого ветерана); практическую направленность (обучение должно включать практические занятия и стажировки для приобретения опыта работы); гибкость (возможность выбора формата обучения (онлайн, вечерние курсы).

Комплексный подход в адаптации демобилизованных военнослужащих к жизни в гражданских условиях предполагает поддержку со стороны государства и общества. В стратегии «теплого одеяла» именно государству и обществу отводится ведущее место, как более устойчивой и ресурсной стороне во взаимоотношениях «военнослужащий – общество». Поддержка со стороны государства выражается в виде финансовой помощи, субсидий и грантов на обучение и информационных центров по вопросам трудоустройства и обучения. На данный момент эти программы уже запущены и освещены в средствах массовой информации, однако их практическая реализации сопряжена со множеством помех, среди которых бюрократия, юридические коллизии и человеческий фактор, последний из которых представлен в меньшей степени. Многие ветераны сталкиваются с правовыми проблемами, связанными с получением льгот, медицинским обслуживанием и другими социальными гарантиями. Обеспечение доступа к юридической помощи и информации о правах ветеранов является важной частью комплексного подхода. Государственные учреждения должны работать над упрощением бюрократических процедур и доступностью получения обещанных социальных гарантий.

Восстановление социальной активности, как важной составляющей процесса ресоциализации будет способствовать создание общественных организаций и клубов по интересам, где ветераны могут общаться друг с другом, делиться опытом и находить поддержку. Также стоит развивать волонтерские инициативы, где демобилизованные военнослужащие могут участвовать в качестве наставников и служить образцом в жизни подрастающего поколения, что поможет им почувствовать свою значимость и необходимость. Неправительственные организации и сообщества могут точечно и быстрее оказывать помощь демобилизованным, в виде сообществ по обмену опытом и моральной поддержке, образовательных инициатив, всевозможных тренингов и оказанию разного рода психологической помощи.

Таким образом, мы видим, что проблема ресоциализации достаточно хорошо изучена. На данный момент разработаны методы, запущены программы и мероприятия, которые в теории учитывают физиологические, психологические, социальные и юридические аспекты этого процесса. Однако, только в комплексе и согласованном единстве реализации вышеописанных

мероприятий возможно успешное решение проблемы ресоциализации демобилизованных к гражданской жизни. Не только создание безусловно эффективных программ реадаптации и ресоциализации поможет демобилизованным военнослужащим реализовать свой потенциал и внести значимый вклад в развитие страны, но их планомерная, целенаправленная и слаженная реализация. Уважение к службе и жертве военнослужащих должно проявляться не только в словах, но и в конкретных действиях, направленных на поддержку тех, кто вернулся с полей сражений.

Литература

1. Волобуева Ю.М. Социально-психологический тренинг как средство коррекции Я-концепции раненых и инвалидов войны // Психологическая реабилитация участников боевых действий. М.: ВУ, 2003.
2. Забегалина С. В. Психологическое состояние военнослужащих в период их адаптации // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2022. Т. 27, № 1(88). С. 71–78.
3. Караяни А.Г., Караяни Ю.М. Теория и практика психологической помощи участникам боевых действий в годы Второй мировой войны // Юридическая психология. 2014. № 3. С. 15-23.
4. Караяни А.Г., Караяни Ю.М. Социально-психологическая модель последствий боевой травмы как основа психологической реабилитации инвалидов боевых действий // Научные и образовательные проблемы гражданской защиты. 2014. № 3. С. 90-100.
5. Организация скринингового обследования участников специальной военной операции и членов их семей в целях раннего выявления у них психических расстройств, в том числе связанных со стрессом/ Методические рекомендации / Ахапкин Р.В., Зинченко Ю.П., Ичитовкина Е.Г., Карабанова О.А., Кекелидзе З.И., Кореняк Р.Ю., Костюк Г.П., Курасов Е.С., Незнанов Н.Г., Сафуанов Ф.С., Семенова Н.В., Шамрей В.К., Шойгу Ю.С., Шпорт С.В. Москва, Санкт-Петербург. Издательство МОЗ РФ. 27 с.

КОВАЛЬЧИШИНА СВЕТЛАНА ВЛАДИМИРОВНА, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет», e-mail: s.kovalchishina.dongu@mail.ru

1.6. Использование данных современной доказательной медицины как основы преподавания профилактики и лечения боевых стрессовых расстройств

С. В. Титиевский, Н. В. Побережная, Л. А. Гашкова, В. Н. Черепков

Термином «боевая психическая травма» обозначается, с одной стороны, само по себе воздействие травмирующего психического стресса на индивида, а с другой – обусловленное воздействием оружия и боевых стресс-факторов патологическое состояние ЦНС, особенности патогенеза и феноменологии которого определяются специфичностью внешних этиологических причин и изменяющихся под их воздействием внутренних условий [1, с. 7]. Боевыми стрессовыми расстройствами являются различные острые и хронические психические нарушения, возникающие вследствие воздействия на психику индивида стресс-факторов боевой обстановки, ведущие к снижению боеспособности и социальной дезадаптации. Среди боевых стрессовых расстройств встречаются ранние, относительно кратковременные и наименее специфические расстройства (реакции боевого стресса), применительно к МКБ-10 в целом соответствующие острым стрессовым реакциям (F43.0), и многообразные отсроченные, длительные психические нарушения, среди которых наиболее специфическими являются боевые посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) [1, с. 8-9, 40]. Несмотря на очевидный прогресс современной военной психиатрии, коррекция последствий боевой психической травмы по-прежнему относится к числу наименее изученных вопросов, и пока нет ни методов терапии, способных гарантированно снижать частоту и выраженность боевых стрессовых расстройств, ни общесогласованной феноменологии, на которой можно такую терапию базировать [1, с. 105].

При изложении в рамках программ обучения психиатрии и клинической психологии материала, связанного с психическими расстройствами военного времени, в вышеуказанной связи, с нашей точки зрения, следует полагаться не на результаты эмпирического поиска средств лечения при боевых стрессовых расстройствах, на практике зачастую ведущего к приоритету назначения бензодиазепиновых транквилизаторов без клинических закономерностей в их выборе [1, с. 108], а на накопленные в самое последнее время доказательной медициной данные.

В качестве одного из наиболее полезных примеров в этом отношении можно рассматривать деятельность Рабочей группы по доказательной практике Министерства по делам ветеранов США (VA) и Министерства обороны США (DoD), созданной в 2004 году и в 2017 году опубликовавшей руководство по ПТСР и острым стрессовым реакциям (ОСР). В январе 2022 года указанная группа инициировала обновление Руководства VA/DoD 2017 года по ПТСР и ОСР, в результате чего в 2023 году было выпущено пересмотренное руководство, где уделяется особое внимание методам лечения, для которых

существует достаточно доказательств, чтобы дать рекомендацию за или против их применения [2]. Данные указанного руководства [3], с нашей точки зрения, могут лежать в основе современного преподавания профилактики и лечения боевых стрессовых расстройств, в связи с чем представляется полезным изложить наиболее в вышеупомянутом отношении важные из них.

Избирательная (селективная) профилактика ПТСР. Исследования, изучающие использование травма-фокусированной индивидуальной психотерапии в период непосредственно после травмы для избирательной профилактики ПТСР, ограничены, при этом нет высококачественных исследований, демонстрирующих эффективность любого вмешательства для предотвращения ПТСР, особенно в целевой популяции. Rothbaum D.O. et al. (2012) провели исследование, в котором лица, пережившие травму по критерию А, были распределены в модифицированную группу длительной экспозиции (ДЭ) либо в группу списка ожидания в течение 72 часов после события [4]. По сравнению с контрольной группой из списка ожидания, краткосрочная травма-фокусированная когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), значительно снизила тяжесть симптомов ПТСР по Шкале симптомов ПТСР-I (PSS-I) через 4 и 12 недель наблюдения.

Систематический обзор (СО) индивидуальных психологических исследований дебрифинга включал два слепые рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) с использованием дебрифинга при стрессе критических происшествий (CISD) на выборках травм гражданских лиц [5]. CISD, назначенный сразу после воздействия травмы, не снизил частоту ПТСР при 6-месячном наблюдении по сравнению с группами, которым не проводился дебрифинг.

В одном РКИ сравнивали раннее введение пропранолола и плацебо лицам, подвергшимся травмам и находившимся на лечении в отделении неотложной помощи [6]. Полученные результаты не выявили различий в вероятности развития ПТСР у тех, кто получал пропранолол, и тех, кто принимал плацебо [6].

В СО Amos T. et al. (2014) было включено РКИ, в котором сравнивалось раннее назначение темазепама (в течение 3 недель после травмы) и плацебо лицам, перенесшим травму, и не было обнаружено никаких преимуществ в какой-либо группе [7]. В другом РКИ, также включенном в СО, сравнивалось раннее назначение габапентина (в течение 48 часов после травмы) с плацебо, и тоже не выявлено преимуществ.

В четырех РКИ, включенных в обзор Amos T. et al. (2014), сравнивались гидрокортизон и плацебо при профилактике ПТСР в различных стационарах неотложной помощи, таких как отделения интенсивной терапии, кардиохирургии, отделение неотложной помощи и травматологический центр. По сравнению с плацебо, прием гидрокортизона при опасных для жизни заболеваниях был связан со значительно меньшим количеством симптомов ПТСР через 3 месяца [7]. Однако неясно, можно ли эти результаты отнести к немедицинским травматическим событиям, или же они распространяются на

популяцию без наличия 100% медицинской коморбидности. Кроме того, различные режимы дозирования в исследованиях и опасения по поводу безопасности применения высоких доз глюкокортикоидов ограничивают полезность гидрокортизона в селективной профилактике ПТСР.

Менее 10 РКИ оценивали пять различных типов препаратов, при этом наблюдались большие различия в назначении и дозировке лекарственных средств, а также в типах травм. Доказательств оказалось недостаточно для того, чтобы рекомендовать какое-либо фармакологическое вмешательство сразу после травмы для предотвращения развития хронического ПТСР [5, 8].

Предпочтения больных различались в отношении данных средств профилактики потенциального заболевания. Фокус-группа пациентов отметила, что психотерапия и фармакотерапия часто помогают в лечении ПТСР, но информация о пользе использования этих методов для предотвращения развития ПТСР после травмы недостаточно изучена. Можно предположить, что большинство людей будет переносить умеренные краткосрочные побочные эффекты лекарств, если они эффективно предотвратят ПТСР.

Рабочая группа рассмотрела оценку доказательств из Руководства по клинической практике (CPG) при ПТСР VA/DoD 2017 года [4-8]. Таким образом, эта рекомендация отнесена к категории «Не проверенная, С поправками». Уверенность Рабочей группы в качестве доказательств в целом была очень низкой. Совокупность доказательств имела некоторые ограничения, в том числе: очень мало исследований, малые размеры выборки, ограниченная длительность последующего наблюдения и факторы, мешающие анализу. Кроме того, большинство исследований не проводилось среди военнослужащих действительной службы и ветеранов, что увеличивает неопределенность в отношении возможности обобщения результатов. При психотерапии польза ДЭ перевешивала её вред и неприятие, хотя в одном исследовании при психотерапии вред и неприятие немного перевешивали её пользу, тогда как при фармакотерапии вред и неудобства отчетливо перевешивали пользу. Ценности и предпочтения пациентов в значительной степени различались из-за связанных со временем ограничений, возможности побочных эффектов (например, ухудшения травматических симптомов при проведении психотерапии, побочных эффектов фармакотерапии) и частой пролонгации задержек улучшения симптомов.

Таким образом, для профилактики ПТСР у лиц, подвергшихся травме, недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать или не рекомендовать психотерапию либо фармакотерапию в период непосредственно после травмы.

Показанная профилактика ПТСР. В одном СО выявлено, что у больных с наличием острого стрессового расстройства (ОСР), которым была проведена краткосрочная травма-фокусированная КПТ с компонентами когнитивной реструктуризации и экспозиции, в сравнении с поддерживающим консультированием или списком ожидания, значительно снизилась тяжесть симптомов ПТСР в последующие 3-6 месяцев [9]. В данный СО было включено девять оценивавших состоявшую из многих сессий травма-фокусированную

психотерапию как вмешательство у больных с диагнозом ОСР исследований, в четырех из которых обнаружены методологические ограничения и получены незначительные результаты. В остальных пяти исследованиях сравнивались 5-6-недельные курсы травма-фокусированной КПТ с поддерживающим консультированием или списком ожидания у перенесших смешанную травму 195 гражданских лиц с наличием ОСР; в четырех исследованиях использовалась оценка критического исхода ПТСР клиницистами [10-13], а в одном – применялся метод самоотчета [14]. Испытуемые с соответствовавшими критериям ОСР травмами в результате дорожно-транспортных происшествий или несчастных случаев на производстве были рандомизированы для проведения краткосрочной травма-фокусированной КПТ (включая образование в отношении травматических реакций, обучение прогрессивной мышечной релаксации, экспозицию травматическим воспоминаниям в воображении, когнитивную реструктуризацию связанных со страхом убеждений и ступенчатую экспозицию избегаемым ситуациям in vivo) либо поддерживающего консультирования, списка ожидания или и того, и другого. Краткосрочная травма-фокусированная КПТ значимо снизила оценивавшуюся клиницистами тяжесть ПТСР после лечения и частоту возникновения ПТСР в течение 6 последующих месяцев.

Рабочая группа также рассмотрела литературу из CPG при ПТСР VA/DoD 2017 г., включая метаанализ и СО [5, 8]. В рамках СО и метаанализа исследования, относящиеся к этой рекомендации, уже были включены в СО Bisson J.I. et al. (2021) как часть обзора литературы для данных CPG [9]. Одно дополнительное исследование из CPG при ПТСР VA/DoD 2017 года включало 242 соответствовавших критериям диагностики ОСР пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП), несчастных случаев на рабочем месте, других несчастных случаев либо террористических атак; впоследствии они были рандомизированы либо для проведения травма-фокусированной КПТ (неотложной или отсроченной ДЭ либо когнитивной терапии (КТ)) с назначением эсциталопрама, плацебо либо для списка ожидания. Авторы исследования сообщили о значимой редукции симптомов ПТСР у тех, кто получал травма-фокусированную КПТ по сравнению с другими группами [15].

Рабочая группа не обнаружила дополнительных исследований вмешательств по предотвращению ПТСР среди лиц с наличием реакций на острый стресс (РОС) или ОСР, включая иные виды психотерапии и вмешательств на системном уровне, таких как ступенчатая совместная помощь. В целом, ни в одном из обзоров литературы настоящего CPG не оценивались вмешательства, направленные на предотвращение прогрессирования ПТСР у пациентов с РОС, что является существенным пробелом в доказательной базе.

Предпочтения пациентов относительно данного лечения различаются. Однако большинство пациентов с ОСР хотят получить вмешательство, которое может облегчить симптомы, даже если оно вызывает временный дистресс. Кроме того, возникают вопросы в отношении использования ресурсов,

равенства, приемлемости, осуществимости и обсуждения подгрупп. Проведение травма-фокусированной КПТ требует дополнительного обучения осуществляющих её лиц и вспомогательного персонала. Некоторые пациенты могут счесть терапию неприемлемой, неосуществимой (т.е., у них может не быть времени на психотерапию) либо и той, и другой. Также неясно, применимы ли результаты этих исследований общих выборок к действующим военнослужащим и ветеранам.

Рабочая группа систематически проводила обзор доказательств, связанных с этой рекомендацией [9], и рассмотрела оценку доказательств из CPG при ПТСР VA/DoD 2017 года [5, 8, 15]. Таким образом, рекомендация классифицируется как «Пересмотренная, вновь замененная». Уверенность Рабочей группы в качестве доказательств была умеренной. Совокупность доказательств имела некоторые ограничения, включающие небольшие размеры выборок и риск предвзятости. Степень, в которой результаты этих работ применимы к действующим военнослужащим и ветеранам, неясна, поскольку большинство рассмотренных исследований проводилось на пациентах из числа гражданских лиц [9]. Преимущества травма-фокусированной КПТ при лечении лиц с наличием ОСР (например, в виде уменьшения тяжести симптомов и снижения частоты последующей диагностики ПТСР) перевешивают потенциальный вред и неудобства (например, преходящий дистресс, связанный с повторяющимся исследованием травмы в процессе терапии, время и энергия, необходимые для посещения психотерапевтических сеансов) и представляются наиболее значимыми для тех, у кого диагностировано ОСР после ДТП.

Таким образом, для профилактики ПТСР у пациентов с диагнозом острого стрессового расстройства предлагается травма-фокусированная когнитивно-поведенческая психотерапия.

При исследовании эффективности фармакотерапии для профилактики ПТСР у пациентов с диагностированными острой стрессовой реакцией/острым стрессовым расстройством получены следующие данные. В СО Bisson J.I. et al. (2021) изучены 12 исследований фармакотерапии, включавшей пропранолол, окситоцин, гидрокортизон, докозагексаеновую кислоту и габапентин [9]. Лишь 6 исследований сосредоточивались на конечном исходе в виде оцененного клиницистами ПТСР. Однако ни у одного из пациентов, включенных в эти исследования, не были диагностированы РОС либо ОСР. В другом исследовании, где пароксетин сравнивался с плацебо, в отношении пациентов, у которых после воздействия травматического события не были диагностированы РОС либо ОСР, с профилактической целью применялась фармакотерапия [16]. Соответственно, результаты этих исследований не могут быть использованы для определения степени эффективности того, как фармакотерапия у пациентов с РОС либо ОСР предотвращает развитие ПТСР.

В CPG при ПТСР VA/DoD 2017 года были рассмотрены 2 исследования эффективности эсциталопрама по сравнению с плацебо при профилактике ПТСР [15, 17]. В РКИ, проведенном Suliman S. et al. (2015), рандомизировали лиц, соответствовавших полным критериям DSM-IV или критериям интрузии и

гипервозбуждения ОСР, для назначения эсциталопрама либо плацебо менее чем через 4 недели после травматического воздействия. Было обнаружено значимое снижение симптомов ПТСР в группах эсциталопрама и плацебо через 24 недели наблюдения, со значительно большей редукцией симптомов оцененного клиницистами с использованием Применяемой клиницистом шкалы посттравматического стрессового расстройства (CAPS) ПТСР в группе плацебо [17]. Исследование с пятью группами, проведенное Shalev A.Y. et al. (2012), сравнивало эсциталопрам с плацебо, списком ожидания, длительным воздействием и не фокусированной на травме КПТ в выборке лиц, переживших опасную для жизни травму в результате террористической деятельности, ДТП или других несчастных случаев и соответствовавших критериям ОСР [15]. Обнаружено, что у лиц, которым проводились ДЭ и КПТ, частота возникновения ПТСР через 5 месяцев наблюдения была значимо ниже, при использовании конечного результата в виде оцененного клиницистами ПТСР, по сравнению с теми, кому назначались лист ожидания, эсциталопрам либо плацебо [15].

Ни одним исследованием в обзоре литературы не оценивалась роль фармакотерапии в предотвращении прогрессирования ПТСР у пациентов с РОС, что указывает на пробел в литературной базе.

Предпочтения пациентов относительно этого лечения различаются. Фокус-группа больных отметила различные преимущества и представления о пользе фармакотерапии, способной продемонстрировать значительные побочные эффекты задолго до того, как будут реализованы клинические преимущества. Лекарства, особенно новые, появившиеся на рынке, могут оказаться дорогими для некоторых пациентов. Клиницисты также расходятся во мнениях и подходах в отношении использования фармакотерапии, особенно, если она используется не по назначению для профилактики ПТСР у пациентов с РОС либо ОСР.

Рабочая группа систематически рассматривала доказательства, связанные с этой рекомендацией [9, 16], и оценила доказательства из CPG при ПТСР VA/Do 2017 года [15, 17]. Таким образом, рекомендация относится к категории «Пересмотренная, вновь замененная». Уверенность Рабочей группы в качестве доказательств была очень низкой. Совокупность доказательств имела ограничения, включая небольшой размер выборки, частое использование только шкал оценки пациентами и отсутствие формального диагноза РОС либо ОСР у участников исследования. Польза гидрокортизона, пропранолола, окситоцина, пароксетина и эсциталопрама варьируется от сбалансированной до перевешиваемой их потенциальным вредом. Ценности и предпочтения пациентов в значительной степени различались, поскольку некоторые больные категорически выступают против применения лекарств, тогда как другие отдают предпочтение их использованию.

Таким образом, для профилактики ПТСР у пациентов с диагностированными острой стрессовой реакцией/острым стрессовым

расстройством недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать какую-либо фармакотерапию либо возражать против её применения.

Лечение ПТСР. Общие вопросы. Рекомендация 1. Рекомендована индивидуальная психотерапия, перечисленная в нижеприведенной Рекомендации 2, вместо фармакологических вмешательств для лечения ПТСР.

Как психотерапия (см. Рекомендацию 2), так и фармакотерапия (см. Рекомендацию 4) эффективны при лечении ПТСР. Если оба метода лечения доступны и осуществимы, Рабочая группа рекомендует использовать указанные психотерапевтические методы вместо указанных фармакотерапевтических. При определении осуществимости следует учитывать временны́е требования, предъявляемые как к врачам, так и к пациентам.

В СО Merz J. et al. (2019) пришли к выводу, что рассмотренные ими исследования, включающие фармакологические и психотерапевтические методы лечения, имели тенденцию отдавать предпочтение психотерапии по сравнению с фармакотерапией [18]. Два дополнительных метаанализа [19-21] указывают на то, что травма-фокусированная психотерапия приводит к более значительным, чем фармакотерапия, изменениям основных симптомов ПТСР, и данные улучшения сохраняются в течение более длительных периодов времени. Этот вывод, по-видимому, остается верным даже при ограничении метаанализа исследованиями, в которых в качестве сравнительных в контрольных группах психотерапевтических исследований использовались активные методы лечения, такие как терапия, ориентированная на настоящий момент (PCT), а не списки ожидания или обычное лечение (TAU). Примечательно, что одно недавнее РКИ непосредственно сравнивало ДЭ, сертралин и их комбинацию при лечении ПТСР и не выявило различий между группами в течение 24 недель медикаментозного лечения [22].

Вынося эту рекомендацию, Рабочая группа учла несколько факторов. Во-первых, хотя риски отрицательных побочных эффектов или отрицательных реакций различаются у разных пациентов, они, как правило, более вероятны при фармакологическом лечении, чем при психотерапии. Во-вторых, положительные эффекты медикаментозного лечения со временем уменьшаются и утрачиваются при прекращении приема лекарств [19].

Simiola V. et al. (2015), Swift J.K. et al. (2015), Zoellner L.A. et al. (2019) и Watts B.V. et al. (2015) показывают, что все больше пациентов предпочитают психотерапию фармакотерапии [21, 23-25]. Комментарии участников фокус-группы пациентов также свидетельствуют об этом предпочтении и подтверждают рекомендацию использовать психотерапию, когда она доступна. Рабочая группа отметила, что проведение психотерапии является более ресурсоемким, чем фармакологическое лечение из-за необходимости частых посещений терапевта (обычно 10-15 еженедельных или более частых посещений). Эти дополнительные требования могут затруднить проведение психотерапии в некоторых случаях.

Уверенность Рабочей группы в качестве доказательств была умеренной. Совокупность доказательств имела некоторые ограничения, включая

небольшое количество исследований с прямым сравнением при малых размерах выборок [18]. Преимущества использования психотерапии по сравнению с фармакотерапией немного перевешивали потенциальный вред, оцененный как минимальный. Ценности и предпочтения пациентов в значительной степени различались, но большинство из них, по-видимому, предпочитает психотерапию, даже если она включает в себя фокусирование на травме.

Лечение ПТСР. Психотерапия. Рекомендация 2. Для лечения ПТСР рекомендована индивидуальная мануализированная травма-фокусированная психотерапия: терапия когнитивной обработки, десенсибилизация и переработка движением глаз или длительная экспозиция.

Выявлено три травма-фокусированных психотерапевтических метода с наиболее убедительными доказательствами эффективности: терапия когнитивной обработки (CPT) (с учетом травмы или без него: CPT и CPT-A, соответственно), десенсибилизация и переработка движением глаз (EMDR) и ДЭ [25-31]. Сетевой метаанализ показал, что все три метода лечения превосходили список ожидания, а CPT и ДЭ – и контрольные группы активных методик, хотя ДЭ не превосходила психообразование [26]. Однако другие обзоры показали, что EMDR также превзошла контрольные группы активных методик [29-31].

СО, включавший исследования с выборками военных, показал, что выбывание испытуемых было больше при травма-фокусированном лечении (включая CPT, EMDR и ДЭ) по сравнению с лечением, не фокусированном на травме [32].

Предпочтения пациентов в отношении данных методов лечения различались. Воспринимаемая польза разнилась у участников фокус-группы, испытавших один из методов лечения. Некоторые исследования выявили предпочтение CPT в сравнении с ДЭ [33, 34] и CPT в сравнении с EMDR [33]. Такие методы лечения, как CPT, EMDR и ДЭ, обычно требуют проведения 10-12 еженедельных сессий по 60 или 90 минут. В учреждениях DoD и некоторых учреждениях VA могут возникнуть проблемы с проведением любого лечения, требующего еженедельных индивидуальных сеансов; кроме того, в DoD лечение может быть прервано при развертывании войск. Все три вида лечения требуют обучения и супервизии терапевта. Терапевты, прошедшие обучение EMDR, малодоступны в VA или DoD во многом потому, что EMDR – запатентованный метод лечения, контролируемый сторонними организациями с их собственными процессами сертификации, и, как следствие, он плохо интегрирован в стандартные структуры обучения системы последипломного образования.

Уверенность Рабочей группы в качестве доказательств была умеренной. Преимущества CPT, EMDR и ДЭ перевешивали потенциальный вред (например, побочные явления), который был небольшим. Ценности и преференции пациентов различались, поскольку некоторые больные могли предпочитать один метод обработки травмы другому.

Рекомендация 3. Предлагаются следующие индивидуальные мануализированные методы психотерапии для лечения ПТСР: когнитивная терапия (КТ) Элерс при ПТСР, терапия, центрированная на настоящем или письменная экспозиционная терапия.

Рабочая группа приняла решение о «слабой» рекомендации для КТ Элерс, терапии, центрированной на настоящем (РСТ) и письменной экспозиционной терапии (WET) на основании данных двух СО и включенных в них исследований [26, 35]. СО 4 исследований, изучавших КТ Элерс, включал 2 исследования клинических исходов оценивавшегося клиницистами ПТСР [29]. Хотя рассматривались только два исследования, в них было проведено шесть релевантных сравнений. В одном исследовании КТ сравнивали как со списком ожидания, так и с психообразованием, а в другом исследовании еженедельную и ежедневную КТ – со списком ожидания и эмоциональной поддерживающей терапией. КТ превосходила контроль при всех шести сравнениях [36, 37].

СО РСТ, включавший 12 исследований и 1837 участников, показал, что РСТ превосходит список ожидания и не уступает травма-фокусированной психотерапии в отношении улучшений при оценивавшемся клиницистами ПТСР, причем, дополнительный анализ показывает небольшое превышение эффекта травма-фокусированной психотерапии по сравнению с РСТ [35]. СО, включавший 2 исследования WET, показал, что WET превосходит список ожидания и не уступает CPT в улучшении клинического исхода оценивавшегося клиницистами ПТСР [26]. Дополнительное РКИ показало, что WET не уступает CPT в выборке действующих военнослужащих [27].

В целом, РСТ может быть более приемлемой по сравнению с травма-фокусированным лечением, поскольку не требует разговора о травме. Кроме того, при РСТ наблюдается более низкий уровень отсева по сравнению с травма-фокусированным лечением. Такие методы лечения, как КТ Элерс и РСТ, обычно требуют проведения 10-12 еженедельных сеансов продолжительностью от 60 до 90 минут. В DoD и некоторых учреждениях VA могут возникнуть проблемы с проведением любого лечения, требующего еженедельных индивидуальных сеансов; кроме того, в DoD лечение может быть прервано при развертывании войск. Когда существуют эти потенциальные барьеры, WET может быть более целесообразной, поскольку требует меньшего количества и более коротких сессий. При всех трёх методах лечения необходимы обучение и супервизия терапевта. VA, как и DoD, имеют в своем распоряжении ограниченное количество терапевтов, обученных КТ Элерс.

Уверенность Рабочей группы в качестве доказательств была умеренной. Преимущества КТ Элерс, РСТ и WET в отношении улучшения клинического течения симптомов оценивавшегося клиницистами ПТСР и других важных результатов перевешивали потенциальный вред (например, побочные явления), который был минимальным. Ценности и предпочтения пациентов различались, потому что некоторые больные предпочитали говорить о своей травме, а не избегать разговора о ней.

Лечение ПТСР. Фармакотерапия. Рекомендация 4. Рекомендованы пароксетин, сертралин или венлафаксин для лечения ПТСР.

Данные СО Williams T. et al. (2022) указывают на то, что пароксетин, сертралин или венлафаксин, по сравнению с плацебо, улучшают показатели оценивавшегося клиницистами ПТСР через 10 недель и более [38]. Два РКИ в рамках этого СО показали, что венлафаксин, ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН), обеспечивает улучшение показателей оценивавшегося клиницистами ПТСР через 12-24 недели наблюдения [38]. Шесть спонсируемых промышленностью РКИ в рамках данного СО обнаружили, что сертралин, селективный ингибитор обратного захвата серотонина (СИОЗС), обеспечивает клинически значимое улучшение показателей оценивавшегося клиницистами ПТСР через 10-12 недель наблюдения [38]. Шесть РКИ, спонсируемых промышленностью, продемонстрировали, что пароксетин по сравнению с плацебо снижает тяжесть ПТСР согласно первичному исходу оценивавшегося клиницистами ПТСР в течение 12-36 недель. Три этих исследования продемонстрировали положительный эффект, а три – нет, что привело к общему положительному выводу о преимуществе пароксетина по сравнению с плацебо. Три исследования продемонстрировали улучшение конечного результата – шкалы «Общие клинические впечатления – Улучшение» через 12-22 недели [38]. Хотя данный СО рассматривал антидепрессанты как класс препаратов в целом, более высококачественные доказательства пользы были обнаружены для пароксетина, венлафаксина и сертралина по отдельности в сравнении с другими СИОЗС и ИОЗСН [38]. Этот вывод отличается от рекомендаций, изложенных в Руководстве по клинической практике (CPG) при ПТСР VA/DoD 2017 года, предлагавших также флуоксетин [19, 39]. Более поздний СО Williams T. et al. (2022) не обнаружил пользы флуоксетина [38].

Предпочтения пациентов различаются в отношении лечения ПТСР пароксетином, сертралином или венлафаксином. Некоторые больные категорически возражают против приема каких-либо препаратов при ПТСР из-за побочных эффектов, стигмы или предполагаемого отсутствия пользы. Больные с диагнозом ПТСР, получавшие пароксетин, с большей вероятностью отказывались от лечения из-за связанных с ним побочных эффектов. В пяти из шести РКИ СО Williams T. et al. (2022) пароксетин был связан с большим количеством побочных эффектов, чем плацебо. Пациенты – действующие военнослужащие могут быть обеспокоены тем, как прием этих лекарств повлияет на их служебный статус. Рабочая группа определила, что польза от данных препаратов перевешивает потенциальный вред. Наиболее частые побочные эффекты СИОЗС включают сексуальную дисфункцию, повышенное потоотделение, желудочно-кишечные расстройства и сонливость или усталость. По сравнению с плацебо, антидепрессанты повышают риск суицидальных мыслей и поведения (суицидальность) у детей, подростков и молодых людей; однако, по-видимому, не наблюдается увеличения риска суицида у взрослых старше 24 лет, а у взрослых в возрасте 65 лет и старше риск может быть

пониженным. Венлафаксину также присущ этот потенциальный вред, а в более высоких дозах он может повышать артериальное давление.

Уверенность Рабочей группы в качестве доказательств была умеренной. Совокупность доказательств имела ограничения, включая риск предвзятости и опасения, относящиеся к качеству исследований и их высокой гетерогенности. Польза от лечения пароксетином, сертралином и венлафаксином перевешивала потенциальный вред от нежелательных явлений, который был небольшим. Ценности и предпочтения пациентов различались, главным образом, потому что некоторые больные избегают приема медикаментов, тогда как другие могут предпочитать лекарства любому другому лечению.

Рекомендация 5. Рекомендуется не использовать дивалпроекс, гуанфацин, кетамин, празозин, рисперидон, тиагабин или вортиоксетин для лечения ПТСР.

Доказательная база данной рекомендации состоит из СО Williams T. et al. (2022), Dunlop B.W. et al. (2021) и Hoskins M.D. et al. (2021) [38, 40, 41].

Предпочтения пациентов в отношении этих препаратов сильно различаются. Рабочая группа отмечает, что рекомендация «Слабо против» распространяется на празозин при использовании его в качестве монотерапии при ПТСР.

Уверенность Рабочей группы в качестве доказательств была очень низкой. Совокупность доказательств имела некоторые ограничения, включающие отсутствие убедительных доказательств эффективности этих препаратов для лечения ПТСР. Польза от лечения ПТСР с использованием дивалпроекса, гуанфацина, кетамина, празозина, рисперидона, тиагабина или вортиоксетина в качестве монотерапии перевешивалась потенциальным вредом. Ценности и предпочтения пациентов различались, главным образом, из-за различных соображений по поводу каждого лекарства, включающих уровень доказательств влияния на симптомы ПТСР, профили побочных эффектов и потенциальные преимущества альтернативных назначений.

Рекомендация 6. Рекомендуется не использовать бензодиазепины для лечения ПТСР.

Доказательная база этой рекомендации включает СО Williams T. et al. (2022) [38]. Существует недостаточно данных, оценивающих эффективность бензодиазепинов в отношении симптомов ПТСР. В СО Williams T. et al. (2022) включено одно из РКИ, в котором 32 пациента были рандомизированы для приема алпразолама или плацебо. Обнаружено, что бензодиазепины связаны со злоупотреблением, снижением эффективности рекомендуемых методов лечения ПТСР и когнитивными изменениями, особенно у пожилых людей [38].

Предпочтения пациентов в отношении этого лечения значительно различаются. Фокус-группа больных отметила интерес к использованию бензодиазепинов, поскольку они эффективны для кратковременного облегчения тревоги. Однако данные препараты неэффективны в долгосрочной перспективе и могут быть вредными. В отношении этих медикаментов также следует учитывать опасения по поводу возникновения сопутствующего расстройства, связанного с употреблением психоактивных веществ, и пожилых

пациентов-ветеранов нужно тщательно отбирать для назначения данных препаратов.

Уверенность в качестве доказательств была очень низкой. Потенциальный вред этих лекарств (например, когнитивные изменения, неправильное использование) перевешивал пользу, поскольку не обнаружено никаких доказательств долгосрочной пользы. Ценности и предпочтения пациентов сильно различались.

Рекомендация 7. Рекомендуется не использовать арипипразол, азенапин, брекспипразол, карипразин, илоперидон, луматеперон, луразидон, оланзапин, палиперидон, кветиапин, рисперидон либо зипразидон в качестве дополнения (аугментации) к препаратам для лечения ПТСР.

Рисперидон, арипипразол и оланзапин – единственные атипичные антипсихотики, изученные как дополнение (аугментация) к другим препаратам при лечении ПТСР, обнаруженные в систематическом обзоре доказательств 2022 года. СО Hoskins M.D. et al. (2021) включили три РКИ по изучению эффектов аугментации рисперидоном [41]. Совместное исследование VA рандомизировало считавшихся резистентными к лечению СИОЗС ветеранов с наличием связанного с военными действиями ПТСР либо к аугментации рисперидоном, либо к плацебо [42]. Результаты клинических исходов согласно подшкалам повторного переживания и гипервозбуждения оцененного клиницистами ПТСР статистически отдавали предпочтение рисперидону через 24 недели, но общие изменения при ПТСР не были статистически значимыми. Небольшое исследование, не упомянутое Hoskins M.D. et al. (2021), продемонстрировало статистически значимое снижение показателей применяемой клиницистом шкалы посттравматического стрессового расстройства (CAPS) через 9 месяцев у пациентов, получавших дополнительный рисперидон, тогда как два небольших исследования пациентов с резистентным к лечению ПТСР также не обнаружили статистически значимых изменений в показателях оцененного клиницистами ПТСР по сравнению с плацебо [43, 44].

Арипипразол изучался в качестве аугментации лечения СИОЗС в очень небольшом исследовании ветеранов с наличием ПТСР [45]. Улучшение показателей оцененного клиницистами ПТСР не было статистически значимым.

Единственное исследование аугментации оланзапином – это исследование, в котором 19 ветеранов с хроническим военным ПТСР сравнивались с плацебо. Хотя симптоматика нарушений сна и депрессии уменьшилась, изменения ПТСР согласно применяемым клиницистами шкалам значимо не различались между группами [46].

Атипичные антипсихотики (кроме рисперидона, арипипразола и оланзапина) не были изучены в качестве аугментации различных препаратов для лечения ПТСР. Не будучи включены в систематический обзор доказательств, риски применения данных препаратов, включая увеличение веса, гиперлипидемию, сахарный диабет, удлинение интервала QT и

экстрапирамидные побочные эффекты, тем не менее, достоверно установлены и перевешивают неизвестные преимущества [47].

Предпочтения больных значительно различаются в отношении этих методов лечения. Фокус-группа пациентов не комментировала непосредственно указанный класс лекарств, хотя проявила интерес к более широкому диапазону фармакологических агентов. Предпочтения больных в отношении антипсихотического лечения варьировались, в основном, из-за беспокойства об увеличении веса и других последствиях для здоровья, стигмы в отношении лечения антипсихотическими препаратами и воспринимаемого потенциала неблагоприятного воздействия на военную карьеру.

Уверенность Рабочей группы в качестве доказательств была очень низкой. Совокупность доказательств имела некоторые ограничения, которые включали лишь несколько исследований антипсихотической аугментации и небольшие размеры выборки. Хорошо известный, значительный потенциальный вред перевешивал неопределенные, небольшие потенциальные преимущества. Ценность и предпочтения пациентов варьировались, в основном, из-за беспокойства об увеличении веса и других последствиях для здоровья, стигмы, связанной с лечением антипсихотическими препаратами и воспринимаемого потенциала неблагоприятного воздействия на военную карьеру.

Лечение ПТСР. Дополнительные, интегративные и альтернативные подходы. Рекомендация 8. Предлагается снижение стресса на основе осознанности для лечения ПТСР.

Снижение стресса на основе осознанности (MBSR) – это комплексная программа обучения осознанности, которая, как правило, является дополнительным и интегративным оздоравливающим вмешательством (CIH), что обозначает неосновной подход, который можно использовать в сочетании с традиционной медицинской помощью. Данные СО по MBSR, включавшие пять РКИ, в которых изучался клинический исход оцененного клиницистами ПТСР, указывают, что MBSR облегчает симптомы ПТСР по сравнению с любым аналогом (компаратором) [48]. Три из этих РКИ изучали ветеранов и показали, что MBSR превзошла групповую терапию, центрированную на настоящем (PCGT) [49, 50] или TAU [51]. Четвертое РКИ гражданских лиц обнаружило, что MBSR+TAU лучше, чем PCGT+TAU [52].

Предпочтения пациентов в отношении осознанности различаются, причем некоторые больные решительно отдают предпочтение вмешательствам CIH, а другие предпочитают традиционные вмешательства. MBSR требует сертификации тех, кто её проводит; такое обучение широко доступно, хотя стоимость и требования данного тренинга (например, практики личной медитации) могут ограничить количество доступных специалистов. Вмешательство обычно осуществляется в виде восьми 2,5-часовых сессий плюс погружение на целый день и требует регулярной практики, поэтому работа участников похожа на психотерапию. Хотя доступны более короткие занятия, их эффективность в настоящее время неизвестна.

Уверенность Рабочей группы в качестве доказательств была умеренной. Преимущества MBSR перевешивали потенциальный вред, который оказался минимальным. MBSR может иметь другие преимущества в отношении как снижения тревоги, так и общего благополучия и должна быть поддержана заинтересованными лицами [53].

Лечение ПТСР. Основанное на технологиях лечение. Рекомендация 9. Рекомендуется использовать защищенную видеотелеконференцию для проведения лечения, указанного в Рекомендации 2 и Рекомендации 3, если эта терапия одобрена для использования в виде видеотелеконференции или в случаях, когда другие методы недоступны.

Видеотелеконференции – это значительное достижение, потенциально способное существенно расширить возможности психотерапии. Четыре РКИ, рассмотренные в рамках CPG при ПТСР VA/DoD 2017 г. [54-56], а также три выявленных в текущем обзоре доказательств дополнительных РКИ, которые включали клинический исход оцененного клиницистами ПТСР, предполагают, что когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и ДЭ, проводимые с помощью видеотелеконференций (VTC), не уступают лечению, проводимому лицом к лицу (FTF) [57-59]. Два РКИ и СО продемонстрировали не меньшую эффективность КПТ, проводимой посредством VTC, чем лечение FTF [57-59]. Одно РКИ показало отсутствие преимуществ ДЭ [55]. Кроме того, основываясь на предыдущих данных литературы, в которой упоминались некоторые VTC в офисе и некоторые VTC на дому, Morland L.A. et al. (2020) провели исследование ДЭ, используя дизайн преимущества, предполагающий более значительные эффекты VTC на дому и FTF на дому по сравнению с VTC в офисе [58]. Хотя в исследовании не удалось обнаружить, что лечение того или другого типа на дому лучше, участники обеих групп лечения посредством VTC продемонстировали улучшение. Во всех РКИ качество доказательств клинического исхода было умеренным.

Доверие Рабочей группы к совокупности доказательств было умеренным. Польза перевешивает потенциальный вред от отсутствия терапии, если не будет возможности получить лечение лично. Безопасная VTC может повысить доступность для ветеранов, которые путешествуют, и у которых нет времени посещать еженедельные личные встречи. Ценности и предпочтения пациентов различаются, поскольку некоторые больные могут предпочесть очное лечение.

Лечение ПТСР. Лечение ночных кошмаров. Рекомендация 10. Предлагается празозин для лечения ночных кошмаров, связанных с ПТСР.

Данные свидетельствуют о том, что лечение празозином уменьшает ночные кошмары, связанные с ПТСР, что демонстрируют два СО и одно РКИ [60-62]. Лечение празозином было связано с клинически значимым облегчением ночных кошмаров в одном СО шести исследований [60]. Другой СО, включавший семь исследований, также обнаружил клинически значимое улучшение при совпадении исследований, включенных в СО [61]. Еще одно РКИ, не включенное в СО, не выявило существенной разницы в результатах

лечения кошмаров празозином и плацебо; однако это исследование, возможно, имело недостаточную мощность из-за небольшого размера выборки [62].

Предпочтения пациентов относительно этого лечения различаются. Некоторые больные могут предпочесть не использовать лекарства для лечения ночных кошмаров или симптомов ПТСР. У некоторых могут возникнуть побочные эффекты применения празозина, такие как ортостатическая гипотензия, головокружение или головная боль. Однако эти побочные эффекты можно смягчить, медленно увеличивая дозу до желаемого результата. С осторожностью следует применять данное средство пациентам, принимающим другие препараты, влияющие на артериальное давление или вызывающие ортостаз, включая одновременное применение ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа. Празозин недорог, имеет ограниченное количество побочных эффектов при медленном титровании и, таким образом, легко доступен специалистам для назначения в различных условиях клинической практики. Пациенты, возможно, более благосклонно относятся к празозину, поскольку он считается средством для снижения артериального давления и вызывает меньшую стигму по сравнению с другими лекарствами, используемыми в психиатрии.

Уверенность Рабочей группы в качестве доказательств была низкой. Совокупность доказательств имела ограничения, в том числе, небольшой размер выборки, высокую гетерогенность и риск предубежденности [60-62]. Польза от празозина для уменьшения ночных кошмаров немного перевешивала потенциальный вред побочных эффектов. Ценности и предпочтения пациентов различались, поскольку некоторые больные могли предпочитать лекарства нефармакологическому лечению, и наоборот.

Таким образом, при изложении в рамках программ обучения психиатрии и клинической психологии материала, связанного с психическими расстройствами военного времени, преподавание профилактики и лечения боевых стрессовых расстройств должно базироваться на следующих данных современной доказательной медицины.

Для профилактики ПТСР у лиц, подвергшихся травме, недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать или не рекомендовать психотерапию либо фармакотерапию в период непосредственно после травмы. Для профилактики ПТСР у пациентов с диагнозом острого стрессового расстройства показана травма-фокусированная когнитивно-поведенческая психотерапия. Для профилактики ПТСР у пациентов с диагностированными острой стрессовой реакцией/острым стрессовым расстройством недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать какую-либо фармакотерапию либо возражать против её применения.

Для лечения ПТСР рекомендованы терапия когнитивной обработки, десенсибилизация и переработка движением глаз или длительная экспозиция вместо фармакологических вмешательств. Показаны следующие индивидуальные мануализированные методы психотерапии для лечения ПТСР: когнитивная терапия Элерс при ПТСР, терапия, центрированная на настоящем или письменная экспозиционная терапия. Рекомендованы пароксетин,

сертралин или венлафаксин для лечения ПТСР. Не рекомендованы дивалпроекс, гуанфацин, кетамин, празозин (в качестве монотерапии), рисперидон, тиагабин, вортиоксетин, а также бензодиазепины для лечения ПТСР. Не рекомендованы арипипразол, азенапин, брекспипразол, карипразин, илоперидон, луматеперон, луразидон, оланзапин, палиперидон, кветиапин, рисперидон либо зипразидон в качестве дополнения (аугментации) к препаратам для лечения ПТСР. Предлагается снижение стресса на основе осознанности для лечения ПТСР. Рекомендовано использовать защищенную видеотелеконференцию для проведения терапии когнитивной обработки, десенсибилизации и переработки движением глаз, длительной экспозиции, когнитивной терапии Элерс при ПТСР, терапии, центрированной на настоящем, письменной экспозиционной терапии, если это лечение одобрено для использования в виде видеотелеконференции, или в случаях, когда другие методы недоступны. Предлагается празозин для лечения ночных кошмаров, связанных с ПТСР.

Литература

1. Резник А.М. Боевые стрессовые расстройства (условия и механизмы развития, клинические проявления, подходы к оказанию психиатрической помощи, лечение): Учебное пособие. М.: МГУПП; 2022. 172 с.
2. Schnurr P.P., Hamblen J.L., Wolf J. et al. The Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder: Synopsis of the 2023 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guideline. Annals of internal medicine. URL: https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M23-2757 (дата обращения: 19.08.2025)
3. VA/DoD Clinical Practice Guideline. (2023). Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder Work Group. Washington, DC: U.S. Government Printing Office. 167. URL: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/ (дата обращения: 19.08.2025)
4. Rothbaum B.O., Kearns M.C., Price M., Malcoun E., Davis M., Ressler K.J. et al. Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: a randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. Biol. Psychiatry. 2012; 72 (11): 957-63. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.06.002.
5. Forneris C.A., Gartlehner G., Brownley K.A., Gaynes B.N., Sonis J., Coker-Schwimmer E. et al. Interventions to prevent post-traumatic stress disorder: a systematic review. Am. J. Prev. Med. 2013; 44 (6): 635-50. doi: 10.1016/j.amepre.2013.02.013.
6. Hoge E.A., Worthington J.J., Nagurney J.T., Chang Y., Kay E.B., Feterowski C.M. et al. Effect of acute posttrauma propranolol on PTSD outcome and physiological responses during script-driven imagery. CNS Neurosci. Ther. 2012; 18 (1): 21-7. doi: 10.1111/j.1755-5949.2010.00227.x.
7. Amos T., Stein D.J., Ipser J.C. Pharmacological interventions for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst. Rev. 2014 (7): Cd006239. doi: 10.1002/14651858.CD006239.pub2.
8. Kliem S., Kröger C. Prevention of chronic PTSD with early cognitive behavioral therapy. A meta-analysis using mixed-effects modeling. Behav. Res. Ther. 2013; 51 (11): 753-61. doi: 10.1016/j.brat.2013.08.005.
9. Bisson J.I., Wright L.A., Jones K.A., Lewis C., Phelps A.J., Sijbrandij M. et al. Preventing the onset of post traumatic stress disorder. Clin. Psychol. Rev. 2021; 86: 102004. URL: https://psycnet.apa.org/record/2021-50136-001 (дата обращения: 5.12.2023) doi: 10.1016/j.cpr.2021.102004.

10. Bryant R.A., Moulds M.L., Guthrie R.M., Dang S.T., Mastrodomenico J., Nixon R.D. et al. A randomized controlled trial of exposure therapy and cognitive restructuring for posttraumatic stress disorder. J. Consult. Clin. Psychol. 2008; 76 (4): 695-703. doi: 10.1037/ a0012616.
11. Bryant R.A., Sackville T., Dang S.T., Moulds M., Guthrie R. Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. Am. J. Psychiatry. 1999; 156 (11): 1780-6. doi: 10.1176/ajp.156.11.1780.
12. Bryant R.A., Moulds M.L., Guthrie R.M., Nixon R.D.V. The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. J. Consult. Clin. Psychol. 2005; 73 (2): 334-40. doi: 10.1037/0022-006x.73.2.334.
13. Bryant R.A., Moulds M.L., Guthrie R.M., Dang S.T., Nixon R.D. Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. J. Consult. Clin Psychol. 2003; 71 (4): 706-12. doi: 10.1037/ 0022-006x.71.4.706.
14. Bryant R.A., Harvey A.G., Dang S.T., Sackville T., Basten C. Treatment of acute stress disorder: a comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. J. Consult. Clin. Psychol. 1998; 66 (5): 862-6. doi: 10.1037//0022-006x.66.5.862.
15. Shalev A.Y., Ankri Y., Israeli-Shalev Y., Peleg T., Adessky R., Freedman S. Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: results from the Jerusalem Trauma Outreach And Prevention study. Arch. Gen. Psychiatry. 2012; 69 (2): 166-76. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.127.
16. Borrelli J., Jr., Starr A., Downs D.L., North C.S. Prospective study of the effectiveness of paroxetine on the onset of posttraumatic stress disorder, depression, and health and functional outcomes after trauma. J. Orthop. Trauma. 2019; 33 (2): e58-e63. doi: 10.1097/bot.0000000000001342.
17. Suliman S., Seedat S., Pingo J., Sutherland T., Zohar J., Stein D.J. Escitalopram in the prevention of posttraumatic stress disorder: a pilot randomized controlled trial. BMC Psychiatry. 2015; 15: 24. doi: 10.1186/s12888-015-0391-3.
18. Merz J., Schwarzer G., Gerger H.. Comparative efficacy and acceptability of pharmacological, psychotherapeutic, and combination treatments in adults with posttraumatic stress disorder: A network meta-analysis. JAMA psychiatry. 2019; 76 (9): 904-13. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0951.
19. Lee D.J., Schnitzlein C.W., Wolf J.P., Vythilingam M., Rasmusson A.M., Hoge C.W. Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments. Depress. Anxiety. 2016; 33 (9): 792-806. doi: 10.1002/da.22511.
20. Watts B.V., Schnurr P.P., Mayo L., Young-Xu Y., Weeks W.B., Friedman M.J. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. J. Clin. Psychiatry. 2013; 74 (6): e541-50. doi: 10.4088/jcp.12r08225.
21. Watts B.V., Schnurr P.P., Zayed M., Young-Xu Y., Stender P., Llewellyn-Thomas H. A randomized controlled clinical trial of a patient decision aid for posttraumatic stress disorder. Psychiatr. Serv. 2015; 66 (2): 149-54. doi: 10.1176/appi.ps. 201400062.
22. Rauch S.A.M., Kim H.M., Powell C., Tuerk P.W., Simon N.M., Acierno R. et al. Efficacy of prolonged exposure therapy, sertraline hydrochloride, and their combination among combat veterans with posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. JAMA psychiatry. 2019; 76 (2): 117-26. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.3412.
23. Swift J.K., Greenberg R.P., Tompkins K.A., Parkin S.R. Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. Psychotherapy (Chic). 2017; 54 (1): 47-57. doi: 10.1037/ pst0000104.
24. Simiola V., Neilson E.C., Thompson R., Cook J.M. Preferences for trauma treatment: A systematic review of the empirical literature. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. 2015; 7: 516-24. doi: 10.1037/tra0000038.

25. Zoellner L.A., Roy-Byrne P.P., Mavissakalian M., Feeny N.C. Doubly randomized preference trial of prolonged exposure versus sertraline for treatment of PTSD. Am. J. Psychiatry. 2019; 176 (4): 287-96. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.17090995.
26. Jericho B., Luo A., Berle D. Trauma-focused psychotherapies for post-traumatic stress disorder: A systematic review and network meta-analysis. Acta Psychiatr. Scand. 2022; 145 (2): 132-55. doi: 10.1111/acps.13366.
27. Sloan D.M., Marx B.P., Resick P.A., Young-McCaughan S., Dondanville K.A., Straud C.L. et al. Effect of written exposure therapy vs cognitive processing therapy on increasing treatment efficiency among military service members with posttraumatic stress disorder: a randomized noninferiority trial. JAMA Netw. Open. 2022; 5 (1): e2140911. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35015065 (дата обращения: 17.03.2023) doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.40911.
28. Sloan D.M., Marx B.P., Lee D.J., Resick P.A. A brief exposure-based treatment vs cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder: A randomized noninferiority clinical trial. JAMA psychiatry. 2018; 75 (3): 233-9. doi: 10.1001/jamapsychiatry. 2017.4249.
29. McLean C.P., Levy H.C., Miller M.L., Tolin D.F. Exposure therapy for PTSD in military populations: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J. Anxiety Disord. 2022; 90: 102607. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35926254 (дата обращения: 17.03.2023) doi: 10.1016/j.janxdis.2022.102607.
30. McLean C.P., Levy H.C., Miller M.L., Tolin D.F. Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis. Clin. Psychol. Rev. 2022; 91: 102115. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34954460 (дата обращения: 17.03.2023) doi: 10.1016/j.cpr.2021.102115.
31. Morina N., Hoppen T.H., Kip A. Study quality and efficacy of psychological interventions for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. Psychol. Med. 2021; 51 (8): 1-11. doi: 10.1017/s0033291721001641.
32. Edwards-Stewart A., Smolenski D.J., Bush N.E., Cyr B.A., Beech E.H., Skopp N.A. et al. Posttraumatic stress disorder treatment dropout among military and veteran populations: A systematic review and meta-analysis. J. Trauma. Stress. 2021; 34 (4): 808-18. doi: 10.1002/jts.22653.
33. Harik J.M., Grubbs K.M., Hamblen J.L. Retracted: The impact of treatment description format on patient preferences for posttraumatic stress disorder treatment. Journal of Traumatic Stress. 2020; 33 (4): 455-64. doi: https://doi.org/10.1002/jts.22528.
34. Shifrin A., Sharma S., Zeifman R.J., Roth M.L., Gifford S., Monson C.M. Posttraumatic stress disorder treatment preference: Prolonged exposure therapy, cognitive processing therapy, or medication therapy? Psychol. Serv. 2022. URL: https://psycnet.apa.org/record/2022-80215-001 (дата обращения: 17.03.2023) doi: 10.1037/ser0000688.
35. Belsher B.E., Beech E., Evatt D., Smolenski D.J., Shea M.T., Otto J.L. et al. Present-centered therapy (PCT) for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Nov 18;2019(11):CD012898. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31742672 (дата обращения: 17.03.2023) doi: 10.1002/14651858.CD012898.pub2.
36. Ehlers A., Hackmann A., Grey N., Wild J., Liness S., Albert I. et al. A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. Am. J. Psychiatry. 2014; 171 (3): 294-304. doi: 10.1176/ appi.ajp.2013.13040552.
37. Ehlers A., Clark D.M., Hackmann A., McManus F., Fennell M., Herbert C. et al. A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. Arch. Gen. Psychiatry. 2003; 60 (10): 1024-32. doi: 10.1001/archpsyc.60.10.1024.
38. Williams T., Phillips N.J., Stein D.J., Ipser J.C. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst. Rev. 2022; 3 (3): Cd002795. URL:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35234292 (дата обращения: 17.03.2023) doi: 10.1002/14651858.CD002795.pub3.
39. Hoskins M., Pearce J., Bethell A., Dankova L., Barbui C., Tol W.A. et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. Br. J. Psychiatry. 2015; 206 (2): 93-100. doi: 10.1192/bjp.bp.114.148551.
40. Dunlop B.W., Rakofsky J.J., Newport D.J., Mletzko-Crowe T., Barone K., Nemeroff C.B. et al. Efficacy of vortioxetine monotherapy for posttraumatic stress disorder: A randomized, placebo-controlled trial. J. Clin. Psychopharmacol. 2021; 41 (2): 172-9. doi: 10.1097/jcp.0000000000001363.
41. Hoskins M.D., Bridges J., Sinnerton R., Nakamura A., Underwood J.F.G., Slater A. et al. Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches. European Journal of Psychotraumatology. 2021; 12 (1): 1802920. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34992738 (дата обращения: 17.03.2023) doi: 10.1080/20008198.2020. 1802920.
42. Krystal J.H., Pietrzak R.H., Rosenheck R.A., Cramer J.A., Vessicchio J., Jones K.M. et al. Sleep disturbance in chronic military-related PTSD: Clinical impact and response to adjunctive risperidone in the Veterans Affairs cooperative study #504. J. Clin. Psychiatry. 2016; 77 (4): 483-91. doi: 10.4088/JCP.14m09585.
43. Rothbaum B.O., Killeen T.K., Davidson J.R., Brady K.T., Connor K.M., Heekin M.H. Placebo-controlled trial of risperidone augmentation for selective serotonin reuptake inhibitor-resistant civilian posttraumatic stress disorder. J. Clin. Psychiatry. 2008; 69 (4): 520-5. doi: 10.4088/jcp.v69n0402.
44. Bartzokis G., Lu P.H., Turner J., Mintz J, Saunders C.S. Adjunctive risperidone in the treatment of chronic combat-related posttraumatic stress disorder. Biol. Psychiatry. 2005; 57 (5): 474-9. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.11.039.
45. Naylor J.C., Kilts J.D., Bradford D.W., Strauss J.L., Capehart B.P., Szabo S.T. et al. A pilot randomized placebo-controlled trial of adjunctive aripiprazole for chronic PTSD in US military Veterans resistant to antidepressant treatment. Int. Clin. Psychopharmacol. 2015; 30 (3): 167-74. doi: 10.1097/yic.0000000000000061.
46. Stein M.B., Kline N.A., Matloff J.L. Adjunctive olanzapine for SSRI-resistant combat-related PTSD: A double-blind, placebo-controlled study. Am. J. Psychiatry. 2002; 159 (10): 1777-9. doi: 10.1176/appi.ajp.159.10.1777.
47. Pillinger T., McCutcheon R.A., Vano L., Mizuno Y., Arumuham A., Hindley G. et al. Comparative effects of 18 antipsychotics on metabolic function in patients with schizophrenia, predictors of metabolic dysregulation, and association with psychopathology: A systematic review and network meta-analysis. The Lancet Psychiatry. 2020; 7 (1): 64-77. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30416-X.
48. Liu C., Beauchemin J., Wang X., Lee M.Y. Integrative Body-Mind-Spirit (I-BMS) interventions for posttraumatic stress disorder (PTSD): A review of the outcome literature. Journal of Social Service Research. 2018; 44 (4): 482-93. doi: 10.1080/ 01488376.2018.1476299.
49. Polusny M.A., Erbes C.R., Thuras P., Moran A., Lamberty G.J., Collins R.C. et al. Mindfulness-based stress reduction for posttraumatic stress disorder among veterans: A randomized clinical trial. Jama. 2015; 314 (5): 456-65. doi: 10.1001/jama.2015.8361.
50. Bremner J.D., Mishra S., Campanella C., Shah M., Kasher N., Evans S. et al. A pilot study of the effects of mindfulness-based stress reduction on post-traumatic stress disorder symptoms and brain response to traumatic reminders of combat in operation enduring freedom/operation Iraqi freedom combat veterans with post-traumatic stress disorder. Front. Psychiatry. 2017; 8: 157. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28890702 (дата обращения: 17.03.2023) doi: 10.3389/fpsyt.2017.00157.
51. Kearney D.J., Simpson T.L., Malte C.A., Felleman B., Martinez M.E., Hunt S.C. Mindfulness-based stress reduction in addition to usual care is associated with improvements in pain,

fatigue, and cognitive failures among veterans with Gulf War Illness. Am. J. Med. 2016; 129 (2): 204-14. doi: 10.1016/j.amjmed.2015.09.015.
52. Liu Q., Zhu J., Zhang W. The efficacy of mindfulness-based stress reduction intervention 3 for post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in patients with PTSD: A meta-analysis of four randomized controlled trials. Stress Health. 2022; 38 (4): 626-36. doi: 10.1002/smi.3138.
53. Hoge E.A., Bui E., Mete M., Dutton M.A., Baker A.W., Simon N.M. Mindfulness-based stress reduction vs escitalopram for the treatment of adults with anxiety disorders: A randomized clinical trial. JAMA psychiatry. 2023; 80 (1): 13-21. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2022.3679.
54. Maieritsch K.P., Smith T.L., Hessinger J.D., Ahearn E.P., Eickhoff J.C., Zhao Q. Randomized controlled equivalence trial comparing videoconference and in person delivery of cognitive processing therapy for PTSD. J. Telemed. Telecare. 2016; 22 (4): 238-43doi: 10.1177/1357633x15596109.
55. Yuen E.K., Gros D.F., Price M., Zeigler S., Tuerk P.W., Foa E.B. et al. Randomized controlled trial of home-based telehealth versus in-person prolonged exposure for combat-related PTSD in veterans: Preliminary results. J. Clin. Psychol. 2015; 71(6): 500-12. doi: 10.1002/jclp.22168.
56. Morland L.A., Mackintosh M.A., Rosen C.S., Willis E., Resick P., Chard K. et al. Telemedicine versus in-person delivery of cognitive processing therapy for women with posttraumatic stress disorder: A randomized noninferiority trial. Depress. Anxiety. 2015; 32 (11): 811-20. doi: 10.1002/da.22397.
57. McClellan M.J., Osbaldiston R., Wu R., Yeager R., Monroe A.D., McQueen T. et al. The effectiveness of telepsychology with veterans: A meta-analysis of services delivered by videoconference and phone. Psychol. Serv. 2022; 19 (2): 294-304. doi: 10.1037/ser0000522. PubMed PMID: 33539135.
58. Morland L.A., Mackintosh M.A., Glassman L.H., Wells S.Y., Thorp S.R., Rauch S.A.M. et al. Home-based delivery of variable length prolonged exposure therapy: A comparison of clinical efficacy between service modalities. Depress. Anxiety. 2020; 37 (4): 346-55. doi: 10.1002/da.22979.
59. Liu L., Thorp S.R., Moreno L., Wells S.Y., Glassman L.H., Busch A.C. et al. Videoconferencing psychotherapy for veterans with PTSD: Results from a randomized controlled non-inferiority trial. J. Telemed. Telecare. 2020; 26 (9): 507-19. doi: 10.1177/1357633x19853947.
60. Reist C., Streja E., Tang C.C., Shapiro B., Mintz J., Hollifield M. Prazosin for treatment of post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. CNS Spectr. 2021; 26 (4): 338-44. doi: 10.1017/s1092852920001121.
61. Zhang Y., Ren R., Sanford L.D., Yang L., Ni Y., Zhou J. et al. The effects of prazosin on sleep disturbances in post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. Sleep. Med. 2020; 67: 225-31. doi: 10.1016/j.sleep.2019.06.010.
62. McCall W.V., Pillai A., Case D., McCloud L., Nolla T., Branch F. et al. A pilot, randomized clinical trial of bedtime doses of prazosin versus placebo in suicidal posttraumatic stress disorder patients with nightmares. J. Clin. Psychopharmacol. 2018; 38 (6): 618-21. doi: 10.1097/jcp.0000000000000968.

ТИТИЕВСКИЙ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького», e-mail: sergeytitievsky@mail.ru

ПОБЕРЕЖНАЯ НАТАЛЬЯ ВИКТОРОВНА, ассистент кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького», e-mail: donpnv@mail.ru

ГАШКОВА ЛЮДМИЛА АНАТОЛЬЕВНА, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького», e-mail: dongla@mail.ru

ЧЕРЕПКОВ ВЛАДИМИР НИКОЛАЕВИЧ, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького», e-mail: chvn.doc@gmail.com

1.7. Стресс военного времени и первая помощь в структуре социально-психологической реадаптации комбатантов

С. В. Титиевский, А. В. Кравчук

К основным понятиям, используемым в настоящее время при описании боевой психической патологии, можно отнести боевую психическую травму, боевой стресс, боевые стрессовые расстройства, реакции боевого стресса и боевые посттравматические стрессовые расстройства [1, с. 7-9].

Широко используемый термин «боевая психическая травма» не является общепринятой диагностической категорией. Им обозначаются, с одной стороны, само по себе воздействие травмирующего психического стресса на индивида, а с другой – обусловленное воздействием оружия и боевых стресс-факторов патологическое состояние ЦНС, особенности патогенеза и феноменологии которого определяются специфичностью внешних этиологических факторов и изменяющихся под их воздействием внутренних условий.

Под боевым стрессом понимается частная разновидность стресса, формирующаяся вследствие воздействия комплекса патогенных факторов боевой обстановки. Этими факторами являются: длительная и малопрогнозируемая, непосредственная и эмпирически наглядная угроза жизни и благополучию индивида и его близких; значительно превосходящие повседневный уровень по длительности и интенсивности психические и физические нагрузки; сомато- и психогенные влияния ранений, травм и заболеваний; переживание наблюдаемых случаев гибели людей; утраты друзей и близких. Суммарно все они приводят к истощению ресурсов психической деятельности, возникновению характерных временных или стойких изменений психических процессов и нарушениям социальной адаптации.

В армии США используется следующая классификация боевых и оперативных стрессоров [2] (см. табл. 1.7.1).

Таблица 1.7.1

Боевые и оперативные стрессоры

Физические стрессоры	Психические стрессоры
Связанные с окружающей средой:	*Когнитивные:*
• жара, холод, влажность, пыль, вибрация, шум, взрывы;	• информация (сенсорная перегрузка или депривация);
• вредные запахи (пары, яды, химикаты);	• неоднозначность, неопределенность, непредсказуемость;
• оружие/устройства направленной энергии;	• нехватка времени или ожидание;
• ионизирующее излучение;	• сложные решения (правила ведения боевых действий);
• инфекционные агенты;	• организационные динамика и изменения;
• физическая работа;	• трудный выбор или отсутствие выбора;
• плохая видимость (яркий свет, темнота, дым);	• осознание нарушения функционирования;
• сложная или труднодоступная местность;	• работа за пределами уровня навыков;

Физические стрессоры	Психические стрессоры
• большая высота.	• предшествующие неудачи.
Физиологические: • недостаток сна; • обезвоживание; • недоедание; • плохая гигиена; • мышечная и аэробная усталость; • чрезмерное или недостаточное использование мышц; • ослабленная иммунная система; • болезнь или травма; • сексуальная фрустрация; • употребление психоактивных веществ (курение, кофеин, алкоголь); • ожирение; • плохое физическое состояние.	*Эмоциональные:* • статус новичка в подразделении, изолированность, одиночество; • страх и вызывающие тревогу угрозы (смерти, травмы, неудачи или потери); • потери, вызывающие горе (тяжелая утрата); • негодование, гнев, вызывающее ярость разочарование и чувство вины; • бездеятельность, вызывающая скуку; • конфликтующие/противоречивые мотивы и привязанности; • духовное противостояние или искушение, вызывающие потерю веры; • межличностный конфликт (подразделение, приятель); • беспокойство о доме, тоска по дому; • утрата конфиденциальности; • виктимизация/преследование; • воздействие боевых действий/трупов; • необходимость убивать.

Боевые операции представляют собой различные виды стресса для развернутого персонала. Прямое воздействие убийства и смерти является значительным и психологически токсичным [2]. Если подвергающийся влиянию стрессора человек испытывает ужас или беспомощность, то воздействие убийства и смерти становится гораздо более травмирующим. Примерами серьезных психотравм являются: наблюдение за тем, как сослуживцы сгорают заживо в транспортном средстве, при невозможности вмешаться; близость внезапной смерти товарища, например, при взрыве самодельного взрывного устройства; сражение, в котором войска оказываются в меньшинстве или беспомощными. Обращение с человеческими останками или очистка транспортных средств или зданий от крови и мозгов также являются потенциально травмирующими событиями. Акт убийства вражеских комбатантов потенциально травматичен, а непреднамеренное убийство некомбатантов еще более травматично. Патрулирование или оборона в условиях постоянной и непредсказуемой угрозы даже при отсутствии убийств может вызывать серьезные или постоянные стрессовые реакции.

В дополнение к стрессу, связанному со смертью и убийством, все воюющие должны справляться со стрессами оперативной обстановки [3]. На самом простом уровне жизнь в суровых условиях с подверженностью стихиям и ограниченным доступом к обычным физическим удобствам является оперативным стрессом. Холод, жара, грязь, шум и неприятные запахи – всё это наносит кумулятивный урон личному составу [2]. Разлука с семьей или другими основными социальными опорами может вызвать значительный стресс, как и проживание в замкнутом пространстве с сослуживцами в течение

длительного периода времени. Боевые действия обычно происходят круглосуточно, со значительным риском усталости как дополнительного стресса.

Как известно, система реакции человека на стресс функционирует для поддержания гомеостаза при наличии внешних угроз и изменений окружающей среды. Данная система осуществляет это, вызывая защитное поведение, такое как «бей, беги или замри» перед лицом угрозы. Система реакции на стресс также способствует быстрому воспроизведению прошлой информации об угрозе. В условиях экстремального стресса эти системы реагирования и вспоминания могут генерировать поведение и симптомы, несоразмерные угрозе. Основные системы мозга, участвующие в реакции на стресс, включают миндалевидное тело, гиппокамп и префронтальную кору [4]. Все эти области обрабатывают сенсорную информацию, но делают это по-разному и с разной скоростью. Миндалевидное тело получает прямой сенсорный вход от таламуса и быстро распознает угрозы. При наличии угрозы миндалевидное тело генерирует сигналы для соответствующих реакций «бей, беги или замри». Гиппокамп и префронтальная кора получают ту же сенсорную информацию, но пути к этим областям мозга работают медленнее и предназначены для включения дополнительной памяти и контекстной информации. У здоровых, не находящихся в состоянии стресса людей эти пути модулируют или подавляют реакцию миндалевидного тела. Длительный или экстремальный стресс может сместить баланс системы миндалевидное тело – префронтальная кора – гиппокамп, чтобы вызвать постоянную реакцию на угрозу. Другими словами, миндалевидное тело становится гиперактивным, а префронтальная кора – гипоактивной и неспособной в достаточной степени модулировать реакцию «бей/беги/замри». Человек в этой ситуации гиперреактивен и менее способен самостоятельно регулировать реакции на стресс. В боевой обстановке некоторая сверхбдительность и повышенная реактивность обычно адаптивны, но чрезмерное гипервозбуждение действует разрушительно.

Парадигма, принятая Министерством обороны США, – это континуум реакций на стресс [2]. Данная модель размещает индивидуальные реакции вдоль континуума «готов-реагирую-травмирован» [5] (см. табл. 1.7.2). Те, кто «готов», демонстрируют эффективное совладание и адаптируются к любому стрессу без значительного дистресса или ухудшения. В условиях стресса многие воюющие продемонстрируют легкий дистресс или ухудшение и будут считаться в остальном здоровыми, но «реагирующими». При значительном стрессе часть лиц будет «травмированной», т.е., может испытывать преходящие серьезные дистресс или повреждение, но также подвергается значительному риску сохраняющихся в дальнейшем негативных изменений. Наконец, некоторые могут демонстрировать настоящую болезнь при сильном стрессе, и у них развивается психическое расстройство, определяемое в виде диагноза. Это происходит после значительного периода повреждения длительностью около 60 дней.

Таблица 1.7.2

Модель континуума боевого и оперативного стресса с четырьмя цветными зонами стресса

Готов	Реагирующий	Травмированный	Больной
ОПРЕДЕЛЕНИЕ • адаптивный копинг; • эффективное функционирование; • благополучие. ЧЕРТЫ • самоконтроль; • спокойствие и устойчивость; • выполнение задач; • способен к играм; • чувство юмора; • достаточно спит; • этичное и моральное поведение.	ОПРЕДЕЛЕНИЕ • умеренные и транзиторные дистресс или утрата функций. ЧЕРТЫ • тревожный; • раздражительный, злой; • беспокойный; • «срезает углы» (идёт напролом); • недостаток сна; • нарушена концентрация внимания; • социальная изоляция; • чрезмерная громкость и гиперактивность.	ОПРЕДЕЛЕНИЕ • более интенсивные и стойкие дистресс или нарушение функций. ТИПЫ • травма; • утомление; • горе; • моральная травма. ЧЕРТЫ • потеря контроля; • неспособность спать; • паника и ярость; • апатия; • чувство стыда или вины.	ОПРЕДЕЛЕНИЕ • клинически выраженные психические расстройства; • неизлечившиеся психические травмы. ТИПЫ • ПТСР; • депрессия; • тревога; • злоупотребление психоактивными веществами. ЧЕРТЫ • персистирование симптомов более 60 дней после возвращения из зоны боевых действий

Примечание: ПТСР - посттравматическое стрессовое расстройство

Вышеприведенная модель отражает весь спектр реакций и исходов боевого стресса, от адаптивного преодоления и полной готовности (зеленый цвет обозначает зону «готовности») до легкого и обратимого дистресса или нарушения некоторых функций (желтая зона «реагирования»), до более серьезного, стойкого дистресса или утраты функций (оранжевая «зона травмы») и до клинических психических стресс-ассоциированных расстройств и «незаживающих» стрессовых травм (красная «зона болезни»).

Таком образом, сущность континуального подхода состоит в том, что весь комплекс острого, хронического и отсроченного реагирования участников боевых действий на стресс-факторы боевой обстановки рассматривается как адаптивный ответ, нацеленный на выполнение боевой задачи, совладание с ситуацией, сохранение психического и физического здоровья [6].

Боевые стрессовые расстройства [1, с. 8] – это различные острые и хронические психические нарушения, возникающие вследствие воздействия на психику индивида стресс-факторов боевой обстановки, ведущие к снижению боеспособности и к социальной дезадаптации.

Реакции боевого стресса [1, с. 9] – это преходящие, различной тяжести психические реакции, возникающие непосредственно в боевой обстановке и ведущие к временному снижению или утрате боеспособности. Это

предболезненные нарушения (реакции эмоционального возбуждения, преневротические реакции), болезненные реакции пограничного (острые стрессовые реакции, невротические и патохарактерологические реакции) и психотического (острые транзиторные реактивные психозы) регистров.

В идеале боевой стресс должен приводить к формированию адаптивных стрессовых реакций. Считается, что эффективное руководство и адекватные взаимоотношения в воинском коллективе способствуют данному типу реагирования на боевой стресс, что благоприятствует успешному выполнению боевой задачи [7, с. 199].

В то же время, длительный или экстремальный стресс может привести к значительному ухудшению состояния подразделений или отдельных лиц. Такие эмоциональные реакции или поведение называются боевыми и оперативными стрессовыми реакциями или травмами. Эти реакции, как правило, делятся на отдельные категории, и у любого человека или в ответ на определенные стрессоры может возникнуть более одного типа реакции. Модели боевых и оперативных стрессовых реакций включают острые стрессовые реакции, оперативную усталость, травматическое горе и моральную травму [3].

Острые стрессовые реакции представляют собой неадаптивную психологическую и физиологическую реакцию на экстремальный стресс. Обычно это единичное тяжелое травматическое событие, но острые стрессовые реакции могут также возникать после серии тяжелых травм. Эмоциональные проявления острых стрессовых реакций включают беспокойство, панику, раздражительность, ярость и иногда оцепенение. Когнитивные реакции включают спутанность сознания, проблемы с памятью и травматическую амнезию. Физические жалобы могут включать усталость, потерю контроля над кишечником и мочевым пузырем, бессонницу, учащенное сердцебиение и одышку. Диссоциация, при которой человек отрывается от своего окружения или испытывает амнезию, представляет собой тяжелую форму острой стрессовой реакции. Острую стрессовую реакцию не следует путать с посттравматическим стрессовым расстройством. Несмотря на то, что многие симптомы являются общими, острая стрессовая реакция является ограниченной по времени реакцией на психологическую травму.

Оперативная усталость возникает при наличии менее интенсивных, но продолжительных стрессов. На протяжении всей истории это состояние получило такие названия, как «солдатское сердце» и «синдром старого сержанта». Такие реакции характеризуются персистирующим и постоянным беспокойством или депрессивным состоянием. Пострадавшие могут испытывать раздражительность или подавленное настроение, постоянные тревогу или невозможность расслабиться, изменения аппетита или энергичности, бессонницу, трудности с концентрацией внимания, мышечное напряжение или тремор.

Травматическое горе – это нарушение нормального процесса скорби, вызванное внезапной или травматической утратой. Нормальное горевание – здоровый процесс, посредством которого люди позволяют себе испытывать

эмоциональные реакции, связанные с утратой, и вовлекаются в когнитивный процесс адаптации к миру без умершего человека. Потери, понесенные в бою, из-за их внезапного и жестокого характера, как правило, способствуют травматическим реакциям скорби. Значительные осложнения травматического горя включают искаженные убеждения о причинах и последствиях смерти. Пострадавший боец может иметь проблемы с чрезмерной виной и чувством ответственности за смерть. И, наоборот, человек способен выносить свою вину наружу, обвиняя или подрывая авторитет командиров.

Моральная травма относится к психологическим реакциям, вытекающим из реальных или предполагаемых нарушений моральных кодексов лично собой или другими и предательства доверия [8].

Современная война все чаще ставит людей в двусмысленные обстоятельства, когда различие между враждебным комбатантом и безопасным гражданским лицом размыто. Солдат с «благими» намерениями может стрелять в предполагаемого мятежника и обнаружить, что убил некомбатанта. Таким же образом, возможно совершение преднамеренных действий в пылу битвы, которые позже вызывают сильные чувства стыда или гнева. В результате, индивиды способны реагировать симптомами сильного гнева, фантазиями или действиями мести, сильными чувствами стыда и вины, а также саморазрушительным или избегающим поведением [2].

В отечественной военной психиатрии выделяются следующие особенности стрессового поведения в боевых операциях (табл. 1.6.3).

Типичными примерами адаптивных стрессовых реакций являются [7, с. 199]: взаимное доверие и сплоченность по горизонтальному принципу между членами коллектива в маленьком воинском подразделении; повышение боевого духа воинской части на основе ощущения идентификации и членства в большом сообществе; воинское товарищество как связывающая сила, основанная на самопожертвовании и осознании зависимости друг от друга и способствующая выполнению боевой задачи. Однако нередко результатами боевого стресса являются патологические проявления, а также различные формы отклоняющегося и криминального поведения. Неадаптивные стрессовые реакции схожи с симптомами психических расстройств (паника, депрессия, психотические нарушения), но отличаются транзиторностью и полиморфностью болезненных проявлений. Отклоняющееся поведение в условиях театра военных действий представляет собой спектр поведенческих реакций от мелких нарушений приказов командиров или действующих уставов вплоть до тяжелых воинских преступлений. Нередко, особенно в условиях затяжных позиционных войн, указанные поведенческие реакции становятся серьезной проблемой даже для хорошо слаженных и боеспособных подразделений. Этому способствуют, например, претензии командиров на особые привилегии или попытки противозаконной мести противнику за погибших сослуживцев. В полевом руководстве по профилактике боевого стресса США (Combat and Operational Stress control, 2006) [7, с. 199] в данной связи подчеркивается, что подобные действия должны жестко пресекаться,

поскольку «боевой стресс, даже в случае проявленного героизма, не может служить оправданием криминального поведения».

Таблица 1.7.3

Стрессовое поведение в боевых операциях
(по Смирнову В. К. и соавт., 2015) [7, с. 200]

Адаптивные стрессовые реакции	Затяжные боевые дистрессовые реакции
- сплоченность подразделения (лояльность к товарищам, командирам, верность традициям части); - чувство элитарности; - чувство выполненной задачи; - настороженность, бдительность; - дополнительные силы и выносливость; - повышенная толерантность к трудностям, боли, ранениям; - ощущение цели; - повышенное чувство долга; - героические действия; - смелость; - самопожертвование	- навязчивые болезненные воспоминания (флэшбэки); - проблемы сна, дурные сны; - чувство вины по поводу сделанного и несделанного; - социальная изоляция, синдромы отмены, отчуждение; - настороженность, беспокойство; - злоупотребление алкоголем и наркотиками; - депрессия; - проблемы доверия с близкими и социальными партнерами
Острые боевые дистрессовые реакции	Девиантное и криминальное стрессовое поведение
- сверхнастороженность; - страх, беспокойство; - раздраженность, гневливость; - печаль, сомнения, чувство вины; - невнимательность, беззаботность; - потеря уверенности; - потеря надежды и веры; - депрессия и бессонница; - снижение обязательности; - ошибочные действия, взрывчатость; - охлаждение чувств, потеря мобильности; - ужас, паника; - общее истощение; - апатия; - потеря навыков; - потеря памяти; - нарушения речи, мутизм; - нарушения зрения, слуха, тактильных ощущений; - слабость или паралич; - иллюзии, галлюцинации	- уродование вражеских трупов; - убийство военнопленных; - отказ брать в плен; - убийство мирных жителей; - пытки, жестокость; - убийство животных; - пьянство и наркомания; - беспечность и недисциплинированность; - грабеж и насилие; - небрежное отношение к заболеванию, повреждению; - уклонение от обязанностей, симуляция; - отказ от вооруженной борьбы; - членовредительство; - угроза и убийство своих командиров (фреггинг); - самовольные отлучки, дезертирство

Боевые посттравматические стрессовые расстройства [1, с. 9] – это затянувшиеся или отсроченные психические изменения и психические расстройства, возникающие вследствие воздействия факторов боевой обстановки. Некоторые из данных психических изменений на войне могут носить приспособительный характер, а в мирной жизни ведут к различным формам социальной дезадаптации.

Замечено, что тяжесть клинических проявлений и динамика психических расстройств в определенной мере связаны с мощностью стрессоров. Но создать унифицированную шкалу стрессоров оказалось невозможным ввиду чрезвычайной вариабельности в апперцепции различных событий у разных людей и в разные периоды [1, с. 11].

При рассмотрении предпосылок развития стрессовых расстройств и при постановке экспериментов с провокацией симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в зарубежной литературе используются понятия «персонально травмирующего события» и «персонально стрессового события». С травмирующим событием связывается появление ПТСР, и его тема звучит в болезненных переживаниях пострадавшего. Персональное стрессовое событие вызывает у индивида психологический дистресс и специфические физиологические реакции, но само по себе не является причиной ПТСР [9].

В целом, наиболее важная роль в развитии боевых ПТСР отводится двум факторам: недостатку семейной и дружеской поддержки после окончания войны и продолжительности пребывания в боевой ситуации. Сопутствующими факторами являются этнические особенности, общественное отвержение, жестокое обращение в детстве, участие в грубых актах насилия и нестабильность семьи. Отмечается, что военный опыт ветеранов может «оживляться» во время последующих войн, а боевые ПТСР у ветеранов Второй мировой войны обнаруживались даже спустя 45 лет (Kidson M.A., Kobrick F.R., 1993) [7, с. 205].

Боевой стресс, который приводит к формированию ПТСР, имеет, по мнению В.Г. Василевского и Г.А. Фастовцова [10, 11], ряд отличий по сравнению со стрессорными факторами, приводящими к посттравматическому стрессовому расстройству другой этиологии (чрезвычайные ситуации мирного времени, ситуации с захватом заложников, насилие над личностью, ликвидация аварии на ЧАЭС, посттравматическое стрессовое расстройство у беженцев и вынужденных переселенцев и др.). Несмотря на дискуссионный характер выделения отдельно «боевых» посттравматических стрессовых расстройств, данные литературы и практические наблюдения подтверждают необходимость этой особой группы нарушений, анализ которой показывает ее отличительные составляющие. Боевой стресс более полиморфен и продолжителен по времени, он носит кумулятивный характер – ужасы войны, физическое и психическое перенапряжение, нарушение режима жизнедеятельности, болезни, травмы и ранения. В условиях реальных боевых действий формируются тревожная настороженность, стойкое восприятие окружающей обстановки как потенциально опасной, враждебной, готовность к импульсивному, в том числе, и агрессивному, реагированию на угрожающие стимулы. Снижается ценность человеческой жизни, поскольку снимается психологический барьер перед лишением жизни другого человека, а также личная ответственность за социальные последствия совершаемых действий. И, наконец, военнослужащие еще до столкновения с ситуацией боевого стресса проходят предварительную специальную подготовку, направленную на формирование новых

поведенческих навыков и стереотипов, которые необходимы для выживания и выполнения поставленных перед ними боевых задач. Для клинической картины боевого ПТСР, по мнению этих авторов, является специфичным наличие инверсионных симптомов, которые перемещаются между полюсами невротического и психотического регистров от минимальной до максимальной степени выраженности. При этом наблюдаются переходы от эпизодической гипотимии к стойкой депрессии, от навязчивых воспоминаний боевых впечатлений к мучительным эйдетическим эхомнезиям, от тревоги к диффузному, безмотивному страху, от настороженности к подозрительности, от сверхценных опасений к параноидной настроенности и т.д. Позитивная симптоматика ПТСР у ветеранов также имеет свои особенности. Повторные переживания и воспоминания о травматических событиях нередко трансформируются в обсессивно-фобические состояния с навязчивым страхом за безопасность своих близких. В ряде случаев наблюдаются схожие с реминисценциями явления непроизвольно-персеверативного, органического характера – эйдетические эхомнезии в виде застывших, многократно повторяющихся, но, вместе с тем, ярких, чувственно насыщенных визуализированных представлений, воспроизводящих пережитое («при внезапном ярком свете возникает сцена пылающей машины и бегущих из нее горящих, как факелы, людей», «во вспышках салюта – сцены ночного боя», «от звука хлопушек и петард впадаю в бешенство», «на луч лазерной указки реагирую, как на свет прицела»). Эхомнезии сопровождаются повторным переживанием угрозы жизни, выраженными тревожно-вегетативными проявлениями, однако лишены обобщения и поэтому не идентичны воспоминаниям. Определенным своеобразием отличается и другой симптом ПТСР – «избегание обстоятельств, напоминающих либо ассоциирующихся со стрессом», которое, однако, обладает амбивалентными чертами. Так, многие ветераны: избегают смотреть репортажи из районов боевых действий, ходить возле новостроек или развалин, но, вместе с тем, часть из них считает свое боевое прошлое «лучшими годами жизни»; выбирают себе профессии, связанные с риском; мечтают вернуться в боевую обстановку и там чувствуют себя лучше, если такое происходит. Это не случайно, так как компенсация наступает в условиях, где был выработан механизм полноценной долговременной адаптации.

К специфическим особенностям «военных ПТСР», по мнению ряда исследователей [7, с. 208], можно также отнести значительную представленность в переживаниях пациентов «дисфункциональной вины» («за совершенное», «за то, что остался жив»), а также специфических расстройств памяти («дефициты краткосрочной памяти»). Последние характеризуются активным вытеснением из памяти событий, связанных с психотравмирующими обстоятельствами боевой обстановки. Кроме этого, комбатантам свойственен высокий уровень диссоциативных симптомов, а также нарастание (в случае хронизации расстройств) болезненных характерологических изменений. При этом, «военные ПТСР», в отличие от ПТСР «мирного времени» (при

катастрофах, стихийных бедствиях и т.д.), в большинстве своем менее благоприятны, являются более разрушительными по своим как социальным, профессиональным, межличностным, семейным, мировоззренческим, так и психическим (в том числе, психосоматическим) последствиям.

Современные особенности боевых ПТСР также описаны рядом авторов [7 с. 208]. Как считает Бенджамин Колодзин (1992), основатель и директор реабилитационного института «Олимпия» (США), феноменология посттравматического стресса у комбатантов включает в себя: сверхбдительность, преувеличенное реагирование, притупленность эмоций, агрессивность, нарушения памяти и концентрации внимания, депрессию, общую тревожность, приступы ярости, злоупотребление наркотическими и лекарственными веществами, непрошенные воспоминания, галлюцинаторные переживания, проблемы со сном, мысли о самоубийстве, «вину выжившего».

Сравнительная характеристика особенностей боевых стрессовых расстройств в сопоставлении с психогениями мирного времени представлена в таблице 1.7.4.

Таблица 1.7.4

Сравнительная характеристика различных вариантов связанных со стрессом расстройств (по Снедкову Е.В., 2012) [7, с. 208-209]

Факторы	**Боевые стрессовые расстройства**	**Психогении катастроф**	**Адаптационные расстройства мирного времени**
Характер стрессорного воздействия	Внезапное однократное экстремальное воздействие, вызывающее шок или тяжелый дистресс	Длительное выживание в жизнеопасной среде, ожидаемое многократное однородное воздействие	Оценка события как стрессового определяется индивидуальной личностной уязвимостью
Роль конституцио-нальных факторов	Чем совершеннее адаптация к боевой обстановке, тем выше риск дезадаптации в обычных условиях	Снижают порог возникновения, увеличивают риск хронизации	Определяют возникновение, клиническое оформление, обратимость или хронизацию
Связь во времени с действием психотравмы	Преобладание «запоздалой реактивности» вне жизнеопасной обстановки	Прямая или отставленная на несколько часов - дней	Чаще прямая
Первичное нарушение	Высвобождение витальной аффективности и автоматических механизмов	Аффектогенное сужение или диссоциация сознания	Неадекватность в системе отношений, антиципационная несостоятельность
Механизм формирования	Закрепление приспособительных	Внеличностное, инстинктивное	Интрапсихическая переработка,

Факторы	Боевые стрессовые расстройства	Психогении катастроф	Адаптационные расстройства мирного времени
	психобиологических изменений, истощение компенсаторных процессов	реагирование («биологическая защита»)	механизмы психологической защиты
Преобладающая симптоматика	Протрагированные формы с определенной однотипностью клинических проявлений	Острые малодифференцированные реакции, неспецифичные для того или иного типа личности	Сложные, многообразные картины, интимно связанные с индивидуальными особенностями
Особенности адаптационных механизмов	Длительный стресс, наряду с психологическим аспектом боевых условий вызывает адаптационную перестройку функциональных систем	Однократное экстремальное воздействие компенсируется за счет имеющихся резервов	Разнообразные аверсивные стимулы компенсируются за счет имеющихся резервов и личностной перестройки

Установлено, что клинические проявления реакций боевого стресса в значительной степени зависят от характера боевых действий, а рост числа и выраженности этих реакций напрямую связан с длительностью пребывания на театре военных действий и интенсивностью боёв. Чем дольше военнослужащие находятся в боевой обстановке, тем больше они предъявляют жалобы на состояние здоровья в виде ухудшения памяти, внимания и психомоторных навыков, нарастания слабости и утомляемости [1, с. 65].

В то же время, как указывает А.М. Резник [1. с. 89-90], основной причиной появления у ветеранов признаков когнитивного дефицита, является не само по себе ПТСР, а сопутствующая органическая психическая патология, которая может также облегчать возникновение стресс-индуцированных симптомов. Анализ психических расстройств у ветеранов локальных войн, госпитализированных в Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко, показал, что наиболее часто у них выявляются органические психические расстройства в связи с травмой головного мозга (36,3% всех ветеранов, проходивших стационарное лечение). В абсолютном большинстве случаев травмы головы были получены в боевой обстановке. В этой группе оказалась самой высокой доля ветеранов, принимавших участие в боях и получивших ранения.

А.М. Резник [1, с. 91] указывает, что черепно-мозговая травма является одним из существенных факторов возникновения и развития у ветеранов войн не только когнитивных нарушений, но и многих психопатологических нарушений пограничного регистра, в том числе, симптомов стрессовых расстройств.

П.В. Сакович [12, с. 45, 58-59] в 2022-2023 гг. обследовал 176 сотрудников Росгвардии с наличием и без наличия стресс-ассоциированных психических расстройств (93 – со стресс-ассоциированными психическими расстройствами: ПТСР и расстройствами адаптации), вернувшихся после пребывания в зоне боевых действий до 90 суток. ПТСР было выявлено у 45 чел. (25,6%), и клиническая картина его существенно различалась у разных военнослужащих. Отмечалось повторное переживание травмирующего события в виде навязчивых воспоминаний, кошмаров во время которых больные чувствовали, будто травматическое событие происходит заново. Комбатанты с ПТСР избегали мест, людей и деятельности, которые напоминали им о травме, испытывали эмоциональное онемение и отстраненность от других. Практически у всех респондентов наблюдались повышенная возбудимость, проблемы со сном, раздражительность, вспышки гнева, трудности с концентрацией и повышенная бдительность. Они испытывали чувство вины или стыда, страдали депрессией, отмечали негативные мысли о себе и своем взаимодействии с другими людьми, испытывали симптомы вегетативной нестабильности в форме сердцебиения, перепадов артериального давления, головных болей. Наиболее частым клиническим симптомом ПТСР у комбатантов была социофобия. Военнослужащие испытывали значительную тревогу и дискомфорт в различных социальных ситуациях. Из-за страха быть оцененными или неправильно понятыми пациенты старались избегать социальных мероприятий, встреч или даже повседневных социальных взаимодействий. В моменты социального взаимодействия у них могли проявляться физические симптомы, такие как потливость, дрожь, учащенное сердцебиение, головокружение или тошнота. Расстройства адаптации (F43.2) были диагностированы у 48 чел. (27,3% всех обследованных первоначально 176 военнослужащих с наличием и без наличия стресс-ассоциированных психических расстройств). При этом, кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.20), выявлена у 12 чел. (25,0% всех комбатантов, имеющих расстройство адаптации), смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (F43.22) – у 10 чел. (20,8%), расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций (F43.23) – у 12 чел. (25,0%), смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации (F43.25) – у 14 чел. (29,2%).

Клинические концепции «военных ПТСР» тесно переплетаются с социальными, юридическими, психологическими и нравственными аспектами проблемы возвращения ветеранов войн к мирной жизни. Неслучайным поэтому является отсутствие, несмотря на обилие исследовательских работ, окончательно сформированной концепции ПТСР, в том числе, и боевых [7, с. 208].

Степень психической адаптации ветеранов локальных войн к условиям мирной жизни, при ее индивидуальности, зависит от ряда общих медико-биологических и социально-психологических факторов, к которым, в

частности, относятся наличие или отсутствие признаков боевой хирургической и терапевтической патологии, личностные изменения, являющиеся следствием участия в боевых действиях, особенности социально-психологического «приема» комбатанта, условия семейного окружения и т.д. [7, с. 209-210]. С учетом постоянного роста многотысячного контингента ветеранов локальных войн, явно недостаточно разработанной системы их социальной и медико-психологической реабилитации, возможного использования боевого опыта в негативных целях и ряда особенностей социально-психологической характеристики современного общества, проблема психической адаптации ветеранов локальных войн приобретает важное социальное значение. Боевая обстановка и мирные условия настолько противоположны, что после выхода из зоны боевых действий на фоне этих изменений стрессогенной для комбатантов оказывается обычная жизнь. Перестройка психологических, нейрогуморальных и психофизиологических процессов, направленная на долгосрочное приспосабливание к экстремальным условиям, бесспорно, затрагивает не только глубинные эмоционально-аффективные слои психики, но и онтогенетически более поздние, а поэтому более ранимые когнитивно-идеаторные уровни, мировоззренческие установки, систему мотиваций, индивидуальные отношения, т.е., собственно структуру личности.

Послебоевые личностные изменения комбатантов играют существенную роль в процессе их адаптации к условиям мирной жизни. Многолетние исследования J.F. Borus [13, 14, 15, 16] позволили автору выделить по характеру реагирования три группы боевых ветеранов:

– «успешно преодолевающие» (у которых адекватно происходит внутреннее преобразование травмы);

– «импульсивные», «социопаты» («дисциплинарно дезадаптированные» ветераны);

– «эмоционально-нестабильные» (дезадаптированные, преимущественно в эмоционально-волевом плане).

Кроме того, описаны такие варианты (типы) характерологических и поведенческих изменений у «выживших» комбатантов, как «животный» (animal), «слизняк, тряпка, зануда» (wimp) и тип «двойной повязки» (double-bound) с растерянностью и невозможностью определить свое место в обществе.

По мнению S.M. Southwick et al. [17], большое количество комбатантов с ПТСР обнаруживают диффузные, стойкие и болезненные изменения в характере. Ими выделяются пограничные, обсессивно-компульсивные, «избегающие» и параноидные расстройства личности.

В целом, проблема личностных изменений у ветеранов войн рассматривается в контексте сложного взаимодействия трансформированной личности с крайне противоречивым социально-общественным отношением (в частности, в плане психологического понимания и принятия) к реальным жизненным проблемам выживших в войнах [7, с. 210]. В настоящее время общество в широком смысле не способно отделить войну от участвовавшего в ней солдата. Многие факторы, игравшие важную роль в прошлых мировых

войнах (коллективизм, воинский дух, вера в борьбу за правое дело, соответствующее идеологическое и организационное обеспечение войн и т.д.), в современных локальных войнах меняют свою значимость. По мнению W.E. Kelly (1985) [7, с. 210-211], самой распространенной и, вместе с тем, самой страшной по своим последствиям травмой при стрессе у вьетнамских ветеранов является неверие в то, что остальные (преимущественно не воевавшие) люди способны испытывать к ним чувство симпатии. Комбатант, которому присуще постоянное чувство «изгоя общества», живет как бы в двух реальностях – «там» и «здесь». В его переживаниях существует тончайшая мембрана, отделяющая настоящее от прошлого, и, в то же время, он находится «ни там», «ни здесь». Пережив боевую ситуацию, где главным законом было «убить или выжить», и в какой-то степени привыкнув к ней, ветеран по возвращении домой оказывается подчас не в состоянии реагировать естественным образом на обыденные ситуации в мирной жизни. Адаптация комбатантов происходит фрагментарно, по принципу мозаики, основанием которой должно являться формирование убеждения в необходимости продолжать жить в новой послевоенной реальности с постепенным закреплением таких личностных качеств, как доверие, отзывчивость, милосердие и т.п.

Личностные изменения у отечественных комбатантов (в частности, у «афганцев») описаны П.О. Лабунским (1996) [7, с. 211], который выделяет следующие группы лиц: агрессивно-активных, агрессивно-пассивных, «пассивно-нулевых» и «активных приспособленцев». К первой группе относятся люди, использующие для достижения своей цели насилие и агрессию, ко второй – невротики, подавляющие агрессию в себе, к третьей – комбатанты, решившие для себя забыть афганские события, и к четвертой – лица, добившиеся высокого общественного положения за счет афганских привилегий.

Е.В. Снедков [18], выделяя дефензивно-эпилептоидный тип личностных изменений у комбатантов, рассматривает их в качестве базы психопатологических проявлений боевой психической травмы. Составляющими компонентами этих (нажитых в боевой обстановке) характерологических деформаций являются своеобразие мировосприятия, подозрительность, ранимость, нарушение социальной коммуникации, повышенный риск возникновения агрессивных вспышек, сверхценных и бредовых образований. Боевые ветераны замкнуты и подозрительны, считают себя обманутыми и преданными обществом, не признают никаких авторитетов, проявляют склонность к агрессии и насилию, страдают от бессонницы и кошмаров, переживают чувство вины оставшегося в живых, ощущение внутренней измененности, беспомощности, униженности и перечеркнутого будущего. Они подчас неспособны забыть свой боевой опыт и наделить его смыслом. Внутренний покой обеспечивается созданием в душе «мертвого пространства», где воспоминания отрезаны от их эмоционального импульса. Ценой этого покоя является отчуждение, создающее препятствия к

установлению близких взаимоотношений, к способности любить и доверять. Отмечаются высокий уровень негативных аффектов, охлаждение к близким, грубость или, наоборот, детская зависимость; в семьях комбатантов высока частота разводов. Многие злоупотребляют наркотиками и алкоголем. Часто наблюдаются состояния депрессии или утраты контроля над импульсами. Констелляция психопатологических симптомов отрицательно сказывается на профессиональном и социальном функционировании комбатантов.

С.А. Колов и А.В. Остапенко [19] выявили, что у ветеранов боевых действий формируется целостный интегрированный комплекс устойчивых, синергично взаимосвязанных индивидуальных патологических качеств из параноидного, эмоционально-неустойчивого, импульсивного и пограничного подтипов, а также диссоциального личностного расстройства, причем, ядром этого формирования является дисфункциональное состояние гнева. Характер и величина указанных взаимоотношений являются специфическими для комбатантов.

Психологическая адаптация комбатантов в послевоенный период определяется во многом их физическим и психическим состоянием, динамикой индивидуально-личностных характеристик, обусловливающими приспособление к конкретным условиям, в которые вернулись участники боевых действий. С учетом этих факторов возможно выделение нескольких основных типов целостной поведенческой стратегии комбатантов в процессе послевоенной адаптации. Стратегия поведения комбатантов, проявляющаяся в особенностях преодоления жизненных трудностей (в том числе, и заболеваний), включает в себя систему типов личностного реагирования на болезнь и возникающую при этом социальную дезадаптацию, а также особенности внутренней картины болезни) [7, с. 212].

Выделяются следующие типы комбатантного поведения (Алексеева Д.А. и др., 1990) [7, с. 212-213]:

– активно-оборонительный тип стратегии поведения проявляется в адекватной самооценке тяжести заболевания или в тенденции к его игнорированию; комбатанты с такого рода стилем поведения характеризуются активным включением в работу, уходом от болезни в деятельность, сохранением активности при неудачах и выраженной личностной социально-адаптивной направленностью, что и определяет в целом достаточно устойчивую социально-психологическую адаптацию;

– пассивно-оборонительный тип стратегии поведения характеризуется как тревожной, депрессивной или ипохондрической переработкой личностью всей своей послевоенной жизни, так и восприятием какого-либо заболевания; психическая дезадаптация при данном типе носит интрапсихическую направленность, в основе которой лежат пессимизм, отступление перед жизненными трудностями и болезнью, ориентация на рентные установки, «выигрыш от болезни»;

– деструктивный тип поведения проявляется прежде всего в нарушении социального функционирования комбатантов, нарастании конфликтности,

неуживчивости, постоянной внутренней напряженности; такого рода лицам свойственны злоупотребление алкоголем, склонность к агрессивности и суицидальным попыткам; дезадаптация носит интерпсихическую направленность с тенденцией к противопоставлению себя обществу.

Рассматривая адаптацию в целом как единый адаптационный процесс, включающий в себя физиологический и психологический (в том числе, – и поведенческий) компоненты (Косенков Н.И., 1997) [7, с. 213], следует акцентировать внимание на ведущей роли последнего именно в процессах психической адаптации ветеранов локальных войн к мирным условиям жизни.

Подобные феномены в той или иной степени могут присутствовать в переживаниях комбатантов на донозологическом уровне, однако субъективно они не оцениваются как болезненные и, соответственно, не приводят к личностной декомпенсации или нарушениям социальной адаптации, а также обнаруживают различную динамику в послевоенном периоде жизни. В таких случаях правильнее говорить о своеобразных «аналогах-симптомах» в рамках психологически объяснимых постреактивных личностных изменений (психических состояниях комбатантов) в пределах нормы, обозначаемых как «комбатантная акцентуация личности» [20].

Под «комбатантной акцентуацией личности» понимается совокупность приобретенных в результате боевого опыта и ранее существовавших личностно-характерологических особенностей, динамика которых определяется спецификой боевых и мирных условий жизнедеятельности комбатантов, а проявления – различными вариантами взаимодействия нажитых (комбатантных) и изначальных характерологических черт [7, с. 213-214]. Факт верификации комбатантных акцентуаций позволяет рассматривать их в качестве своеобразного «фона» («почвы») для возможного возникновения клинически очерченных психических расстройств различной нозологической принадлежности. В клиническом понимании такого рода динамически-ситуативные акцентуации донозологического регистра обнаруживают, как и всякие акцентуации, характерное «место наименьшего сопротивления» в виде комплекса внутриличностных боевых переживаний, входящего в противоречие с реальными условиями возвращения в мирную жизнь. Комбатантная акцентуация является динамически-ситуативным субклиническим вариантом ПТСР, на фоне которого при неблагоприятных воздействиях может происходить дальнейшая психопатизация личности и развитие коморбидных психических расстройств. Будучи неоднородными по своей феноменологии, комбатантные акцентуации могут быть подразделены в зависимости от константного типа реагирования (по сути, – темперамента) на стенический, астенический и дисстенический варианты. По особенностям же социальной адаптации они могут быть разделены на конструктивные (функциональные, адаптивные) и деструктивные (дисфункциональные, дезадаптивные) разновидности в зависимости от особенностей взаимодействия социализирующей и конституционно-биологической составляющих структуры комбатантной акцентуации. В итоге, речь идет о трансформации самосознания

комбатантов, которое рассматривается в качестве интегральной характеристики личности и является наиболее значимым показателем социальной адаптации с учетом специфических особенностей стадий психосоциального развития личности (реально – стадий «ранней» и «средней зрелости» по Э. Эриксону (1996)) [7, с. 213-214].

В последующем концепция комбатантной акцентуации личности получила свое развитие в работах И.В. Шадриной и др. (2012) [7, с. 214], которые наметили переход от этой концепции к проблеме «органической комбатантной личности».

В отечественных военной психиатрии и психологии сегодня имеются основания для разработки теоретической базы социально-психологической реадаптации – специального организованного продолжительного периода психологических мероприятий, обеспечивающих переход психики начавших мирную жизнь участников боевых действий от военного к мирному режиму функционирования, постепенного, «щадящего» включения их в систему социальных отношений мирного времени.

По современным представлениям социально-психологическая реадаптация участников боевых действий включает [21]:

- специальный период жизнедеятельности воинских частей и подразделений, своеобразный «психологический карантин» («психологическая дезинфекция»);
- создание реадаптирующей среды вокруг ветеранов боевых действий в воинской части и семье военнослужащего;
- выявление ветеранов боевых действий, имеющих признаки хронического стресса, ПТСР, личностного кризиса и проведение с ними мероприятий психологической реабилитации.

«Психологический карантин» предполагает:

- когнитивно-смысловую переработку, структурирование травматического и субтравматического боевого опыта, отреагирование травматических ситуаций;
- удовлетворение специфических потребностей ветеранов, в частности, разбор боевых действий, в которых участвовали военнослужащие, по возможности положительную оценку вклада каждого из них в решение боевых задач;
- психологическую подготовку ветеранов к типовым психотравматогенным ситуациям мирной жизни;
- постепенный перевод психики с «военного» на «мирный» режим функционирования (изменение уровня бдительности, психического напряжения, психологической готовности, реактивности и т. д.);
- снижение боевого напряжения (вовлечение военнослужащих в динамичную, нескучную и несложную повседневную служебную деятельность);
- выявление военнослужащих, получивших боевые психические травмы и оказание им психологической помощи;

- постепенное, поэтапное вовлечение людей с «невоенизированной» психикой в контакты с проходящими реадаптацию ветеранами боевых действий.

Создание реадаптирующей среды предполагает:

- удовлетворение специфических потребностей ветеранов (достойную встречу участников боевых действий в местах постоянной дислокации их частей и подразделений, по месту их жительства; публичное признание социальной значимости их участия в боевых действиях, признание их нового, более высокого социального статуса; принятие их понимания специфических ценностей боевого братства, особенностей психических реакций и поведения ветеранов и др.);

- когнитивно-смысловую переработку травматической информации и отреагирование травматических ситуаций (например, путем вовлечения ветеранов боевых действий в активную общественную работу);

- создание системы социально-психологической поддержки ветерана (благоприятная психологическая атмосфера в семье, в коллективе; раннее выявление, быстрое и позитивное разрешение межличностных конфликтов с участием ветеранов; обеспечение возможностей для неслужебного общения и взаимодействия ветеранов);

- постепенное «стирание» социальной стратификации ветеранов по критерию участия их в боевых действиях.

Таким образом, в осуществлении социально-психологической реадаптации участников войны большое значение имеет работа с социумом, готовящимся к возвращению ветеранов к мирной жизни. Именно от его готовности и способности принять и ассимилировать людей с «обнаженной психикой» в значительной степени зависит, получат ли свое развитие психологические последствия участия в войне, например, в виде посттравматического стрессового расстройства.

Выявление ветеранов боевых действий, имеющих признаки хронического стресса, ПТСР, личностного кризиса и проведение с ними мероприятий психологической реабилитации начинаются с первой помощи комбатантам.

Национальный совет США по вопросам поведенческого здоровья указывает, что тридцать процентов действующих военнослужащих и резервистов США, развернутых в Ираке и Афганистане, имеют проблемы с психическим здоровьем, требующие лечения, – примерно 730 000 мужчин и женщин, многие из которых страдают от посттравматического стрессового расстройства и тяжелой депрессии. Согласно данным Администрации по делам ветеранов США, около 22 ветеранов ежедневно умирают в результате самоубийства [22]. В указанной связи, как ценный ресурс, который может изменить жизнь ветеранов, их семей и сообществ, в которых они живут, рассматривается первая помощь в области психического здоровья. В США первая помощь в области психического здоровья представляет собой программу, похожую на обычную первую помощь или сердечно-легочную реанимацию, разработанную для того, чтобы предоставить навыки помощи тем,

у кого развиваются проблемы с психическим здоровьем или тем, кто переживает кризис в области психического здоровья. Данная программа обучает пятишаговому плану действий ALGEE для поддержки лиц, у которых развиваются признаки и симптомы психического заболевания, или тех, кто находится в состоянии эмоционального кризиса:

- Оцените (**A**ssess) риск самоубийства или причинения вреда.
- Слушайте (**L**isten) без осуждения.
- Дайте (**G**ive) уверенность и информацию.
- Поощряйте (**E**ncourage) соответствующую профессиональную помощь.
- Поощряйте (**E**ncourage) самопомощь и другие стратегии поддержки.

Члены семьи и персонал, работающий с военными и их семьями, часто не знают, как взаимодействовать с ветеранами с психическими заболеваниями и зависимостями.

Помимо влияния военной службы на ветерана, у каждого есть круг семьи (супруг(-а), дети, родители, братья и сестры и т.д.) и друзья, на которых также повлияла их военная служба.

Ключевые компоненты первой помощи в области психического здоровья для ветеранов включают в себя:

- Обсуждение военных культуральных особенностей и их связи с темой психического здоровья.
- Обсуждение конкретных факторов риска, с которыми сталкиваются многие военнослужащие и их семьи, таких как психические и физические травмы, стресс, разлука и т.д.
- Применение плана действий ALGEE в ряде сценариев, разработанных специально для военнослужащих, их семей и тех, кто их поддерживает.
- Обзор общих ресурсов по психическому здоровью для военнослужащих, их семей и тех, кто их поддерживает.

Лица, прошедшие обучение по оказанию первой помощи в области психического здоровья, могут помочь:

- Разрушить стигму, связанную с психическими заболеваниями, такими как тревожность, депрессия, ПТСР, шизофрения, биполярное расстройство и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ.
- Протянуть руку тем, кто страдает молча, не желая обращаться за помощью.
- Дать ветеранам знать, что в их сообществе доступна поддержка.
- Предоставить информацию о ресурсах сообщества.
- Сделать психиатрическую помощь и лечение доступными для тысяч нуждающихся.

Согласно определению ВОЗ [23], первая психологическая помощь (ППП) – это совокупность мер общечеловеческой поддержки и практической помощи ближним, которые испытывают страдания и нужду.

ППП включает следующие аспекты:

- ненавязчивое оказание практической помощи и поддержки;
- оценка потребностей и проблем;

- оказание помощи в удовлетворении насущных нужд (например, таких как пища, вода, информация);

- умение выслушивать людей, но не принуждая их говорить;

- умение утешить и помочь человеку успокоиться;

- оказание помощи в получении информации, установлении связи с соответствующими службами и структурами социальной поддержки;

- защита от дальнейшего вреда.

Чем не является ППП:

- это не та помощь, которую могут оказывать только специалисты;

- это не профессиональная консультация;

- это не «психологический дебрифинг» в том смысле, что ППП не обязательно предполагает подробное обсуждение событий, которые вызвали состояние дистресса;

- это не просьба пострадавшему проанализировать то, что с ним произошло, и установить точную хронологию и суть событий;

- ППП подразумевает необходимость выслушивать людей, однако, не принуждая их рассказывать о своих чувствах и реакциях на событие.

ВОЗ [23] описывает психологический дебрифинг как содействие эмоциональной разрядке, для чего человека просят кратко, но последовательно перечислить свои ощущения, мысли и эмоциональные реакции, испытанные во время недавнего стрессового события. Такое вмешательство нежелательно. Данный тип дебрифинга следует отличать от оперативного дебрифинга работников гуманитарных служб, который применяют некоторые организации по завершении миссии или после выполнения задания.

ППП является альтернативой «психологическому дебрифингу», который признан неэффективным. В отличие от него, ППП включает в себя аспекты, которые считаются наиболее полезными для долгосрочного восстановления человека (о чем свидетельствуют данные различных исследований и общее мнение многочисленных гуманитарных работников) [24, 25].

Эти аспекты включают:

- формирование ощущения безопасности, связи с другими людьми, спокойствия и надежды;

- предоставление доступа к социальной, физической и эмоциональной поддержке;

- укрепление веры в возможность помочь себе и окружающим.

Оперативные принципы ППП:

СМОТРЕТЬ

- проверьте условия безопасности;

- выясните, есть ли вокруг люди, явно нуждающиеся в удовлетворении основных жизненных потребностей;

- проверьте, есть ли вокруг люди в состоянии тяжелого дистресса.

СЛУШАТЬ

- обратитесь к людям, которым, возможно, требуется поддержка;

- выясните, в чем они нуждаются и что их тревожит;

- выслушайте их и постарайтесь успокоить.

НАПРАВЛЯТЬ

- помогите людям удовлетворить основные потребности и получить необходимую поддержку;

- помогите пострадавшим эмоционально справиться с тяжелой ситуацией;

- предоставьте информацию;

- помогите связаться с близкими и со службой социальной поддержки.

В основе ответственного оказания помощи лежат четыре принципа:

1. Защищать безопасность, достоинство и права человека.

2. Адаптировать свои действия применительно к культурным традициям людей.

3. Быть в курсе других проводимых мер реагирования на чрезвычайную ситуацию.

4. Беречь себя.

Защищать безопасность, достоинство и права человека. Взяв на себя функцию помощи людям, переживающим трагическое событие, важно защищать безопасность и уважать достоинство и права людей, которым вы помогаете. Все работники и учреждения, участвующие в оказании гуманитарной помощи, в том числе ППП, должны соблюдать следующие принципы:

Таблица 1.7.5

Защищать…	
Безопасность	Избегайте действий, которые могут поставить людей под угрозу дальнейших травмирующих воздействий. Сделайте все, что в ваших силах для того, чтобы обеспечить безопасность взрослых и детей, которым вы помогаете, и защитить их от физической и психологической травмы.
Достоинство	Обращайтесь с людьми с уважением и в соответствии с их культурными и социальными нормами.
Права	Убедитесь в том, что помощь предоставляется справедливо, без дискриминации. Помогайте людям отстаивать свои права и получать положенную поддержку. Действуйте во благо каждого пострадавшего, которому помогаете.

Предлагаются следующие этические правила «нужно» и «нельзя», которые помогут избежать причинения людям дальнейшего вреда, предоставить им максимально возможную помощь и действовать им во благо.

Таблица 1.7.6

НУЖНО	НЕЛЬЗЯ
Быть честным и достойным доверия. Уважать право людей самим принимать решения. Осознать и отбросить собственные	Злоупотреблять своим положением человека, оказывающего помощь. Просить у людей деньги или услуги за оказание помощи.

предубеждения и предрассудки. Четко дать людям понять, что, даже если они откажутся от помощи сейчас, они могут обратиться за ней в будущем. Соблюдать конфиденциальность и не допускать необоснованного распространения полученных от человека личных сведений. Вести себя надлежащим образом с учетом особенностей культуры, возраста и пола пострадавших.	Давать ложные обещания или сообщать недостоверные сведения. Преувеличивать свои знания и навыки. Навязывать свою помощь, вести себя назойливо и бесцеремонно. Принуждать людей рассказывать вам о том, что с ними произошло. Распространять полученные сведения личного характера. Давать оценки поступкам и переживаниям людей.

Адаптировать свои действия применительно к культурным традициям людей. В кризисных ситуациях среди пострадавшего населения часто оказываются люди разных культурных традиций, включая меньшинства или другие группы, подвергающиеся риску маргинализации. Культура определяет, как мы относимся к людям, и что принято, а что не принято говорить и делать. Например, в некоторых культурах не принято делиться чувствами с кем-либо, кроме членов семьи, или женщинам позволено говорить только с женщинами, или необходимо одеваться определенным образом, покрывать голову и т.д. Не исключено, что вам придется работать с людьми, чьи происхождение и воспитание отличаются от вашего. Оказывая помощь, важно знать собственные культурные традиции и верования, чтобы можно было отбросить в сторону имеющиеся предубеждения. Оказывайте помощь наиболее подходящим и приемлемым образом для тех, кому помогаете.

Оказывая помощь в кризисной ситуации, при любой возможности старайтесь:

- следовать указаниям соответствующих органов, руководящих мерами по ликвидации кризисной ситуации;

- быть в курсе того, какие меры реагирования принимаются, и какие имеются ресурсы для оказания помощи нуждающимся;

- четко представлять себе свои функции и их границы.

Беречь себя. Ответственное оказание помощи также означает заботу о собственном здоровье и благополучии. Важно обратить особое внимание на собственное благополучие и быть уверенным, что вы физически и эмоционально в состоянии помочь другим. Берегите себя, чтобы лучше заботиться о других. Если вы работаете в команде, поинтересуйтесь и самочувствием своих товарищей.

Правильное общение при оказании ППП заключается в следующем. Люди, пережившие кризисное событие, могут находиться в подавленном состоянии, испытывать тревогу или смятение. Некоторые винят себя в том, что случилось. Сохраняя спокойствие и проявляя понимание, вы помогаете переживающим стресс людям ощутить себя в безопасности, почувствовать, что их защищают, понимают, уважают и заботятся о них должным образом. Люди, пережившие стрессовую ситуацию, возможно, захотят рассказать вам о том, что с ними произошло. Выслушать чей-то рассказ – это уже большая поддержка. Однако важно не принуждать людей рассказывать о пережитом.

Некоторые не хотят говорить о том, что произошло, или о своих личных обстоятельствах. При этом, для них может быть важно, чтобы вы просто побыли рядом, пусть и молча. Скажите им, что будете поблизости, на случай если они захотят поговорить, или предложите им практическую помощь, например, еду или стакан воды. Не говорите слишком много, дайте им побыть в тишине. Возможность немного помолчать даст человеку передышку и может подтолкнуть его поделиться с вами, если он того пожелает. Следите за своими словами и языком тела, в частности, мимикой, зрительным контактом, жестами, а также за тем, как вы сидите или стоите по отношению к другому человеку. Каждой культуре присущи собственные способы поведения, которые считаются подобающими и вежливыми. Говорите и ведите себя с учетом культурных особенностей человека, его возраста, пола, обычаев и религии. Самое главное, будьте самим собой, ведите себя естественно и будьте искренни, предлагая помощь и заботу. Помните о правилах общения, когда смотрите, слушаете и направляете, то есть, реализуете оперативные принципы оказания ППП. Ниже приведены рекомендации по поводу того, что нужно, а что нельзя говорить и делать.

Таблица 1.7.7

Правила общения в кризисной ситуации

НУЖНО ГОВОРИТЬ И ДЕЛАТЬ	НЕЛЬЗЯ ГОВОРИТЬ И ДЕЛАТЬ
Постарайтесь найти для разговора тихое место, где вас ничто не будет отвлекать. Уважайте конфиденциальность и по возможности не разглашайте сообщенные вам личные сведения. Будьте рядом с человеком, но соблюдайте необходимую дистанцию с учетом его возраста, пола и культуры. Покажите своим видом, что внимательно слушаете говорящего, например, кивая головой или произнося краткие подтверждающие реплики. Будьте терпеливы и спокойны. Предоставляйте фактическую информацию, если она у вас есть. Честно говорите, что знаете, а чего не знаете: «Я не знаю, но постараюсь для вас узнать». Предоставляйте информацию так, чтобы ее легко было понять, – простыми словами. Выражайте сопереживание, когда люди говорят вам о своих чувствах, понесенной утрате или важных событиях (потеря дома, смерть близкого человека и т.п.): «Какое несчастье! Я понимаю, как вам тяжело». Отметьте проявленные пострадавшим	Не принуждайте человека рассказывать, что с ним произошло. Не перебивайте и не торопите собеседника (например, не смотрите на часы и не говорите слишком быстро). Не прикасайтесь к человеку, если не уверены, принято ли это в его культурной среде. Не давайте оценок тому, что человек сделал или не сделал, или его эмоциям. Не говорите: «Вы не должны себя так чувствовать» или «Вы должны радоваться, что выжили». Не выдумывайте того, чего не знаете. Не используйте слишком специальные термины. Не давайте ложных обещаний или заверений. Не пересказывайте собеседнику личные рассказы, услышанные от других. Не говорите о своих собственных трудностях. Не думайте и не действуйте так, словно обязаны решить за другого все его проблемы. Не лишайте человека веры в собственные силы и в способность самому позаботиться о себе. Не говорите о людях, используя

НУЖНО ГОВОРИТЬ И ДЕЛАТЬ	НЕЛЬЗЯ ГОВОРИТЬ И ДЕЛАТЬ
усилия, направленные на самостоятельный выход из тяжелой ситуации. Дайте возможность помолчать.	отрицательные эпитеты (например, не называйте их «сумасшедшими» или «безумцами»).

Важно уметь слушать людей, чтобы понять положение, в которое они попали, и их потребности, чтобы помочь им успокоиться и оказать необходимую помощь. Когда вы беседуете с человеком, слушайте:

- глазами – демонстрируя пристальное внимание;
- ушами – чтобы действительно услышать, что именно тревожит человека;
- сердцем – с сопереживанием и уважением.

Спрашивая, в чем люди нуждаются, и что их тревожит:

- всегда уточняйте, что нужно людям, и какие у них проблемы;
- выясните, в чем они больше всего нуждаются в данный момент, и помогите разобраться, что для них является первоочередным.

Выслушивая и стараясь успокоить:

- будьте рядом;
- не принуждайте людей рассказывать о пережитом;
- внимательно выслушайте, если они все же пожелают поговорить о том, что произошло;
- если человек пережил сильный стресс, постарайтесь его успокоить и убедитесь, что он не будет находиться в одиночестве.

Помогите людям успокоиться. Люди, пережившие кризисное событие, иногда бывают сильно возбуждены или расстроены. Они в замешательстве, ошеломлены, и это порой проявляется такими физическими реакциями, как нервная дрожь, затрудненное дыхание или сильное сердцебиение. Ниже приведены некоторые приемы, помогающие людям в состоянии дистресса успокоиться мысленно и физически.

Ваш тон должен быть спокойным и мягким.

Если это не противоречит культуре, старайтесь во время разговора поддерживать зрительный контакт с человеком.

Скажите, что вы здесь, чтобы помочь. Если человек уже находится вне опасности, напомните ему об этом.

Если у пострадавшего возникает ощущение нереальности происходящего, оторванности от привычной обстановки, он почувствует себя лучше, восстановив контакт с окружающей средой и самообладание. Для этого:

- попросите его упереться ногами в пол;
- помогите ему похлопать пальцами или кистями рук по своим коленям;
- обратите его внимание на какие-либо нейтральные предметы окружающей обстановки, которые он может увидеть, услышать или потрогать; попросите его рассказать, что он видит и слышит;
- попросите его сосредоточиться на своем дыхании и дышать медленно.

Направляя, вы помогаете людям удовлетворить основные потребности и получить доступ к службам помощи. Хотя каждая кризисная ситуация уникальна, пострадавшие часто нуждаются в том, что перечислено ниже.

Частые потребности:

- насущные потребности, такие как жилье, пища, вода и санитарные удобства;
- медицинская помощь в случае травм или при хронических заболеваниях;
- ясная и достоверная информация о происшедшем, о близких людях и о доступных службах помощи;
- общение с близкими, друзьями и получение социальной поддержки;
- специальная поддержка, связанная с культурой и религией;
- возможность выражать свое мнение и участвовать в принятии важных решений.

Люди, пережившие травмирующее событие, нередко чувствуют себя незащищенными, отрезанными от мира или беспомощными. Их повседневная жизнь рушится, они больше не получают привычной поддержки или внезапно оказываются в стрессовых условиях. Направить людей туда, где им предоставят практическую помощь, – одна из основных целей ППП.

ППП – зачастую единовременное вмешательство, и вы можете находиться рядом с пострадавшими только короткое время. Для дальнейшего восстановления они должны применить собственное умение справляться с жизненной ситуацией. Помогите людям оказать помощь самим себе и восстановить контроль над ситуацией:

1. Помогите удовлетворить основные потребности и получить доступ к службам поддержки.

2. Помогите справиться с проблемами.

Людей, находящихся в состоянии дистресса, переполняют тревоги и страхи. Помогите им проанализировать свои насущные потребности, определить самые первоочередные и удовлетворить их. Например, попросите человека подумать о том, что ему нужно прямо сейчас, а что можно отложить на потом. Возможность решить хотя бы часть вопросов дает человеку чувство контроля над ситуацией и укрепляет его способность справиться с ситуацией.

Не забудьте:

- помочь людям вспомнить о тех, кто служит им опорой в жизни, например, друзьях или родственниках, которые способны помочь им в сложившейся ситуации;
- дать людям практические советы по удовлетворению их потребностей (например, объясните, как зарегистрироваться, чтобы получить продовольственную или материальную помощь);
- попросить человека вспомнить, как он справлялся с трудными ситуациями в прошлом, и убедить его, что он сумеет справиться и со сложившейся ситуацией;

- спросить, что помогает человеку чувствовать себя увереннее, и посоветовать ему использовать позитивные стратегии преодоления и избегать негативных.

Преодоление стресса. У каждого есть естественные способы справляться с трудностями. Советуйте людям использовать позитивные стратегии преодоления и избегать негативных. Это поможет им почувствовать себя сильнее и вновь обрести чувство контроля над ситуацией. Вам придется адаптировать следующие рекомендации с учетом культуры человека и того, что можно сделать в конкретной кризисной ситуации.

Таблица 1.7.8

Стратегии преодоления стресса

Применяйте позитивные меры преодоления	Отдыхайте в достаточной мере. По возможности регулярно ешьте и пейте. Общайтесь и проводите время с семьей и друзьями. Обсуждайте проблемы с теми, кому доверяете. Занимайтесь тем, что помогает вам расслабиться (гуляйте, пойте, молитесь, играйте с детьми). Занимайтесь посильной физической активностью. Найдите безопасные способы помочь другим в условиях кризиса и примите участие в коллективной деятельности.
Избегайте негативных способов преодоления	Не употребляйте алкоголь и другие психоактивные вещества, не курите. Не спите целыми днями. Не работайте все время без отдыха и релаксации. Не обособляйтесь от друзей и близких. Не пренебрегайте правилами личной гигиены. Не впадайте в гнев и не совершайте насилия.

Предоставьте информацию. Люди, пережившие кризисную ситуацию, хотят получить точную информацию:

- о случившемся;
- о своих близких или других пострадавших;
- о своей безопасности;
- о своих правах;
- о том, как можно получить помощь и самое необходимое.

Вам, вероятно, не удастся сразу же ответить на все вопросы, но по возможности постарайтесь сделать следующее:

- узнайте, где и когда можно получить достоверную информацию и последние новости;
- попытайтесь получить как можно больше информации, прежде чем предлагать людям помощь;
- старайтесь получать свежую информацию о ситуации на данный момент, сведения о вопросах безопасности, о предоставляемой помощи, а также о местонахождении и состоянии пропавших или раненых;
- убедитесь, что людям сообщают о том, что происходит, и о том, какие действия планируются;

- если на месте оказывается помощь (медицинская, по розыску родственников, предоставляется кров, раздаются продукты питания), убедитесь, что люди знают об этом и могут ее получить;

- сообщите людям, где они получат помощь, или непосредственно свяжите их с соответствующими службами.

Когда сообщаете пострадавшим сведения:

- укажите их источник и поясните, насколько он надежен;

- говорите только то, что знаете, – ничего не измышляйте и не давайте ложных заверений;

- используйте простые и точные формулировки и повторите информацию, чтобы убедиться, что люди слышали и поняли ее;

- старайтесь сообщать сведения группам пострадавших, так, чтобы озвученная информация была одинаковой для всех;

- сообщите людям, что будете держать их в курсе всех новостей, и объясните, где и когда будет даваться свежая информация.

Предоставляя информацию, помните о том, что, если вы или другие не смогут обеспечить ожидаемую помощь, то пострадавшие могут обратить на вас свой гнев и разочарование. В таких ситуациях старайтесь сохранять спокойствие и проявлять понимание.

Помогите связаться с близкими или со службой социальной поддержки. Как показывает опыт, люди, считающие, что им оказали хорошую социальную поддержку, после кризиса лучше справляются с трудностями, чем те, кто полагает, что им помогли недостаточно. Поэтому помогайте людям связаться с близкими и со службой социальной поддержки – это важная часть оказания первой психологической помощи:

- помогите пострадавшим связаться с друзьями и родственниками, которые могут их поддержать, например, дайте возможность позвонить по телефону;

- если из слов человека вам становится ясно, что ему могла бы помочь молитва, религиозный обряд или поддержка со стороны священнослужителей, помогите ему связаться с его духовным сообществом.

Завершение оказания помощи. Что происходит дальше? То, когда и как вы прекращаете предоставление помощи, будет зависеть от условий кризиса, от вашей роли и положения, а также нужд людей, которым вы помогаете. Полагайтесь на свою оценку ситуации, потребностей пострадавших и ваших собственных потребностей. При необходимости скажите людям, что уходите, а если кто-то другой будет помогать им с этого момента, постарайтесь познакомить их с новым человеком. Если вы направили пострадавшего к другим службам, объясните, чего следует ждать, и убедитесь, что у него есть необходимая информация для поддержания последующей связи. Вне зависимости от того, каков был ваш опыт общения с пострадавшим, попрощайтесь на положительной ноте, пожелав ему благополучия.

Некоторым пострадавшим может требоваться гораздо больше, чем только ППП. Вы должны знать пределы своих возможностей и прибегать к помощи

других, когда нужна медицинская или иная помощь. Люди, нуждающиеся в немедленной серьезной помощи:

- с тяжелыми, угрожающими жизни травмами, нуждающиеся в экстренной медицинской помощи;
- в расстроенном психическом состоянии, которое не позволяет им самостоятельно заботиться о себе или о своих детях;
- которые могут причинить вред себе;
- которые могут причинить вред другим.

Для первичного выявления ветеранов боевых действий, имеющих признаки ПТСР, целесообразно использование опросника на скрининг ПТСР (Trauma Screening Questionnaire) – краткого опросника, состоящего из 10 вопросов.

Для положительного ответа каждый из симптомов должен быть отмечен по крайней мере дважды на прошлой неделе.

Таблица 1.7.9

Текст опросника на скрининг ПТСР
(Trauma Screening Questionnaire)

Утверждения	ДА	НЕТ
1.Тяжелые мысли или воспоминания о событии приходили мне в голову против моей воли		
2. Мне снились тяжелые сны о том, что со мной случилось		
3. Я вдруг замечал(а), что действую и чувствую себя так, как будто бы ситуация повторяется снова		
4. Когда что-то напоминает мне об этом событии, я чувствую себя подавленным(-ой)		
5. Когда что-то напоминало мне о случившемся, я испытывал(а) неприятные физические ощущения (потливость, сбой дыхания, тошноту, учащение пульса и др.)		
6. У меня нарушен сон (трудности засыпания или частые пробуждения)		
7. Я чувствовал(а) постоянное раздражение и гнев		
8. Мне было сложно сосредоточиться		
9. Я стал(а) более осведомлён (-ой) о потенциальных опасностях для себя и других		
10. Я все время был(а) напряжен(а) и вздрагивал(а), если что-то внезапно пугало меня		

Инструкция к опроснику: Эта анкета связана с вашими личными реакциями на травматическое событие, которое случилось с вами. Ниже указаны некоторые реакции, которые иногда возникают у людей после травматического события. Пожалуйста, ответьте «Да», если вы испытывали следующие симптомы по крайней мере дважды на прошлой неделе.

Обработка и интерпретация результатов. Если балл, полученный по опроснику, равен или превышает 6, то испытуемого следует отнести к группе риска.

Данный опросник зарекомендовал себя как хороший краткий инструмент для выявления симптомов ПТСР. Однако для постановки диагноза или верификации симптомов результаты должны быть подтверждены с помощью клинического интервью и дополнительных тестовых методик.

Литература

1. Резник А.М. Боевые стрессовые расстройства (условия и механизмы развития, клинические проявления, подходы к оказанию психиатрической помощи, лечение): Учебное пособие. М.: МГУПП; 2022. 172 с.
2. West J.C., Warner Ch. H. Combat and operational stress control. In: F.G. O'Connor, E.B. Schoomaker, D.C. Smith (Eds.), Fundamentals of Military Medicine. Fort Sam Houston, TX: Borden Institute; 2019: 573-584.
3. Nash W.P. Combat/operational stress adaptations and injuries. In: C.R. Figley, W.P. Nash (Eds.), Combat Stress Injury: Theory, Research, and Management. New York, NY: Routledge; 2007: 70-102.
4. Mora F., Segovia G., Del Arco A., de Blas M., Garrido P. Stress, neurotransmitters, corticosterone and body-brain integration. Brain Res. 2012; 1476: 71-85. doi: 10.1016/j.brainres.2011.12.049
5. Nash W.P. US Marine Corps and Navy combat and operational stress continuum model: a tool for leaders. In: E.C. Ritchie (Ed.), Combat and Operational Behavioral Health. Fort Detrick, MD: Borden Institute; 2011: 107-119.
6. Караяни А.Г. Боевой стресс: проблемы определения и классификации. Вестник Московского университета МВД России. 2024; 1: С. 254-264.
7. Психиатрия войн и катастроф. Под ред. Шамрея В.К. СПб: СпецЛит; 2015. 431 с.
8. Litz B.T., Stein N., Delaney E., Lebowitz L., Nash W.P., Silva C., Maguen S. Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. Clin. Psychol. Rev. 2009; 29(8): 695-706. doi: 10.1016/j.cpr.2009.07.003
9. Линдауэр Р.Й.Л. , Карльер И.В.Е., Герсонс Б.П.Р. Нейробиология посттравматического стрессового расстройства. Социальная и клиническая психиатрия. 2003; 1: С. 146-150.
10. Василевский В.Г., Фастовцов Г.А. Формирование взглядов на проблему боевого посттравматического стрессового расстройства. Российский психиатрический журнал. 2005; 2: С. 7-10.
11. Василевский В.Г., Фастовцов Г.А. История вопроса и клинико-психопатологические особенности ПТСР у комбатантов. В кн.: Дмитриева Т.Б., ред. Посттравматическое стрессовое расстройство. М.: ГНЦ ССП им. В.П. Сербского; 2005: С. 32-53.
12. Сакович П.В. Персонализированная многоосевая диагностика риска формирования стресс-ассоциированных психических расстройств у комбатантов: дис. … канд.мед.наук. Архангельск; 2024. 111 с.
13. Borus J.F. Reentry. I. Adjustment issues facing the Vietnam returnee. Arch. Gen. Psychiatry. 1973; 28(4): 501-506. doi: 10.1001/archpsyc.1973.01750340041006
14. Borus J.F. Reentry. II. «Making it» back in States. Am. J. Psychiatry. 1973; 130(8): 850-854. doi: 10.1176/ajp.130.8.850
15. Borus J.F. Reentry. 3. Facilitating healthy readjustment in Vietnam veterans. Psychiatry. 1973; 36(4): 428-439. doi: 10.1080/00332747.1973.11023775
16. Borus J.F. The re-entry transition of the Vietnam veteran. In: N.L. Goldman, D.R. Seagal (Eds.), The social psychology of military service. Beverly Hills, CA: Sage Publications; 1976: 97-114.

17. Southwick S.M., Yehuda R., Giller E.L. Jr. Personality disorders in treatment-seeking combat veterans with posttraumatic stress disorder. Am. J. Psychiatry. 1993; 150(7): 1020-1023. doi: 10.1176/ajp.150.7.1020
18. Снедков Е.В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы): автореферат дис. ... докт.мед.наук. Санкт-Петербург; 1997. 50 с.
19. Колов С.А., Остапенко А.В. Агрессивное поведение участников боевых действий. Психическое здоровье. 2010; 3 (46): С. 25-31.
20. Лыткин В.М. Посттравматические стрессовые расстройства у ветеранов локальных войн. Война и психическое здоровье: юбилейная научная конференция, посвященная 90-летию со дня рождения профессора Ф.И. Иванова). 26 февраля 2002. СПб.; 2002: С. 45-52.
21. Караяни А.Г., Караяни Ю.М. Психологические последствия войны и социально-психологическая реадаптация участников боевых действий. Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2014; 7(40): С. 59-66.
22. Mental health first aid: military members, veterans, and their families. URL: https://www.mhcgm.org/wp-content/uploads/2017/12/Mental-Health-First-Aid-Veterans.pdf (дата обращения: 17.08.2025).
23. World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International. Psychological first aid: Guide for field workers. Geneva: WHO; 2014. 61. URL: https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205 (дата обращения: 17.08.2025).
24. Hobfoll S., Watson P., Bell C., Bryant R., Brymer M., Friedman M. et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. Psychiatry. 2007; 70 (4): 283-315.
25. Bisson J.I., Lewis C. Systematic Review of Psychological First Aid. Commissioned by the World Health Organization; 2009. URL: https://www.researchgate.net/publication/265069490_Systematic_Review_of_Psychological_First_Aid (дата обращения: 17.08.2025).

ТИТИЕВСКИЙ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького», e-mail: sergeytitievsky@mail.ru

КРАВЧУК АЛЛА ВЛАДИМИРОВНА, врач-психотерапевт ГБУ ДНР «Республиканская клиническая психиатрическая больница – психотерапевтический центр» МЗ ДНР, г. Донецк, РФ, e-mail: kravchuk.alla.dn@mail.ru

ГЛАВА 2
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЬИ И ДЕТЕЙ В ПЕРИОД ПРОЖИВАНИЯ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА: ПОИСК ЭФФЕКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

2.1. Психологическая архитектоника реинтеграции послевоенного российского общества

А. Г. Караяни

Организованное психологическое возвращение участников специальной военной операции (СВО) в мирную жизнь является задачей поистине исторического масштаба, от качества решения которой будет зависеть целостность и благополучие нашего общества, будущее России. Оно выступает ядром процессов реинтеграции и консолидации нашего общества.

Необходимость в реинтеграции современного российского общества, по нашему мнению, обусловлена следующими обстоятельствами.

Во-первых, одновременной мощной интеграцией патриотически настроенных сил общества и дезинтеграцией его отдельных групп под воздействием СВО [1]; выделением наряду со «сторонниками СВО», ряда социальных групп, нейтрально или отрицательно направленных по отношению к ее целям, задачам и методам проведение («ритуалисты», «несогласные», «релоканты», «противники», «враги») [2].

Во-вторых, психологическими изменениями (трансформациями), произошедшими с участниками СВО, членами их семей, всеми членами общества, их ценностями, установками, мотивами, позициями, социально-психическими статусами, возрастным статусом, состояние здоровья и т.д.).

В-третьих, осуществлением противником целенаправленных деструктивных информационно-психологических акций, нацеленных на дезинтеграцию нашего общества.

Актуальность и социальная значимость проблемы психологической реинтеграции состоит в том, что перед российским обществом остро встают задачи:

1. Защитить возвращающихся из зоны боевых действий воинов в жёсткий и бескомпромиссный мирный социум.

2. Смягчить прямолинейность, бесхитростность и «агрессивную справедливость» ветеранов боевых действий в процесс их социального взаимодействия.

3. Не допустить выпадения большого количества молодых людей (волонтеров, организаторов «народного ВПК», рабочих военных заводов и т.д. из созидательной социальной жизни и рождения нового «потерянного поколения».

4. Помочь семьям ветеранов, служебным, трудовым, учебным коллективам стать эффективными институтами реинтеграции общества.

5. Не допустить раскола российского общества под напором негативного информационно-психологического воздействия (особенно, по линии «участник-не участник»). Воссоединить общество и направить его на решение эпохальных задач мирного восстановления и развития.

Реинтеграция послевоенного общества понимается нами как объединение общественных групп, социальных институтов и слоев общества, на новых принципах и ценностях, обновление и воссоздание мирного общества [2].

Архитектонику интеграции мы рассматриваем как гармоничную систему взаимной увязки и гармонизации взаимодействия всех составляющих элементов интеграционного процесса.

Сама постановка такой беспрецедентной задачи, как интеграция общества, искреннее стремление обеспечить бережное отношение общества к своим вооруженным защитникам, членам их семей, гражданам, пострадавшим от войны, отражает высокий уровень нравственной зрелости, цивилизованности и исторической состоятельности нашего общества.

Вместе с тем масштаб и высокое социальное звучание стоящей перед нами задачи обусловливают огромную ответственность, которая ложится на государство, общество, профессиональные сообщества, всех граждан за ее безусловное и качественное решение.

Нам, психологам, сопровождая процесс возвращения воинов в мирную жизнь, необходимо обеспечить единство их социально-психологической реадаптации, ресоциализации и психологической реабилитации, которые обеспечат послевоенную реинтеграцию нашего общества.

Из прошлого военного опыта мы знаем, что психологическое и телесное возвращение воинов в мирную жизнь могут не совпадать во времени. Для того, чтобы выживать в обстановке повседневной смертельной опасности, неопределенности, напряженности, жестокого насилия все существо воина перестраивается под требования войны, «военизируется» (рис. 2.1.1). Меняется его мозг, гормональный статус, привычки, ценности. Нередко вернувшись телесно в мирный социум, психологически воины еще долго остаются на войне и продолжают вести ожесточенные сражения в своих сердцах и душах. Социально-психологическая реадаптация призвана обеспечить синхронизацию этих процессов, снять боевое напряжение у воинов, перевести психику с военного на мирный режим функционирования. Это означает, что процессы, обеспечивающие приспособление воина к боевой остановке, должны «раскрутиться» в обратном направлении и обеспечить его реадаптацию к условиям мирной жизнедеятельности [2 – 12].



Рис. 2.1.1. Процессы адаптации к боевой обстановке и реадаптации к мирным условиям жизни

Усваивая нормы и правила боевого сообщества, участник боевых действий обретает новую идентичность – идентичность бойца, члена боевого коллектива. Это позволяет эффективно сообща действовать в бою, но мешает жить в мирном обществе, порождает специфические ресоциализационные проблемы и кризисы. Так, лучший снайпер или оператор БПЛА на войне будет тяжело возвращаться в статус разносчика пиццы в мирной жизни. Воин, привыкший зарабатывать сотни тысяч рублей в месяц будет тяжело переживать снижение своего финансового статуса. Участник боевых действий, живший на войне в коллективе единомышленников, с трудом будет входить в сообщество людей, выражающих разные мнения, оценки, в том числе относительно СВО. Некоторым из них будет сложно вернуться к социальным ролям мужа, отца, сына, студента, офисного работника и т.д.

Поэтому задачи ресоциализации участников СВО будут стоять чрезвычайно остро.

Наконец, под воздействием многочисленных стрессовых и психотравматических воздействий боевой обстановки у военнослужащего могут утрачиваться или нарушаться некоторые психические функции, его боевой статус, я-концепция. Особенно это касается ветеранов с ранениями, ампутациями, психологическими проблемами [7; 9; 10; 11]. Для их восстановления требуется психологическая реабилитация.

Мониторинг сегодняшней реадаптационно-реабилитационной практики и прогнозирование ее изменения с окончанием СВО позволяет констатировать, что вся эта деятельность должна осуществляться на основе единой программы, предусматривающей семь взаимосвязанных областей приложения усилий: 1) организованное психологическое возвращение, реабилитация и ресоциализация участников СВО; 2) формирование реадаптационной среды в семьях,

коллективах, в обществе в целом; 3) информационное обеспечение процессов реинтеграции общества; 4) создание и отладка работы специальных государственных органов по координации деятельности всех субъектов реинтеграции российского общества, 5) создание инфраструктуры комплексной реабилитации участников СВО и членов их семей; 6) разработка нормативно-правового обеспечения реадаптационно-реабилитационной деятельности; 7) создание системы методической поддержки всех участников реабилитационного процесса (рис.2.1.2).



Рис. 2.1.2. Программы реинтеграции российского общества

При организации социально-психологической реадаптации нам необходимо обратить внимание на то, что практически все ведущие военные государства при возвращении своих военнослужащих с войны, обеспечивают их постепенный, поэтапный выход из боевой обстановки, организацию периода так называемой «трехместной декомпрессии», нацеленный на снижение их боевого напряжения, угасание боевых рефлексов, психологическую подготовку к вхождению в мирный социум, мягкую интеграцию с семьей и обществом [2; 3; 4; 5] (рис. 2.1.3).

В ходе реадаптационно-реабилитационной работы необходимо учитывать широкое разнообразие психологических последствий участия военнослужащих в боевых действиях, на основе тщательного скрининга выделять группы ветеранов СВО: испытывающих посттравматический рост; сохраняющих устойчивость; переживающих кризис реадаптации и ресоциализации; «застрявших» на войне»; страдающих посттравматическим стрессовым и другими расстройствами [2].

Мы должны понимать, что абсолютное большинство ветеранов боевых действий составят не психотравматики, а психически здоровые, переживающие естественный процесс реадаптации люди с широким спектром проблем,

проявлением (и порой очень ярким) отдельных симптомов, иногда отягощенных алкогольной, наркотической и девиантной симптоматикой.



Рис. 2.1.3. Постепенное психологической возвращение участников боевых действий. Этап декомпрессии в третьем месте (шлюзования, транзита, психологического карантина)

Важно понимать, что работа с каждой группой ветеранов боевых действий требуется осуществление разных стратегий вспомоществования: излечения ветеранов, страдающих ПТСР; психологической поддержки лиц, переживающих кризис реадаптации; маршрутизации активности и энергии лиц, испытывающих травматический рост. Особенного бережного отношения требует группа раненых и травмированных ветеранов, нуждающихся в медико-психологической реабилитации, протезировании, средствах мобильности (рис. 2.1.4).

Сегодня уже абсолютно ясно, что стоящие перед нами задачи можно решить лишь при условии, если семьи ветеранов боевых действий, трудовые и учебные коллективы, общественные организации и профессиональные сообщества превратятся в действенные институты социально-психологической реадаптации и ресоциализации, образующие вокруг ветеранов СВО целостную реадаптационную, поддерживающую среду.

Главной миссией такой среды следует рассматривать создание необходимых условий для удовлетворения обостренных потребностей ветеранов из потребностного комплекса «4П», то есть потребность в общественном понимании, признании, принятии и всесторонней поддержки [2].

Если эти потребности удовлетворяются, ветераны боевых действий чувствуют себя в безопасной, комфортной среде, у них включаются мощные внутренние ресурсы реадаптации, они готовы к активному социальному функционированию. Если же их потребности игнорируются, ветераны, ощущая безразличие социума, могут проявлять пассивность, самоизолироваться,

уходить в девиации и криминал, пополнять ряды психотравматиков или задуматься о необходимости перестройки социума на принципах военной справедливости.

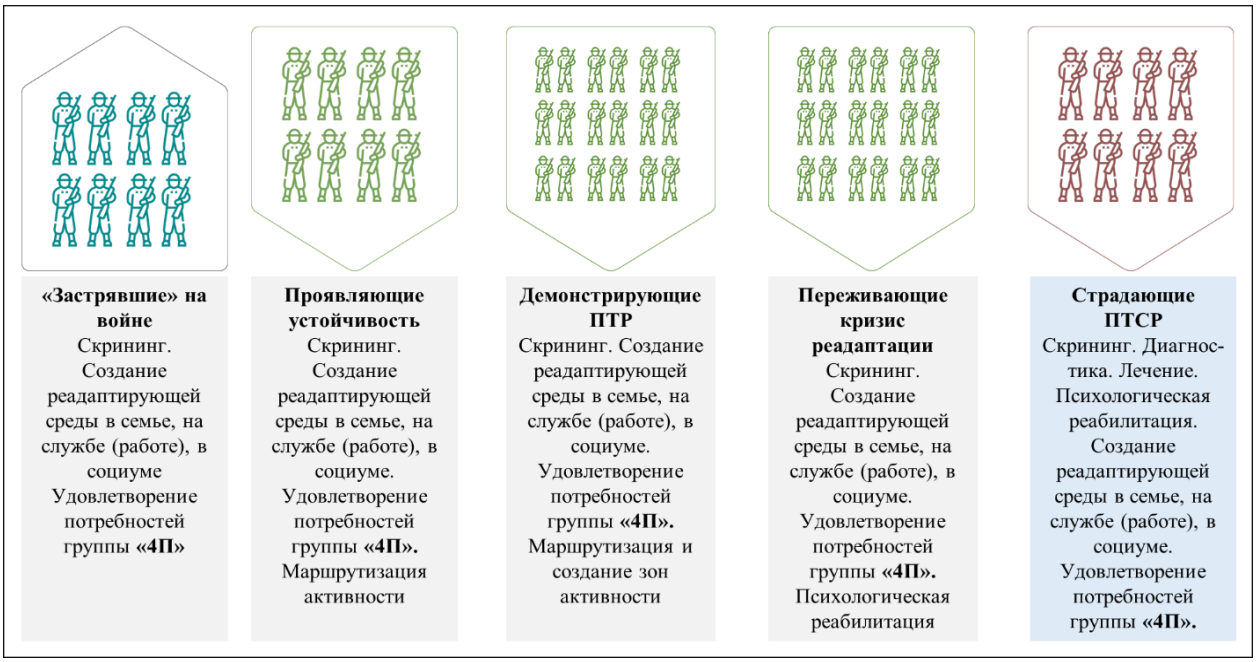


Рис.2.1.4. Стратегии психологической помощи различным категориям ветеранов боевых действий

Ясно, что масштаб и социальная значимость решаемой задачи требует создания в России целостной реадаптационно-реабилитационной инфраструктуры. Без нее все наши план и программы – беспочвенные грёзы. Представляется, что все существующие в этой области действительно полезные ресурсы, независимо от их принадлежности, должны подвергнуться тщательной инвентаризации, учету, поддержке и включению в общее дело.

Инфраструктуру комплексной реабилитации участников СВО и членов их семей должны составить расположенные на иерархических уровнях государственные (федеральные, региональные, муниципальные) и частные реабилитационные организации, прошедшие аккредитацию и действующие в рамках единой реабилитационной программы.

Сегодня на местах проявляется заметная инициатива. Создаются различные реабилитационные и реадаптационные центры, клубы, группы. Большинство из них искренне нацелены на оказание психологической, социальной, правовой помощи ветеранам СВО, членам их семей, гражданам, пострадавшим от войны. Нужно не гасить эту инициативу, а всячески поощрять ее. Конечно, для этого нужно оперативно развивать нормативно-правовую базу для всех видов вспомоществующей деятельности, обеспечить правовые основы для эффективного взаимодействия медицинских, социальных, психологических, образовательных и иных структур в реадаптационно-реабилитационном процессе.

Не менее важно объединить усилия всех профессиональных сообществ для разработки системы методической поддержки всех участников реабилитационного процесса: медицинских и социальных работников, психологов, педагогов, ветеранов боевых действий, членов их семей, волонтеров. Наши наработки в этой области уже включены в этот процесс [2—13].

При этом полезным может оказаться критически переосмысленный зарубежный опыт решения подобных задач [3; 4; 5; 7; 8].

Не обойтись нам и без единой цифровой реабилитационной платформы.

Задачи, которые встают перед нами, действительно грандиозные, новые, чрезвычайно сложные. Вместе с тем, они дают нам всем шанс приобщиться к делу действительно исторического масштаба, состояться как настоящим профессионалам, быть вместе со своим народом на сложнейшем этапе его общей судьбы.

Президент Российской Федерации В.В. Путин подчеркивает, что «консолидированная воля миллионов людей – это колоссальная сила, свидетельство нашей общей твердой уверенности, что судьбу России мы будем определять сами и только сами - ради сегодняшних и будущих поколений» [14].

Хотелось бы, чтобы психологи тщательно осмыслили все стороны процесса возвращения участников СВО, встраивания их в мирную жизнь и превращение в главную социально-преобразующую силу, актив, способный объединить вокруг в себя все здоровые силы нашего общества и повести их на послевоенное строительство нашей страны.

Литература

1. Гаврилов А. В., Львов С. В., Минченко Е. Н., Стулова Е. В., Федоров В. В. Четыре России: опыт эмпирической проверки экспертной модели сегментации политических аудиторий в контексте СВО. Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2025. № 2. С. 212–242. doi.org/10.14515/monitoring.2025.2.2775.
2. Караяни А.Г. Хронотоп войны как методическая оптика для анализа поколения специальной военной операции. Российский военно-психологический журнал. 2024. № 4 (6). С. 53-64.
3. Караяни А.Г. Американский опыт психологической реинтеграции семей военнослужащих после военных конфликтов. В сборнике: Психология посттравматического стресса: методология, теория, практика. Материалы конференции. Москва, 2025. С. 131-136.
4. Караяни А.Г. Израильский опыт организации психологической реадаптации и реабилитации участников боевых действий. Человеческий капитал. 2025. № 3 (195). С. 55-62.
5. Караяни А.Г. Психологическая реинтеграция семей участников боевых действий: зарубежный опыт. В сборнике: Перспективы отраслевого взаимодействия в комплексной реабилитации. Материалы VI Международной научно-практической конференции . Орёл, 2024. С. 167-172.
6. Караяни А.Г. Роль и место социально-психологической реадаптации в психологическом вспомоществовании участникам боевых действий. В сборнике: Ананьевские чтения – 2023. Человек в современном мире: потенциалы и перспективы

психологии развития. Материалы международной научной конференции. Москва, 2023. С. 330.
7. Караяни А.Г., Караяни Ю.М. О психологической реабилитации ветеранов боевых действий: взгляд через призму опыта боевых действий за Нагорный Карабах. В сборнике: Экстремальная психология в экстремальном мире. Материалы II Международного научного Форума. Под редакцией В.М. Позднякова, В.И. Екимовой, А.В. Кокурина, А.В. Сечко. Москва, 2022. С. 102-108.
8. Караяни А.Г., Караяни Ю.М. Зарубежный опыт психологического возвращения участников боевых действий в мирную жизнь. Юридическая психология. 2019. № 1. С. 28-35.
9. Караяни А.Г., Караяни Ю.М. Практико-ориентированная модель социально-психологической реабилитации инвалидов боевых действий. Инвалиды и общество. 2018. № 2 (28). С. 37-45.
10. Караяни А.Г., Караяни Ю. М. Социально-психологическая реабилитация инвалидов боевых действий. Инвалиды и общество. 2014. № 1. С.26-30.
11. Караяни А.Г., Караяни Ю.М. Психологические последствия войны и социально-психологическая реадаптация участников боевых действий. Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2014. Т. 7. № 4. С. 59-66.
12. Караяни А.Г., Волобуева Ю.М., Дубяга В.Ф. Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий: монография. М., 2007.
13. Психологическая реабилитация участников боевых действий /Под. ред. А.Г. Караяни и М.С. Полянского. М., 2003.
14. Россия будет сама определять свою судьбу, заявил Путин https://ria.ru/20240507/rossiya-1944358160.html (дата обращения: 23.07.2025).

КАРАЯНИ АЛЕКСАНДР ГРИГОРЬЕВИЧ, доктор психологических наук, профессор, профессор кафедры Военной ордена Жукова академии войск национальной гвардии РФ, профессор Санкт-Петербургской академии Следственного комитета РФ, член-корреспондент РАО, Заслуженный деятель науки РФ, Почетный работник образования, Лауреат государственной премии им. Г.К. Жукова, e-mail: karayani@mail.ru

2.2 Особенности построения жизненных перспектив молодежи в период проживания военного конфликта

И. Ф. Муханова

Исследования жизненного пути и жизненных перспектив в отечественной и зарубежной психологии ведутся давно, однако не утрачивают своей актуальности и сегодня. В условиях изменяющегося мира проблема формирования жизненных перспектив представляется особо значимой. В сознании и мироощущении современного человека возникают изменения, связанные с прогнозированием и построением жизненных планов, осмысленного отношения к своей жизни, по-новому осуществления организации своей жизнедеятельности, принятий решений, и др. Поэтому возникает необходимость в глубоком и всестороннем анализе понятия «жизненная перспектива».

Очевидно, что социальные, политические и экономические изменения, а также военный конфликт на Донбассе повлияли на восприятие людьми жизни и своего места в ней. Для подрастающего поколения, чьё самосознание, система норм и ценностей формируется в новых условиях, заданных социумом, проблема восприятия ими своего жизненного пути особенно актуальна, поскольку перед юношами и девушками возникает проблема самосознания, в первую очередь профессионального, а также самоопределения в личной жизни. Именно в юношеском возрасте личность впервые учится влиять на перспективу собственной жизни, формировать ее. В этот возрастной период происходит интенсивная работа по формированию мировоззрения и выработки собственной философии [17, с. 234–238]. Поэтому целесообразно изучать особенности жизненного пути именно молодежи, так как молодой человек остается вечно ищущим, знающим, что он ищет.

В 20-30-х годах XX века в развитии психологии произошел разворот к исследованию социально-культурного содержания психики, к изучению личности в контексте широкой социальной жизнедеятельности (В. Вундт, Э. Дюркгейм, Л. С. Выготский). Подобные исследования жизненного пути начались лишь в XX веке возможно потому, что войны и катастрофы этого столетия неоднократно приводили к гибели миллионов людей и угрожали уничтожению всего человечества и его цивилизации. Это обострило необходимость осознания ценности жизни как таковой, а вместе с тем привело к необходимости выявления подлинной сущности жизни. Поэтому на современном этапе для психологических исследований все более актуальной является проблема влияния жизненных перспектив человека на организацию его жизнедеятельности. В связи с этим, усилия ученых направляются на глубокое и всестороннее исследование феномена жизненных перспектив личности, разработку методологического аппарата, психодиагностических методик, усовершенствования методик оказания помощи, формирование индивидуальных жизнетворческих процессов у личности, понимание

взаимосвязи соотношения прошлого, настоящего, будущего и их роли в субъективной картине жизненного пути и т.д.

На наш взгляд, эффективным способом изучения развития личности является осмысление уникальности ее жизненного пути, в основе периодизации которого могут пролегать конкретные жизненные (биографические) события, в которых социальные явления и психофизиологические процессы переживаются самой личностью. По мнению сторонников событийно-биографического подхода (Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова, Н. А. Логинова, Е. И. Головаха, А. А. Кроник, В. И. Слободчиков, Е. И. Исаев и др.), то, как воспринимается, интерпретируется и переживается событие человеком, определяет психологическую судьбу личности.

В круг проблематики психологии жизненного пути личности входит проблема жизненных перспектив. На основе теоретического анализа понятие «жизненная перспектива» определяется нами как системное представление личности о будущем, включающее в структуру когнитивный (система жизненных целей и планов), эмоционально-ценностный (переживание отношения к будущему, система ценностных ориентаций), деятельностный (решения и поступки) и др. компоненты.

Цель исследования – теоретический анализ российских, украинских и зарубежных подходов к изучению жизненного пути личности, а также эмпирическое исследование жизненного прогнозирования, позволяющее раскрыть перспективы жизненного пути молодежи, их потребностей и ожидания от будущего в период военных действий.

В исследовании использовались интерпретационно-аналитический метод, метод теоретического обобщения, с помощью которых осуществлялись изучение и анализ зарубежных и отечественных трудов по проблеме, а также биографические метолы, анкетирование, математическая обработка результатов исследования.

Теоретические предпосылки и обзор исследований. Проанализировав значительный объем литературы, посвященной проблеме жизненных перспектив, мы собрали немало определений данного понятия. Каждый ученый вкладывает в понятие то или иное индивидуальное содержание в зависимости от своей научной концепции. Поэтому единого подхода к определению жизненной перспективы личности на данный момент не существует и, в связи с этим возникает необходимость дальнейшего осмысления содержания и структурных компонентов, параметров этого феномена в теоретико-практическом аспектах. Однако возможно выделить ряд центральных составляющих данного концепта: *субъективность и мотивация* (К. А. Абульханова-Славская, А. Адлер, Б. Г. Ананьев, А. Маслоу, С. Л. Рубинштейн), *пространственно-временной континуум* (Т. Н. Березина, Б. В. Зейгарник), *наличие цели* (П. К. Анохин П. Я. Гальперин). Таким образом, ученые в жизненной перспективе выделяют не только само восприятие пространственно-временного аспекта, но и субъективно-эмоциональный компонент.

Перспектива (заимствовано из лат. perspicere – ясно видеть, видеть насквозь, «искусство» видеть, что впереди) – это взгляд вдаль, виды, планы на будущее. Жизненная перспектива – это реальный потенциал, возможности личности, базирующиеся на прошлом опыте, являются объективно имеющимися в настоящем и должны проявиться в будущем. Перспектива жизни – система ценностей и целей, реализация которых позволяет человеку сделать его жизнь наиболее эффективной.

К. К. Платонов определяет понятие «жизненная перспектива» как «образ желанной и осознаваемой как возможной своей будущей жизни при условии достижения определенных целей». Однако перспектива – это не всегда желаемое, но нередко – ожидаемое с тревогой и опасениями. Такие события, как, например, неудачи и утраты, вряд ли целесообразно планировать, однако их вполне можно ожидать, готовясь к предотвращению негативных последствий. Поэтому жизненную перспективу следует рассматривать как целостную картину будущего в сложной и противоречивой взаимосвязи программируемых и ожидаемых событий. Если человек ожидает утраты и неудачи, и при этом в арсенале программируемых событий не находит того, что могло бы предотвратить или преодолеть последствия ожидаемых потерь, его жизненная перспектива утрачивает положительную регулятивную функцию и может дезорганизовывать поведение [14].

По мнению Е. И. Головахи, жизненная перспектива определяется как «целостная картина будущего в сложной противоречивой взаимосвязи программируемых и ожидаемых событий, с которыми человека связывает социальная ценность и индивидуальный смысл собственной жизни» [5, с. 268]. Структурными компонентами жизненной перспективы ученый выделил: жизненные цели, жизненные планы, ценностные ориентации.

К. А. Абульханова-Славская предлагает различать «психологическую, личностную и жизненную перспективы как три различных явления». По ее мнению, психологическая (временная) перспектива – это «способность человека сознательно, мысленно предвидеть будущее, прогнозировать его, представлять себя в будущем. Личностная перспектива включает не только способность человека предвидеть будущее, но и готовность к нему в настоящем, установка на будущее (готовность к трудностям в будущем, к неопределенности и т.д.). Жизненная перспектива предполагает совокупность обстоятельств и условий жизни, которые создают для человека возможность оптимального жизненного продвижения. Чаще всего жизненная перспектива открывается тому, кто сам в настоящем создал систему оптимальных (т. е. имеющих множество возможностей) жизненных отношений, систему опор, которые обладают всевозрастающей ценностью» [1, с. 144]. Совокупность таких отношений, по К. А. Абульхановой-Славской, называется жизненной позицией, которая целостным образом определяет будущее личности.

А. Н. Леонтьев писал: «расширение действительности для человека происходит не только в направлении прошлого, но и в направлении будущего. Как и прошлое, будущее составляет наличное в личности. Открывшаяся

человеку жизненная перспектива есть не просто продукт «опережающего отражения», а его достояние. В этом сила и правда того, что писал А. С. Макаренко о воспитательном значении ближних и дальних перспектив. То же и для взрослых. Вот какую притчу я однажды услышал на Урале от старика конюха: когда лошадь на трудной дороге начинает спотыкаться, то нужно не нахлестывать ее, а поднять ей голову повыше, чтобы дальше видела перед собой» [9, с.107].

И. А. Ральникова определяет «жизненную перспективу» как многомерный образ будущего и предлагает рассматривать ее в контексте теории психологических систем [15].

Согласно обзору теоретико-методологических исследований, *одним из направлений* исследований жизненных перспектив является рассмотрение этого феномена как *субъективного параметра времени*. Основное внимание здесь уделяется исследованию феномена психологического времени личности, разработке категорий, понятий, концепций времени, изучению пространственно-временного измерения жизненного мира личности, его строения и содержания, отношение к психологическому времени как историческому и экзистенциальному феномену и др. (К. А. Абульханова-Славская, Б. Г. Ананьев, Л. И. Божович, Ш. Бюлер, Е. И. Головаха, К. Левин, Ф. Зимбардо, Р. Кастенбаум, В. И. Ковалев, Т. Коттле, А. А. Кроник, Л. Ю. Кублицкене, Н. А. Логинова, Н. Ф. Маслова, В. И. Мудрик, Ж. Нюттен, А. Б. Орлов, А. И. Осипов, Л. В. Сохань, В. И. Страхов, Н. Н. Толстых, Л. Франк, В. Э. Чудновский, Г. С. Шляхтин, Д и др.).

Следующим важным *теоретико-методологическим направлением* исследования «жизненной перспективы» личности и ее содержательной части является рассмотрение этого феномена в контексте *изучение субъективной картины жизненного пути* (С. Л. Рубинштейн, Б. Г. Ананьев, К. А. Абульханова-Славская, А. Н. Леонтьев, Л. И. Анцыферова, Н. А. Логинова, В. И. Ковалев, И. С. Кон, А. А. Кроник и др.). Предметом психологии жизненного пути являются психологические феномены, механизмы и закономерности осуществления личностью собственной жизни.

Жизненный путь для С. Л. Рубинштейна – не сумма жизненных событий, отдельных действий, продуктов творчества [16]. Жизненный путь – это целостное, непрерывное явление; каждый человек, по мнению С. Л. Рубинштейна, имеет свою собственную историю и даже становится личностью именно потому, что имеет свою жизненную историю. Для Рубинштейна важно не просто выделить возрастные этапы, а учесть, как каждый этап подготавливает последующий и влияет на него. По его мнению, каждый этап играет важную роль в жизненном пути, но не определяет его с фатальной неизбежностью. Центральная проблема личной жизни – сможет ли личность стать субъектом собственной жизни. Личность как субъект жизни – это идея об индивидуально-активном человеке, строящем условия жизни и свое отношение к ней.

И. С. Кон писал: «Жизненный путь личности, как и история человечества, с одной стороны – естественно-исторический, закономерный процесс, а с другой – уникальная драма, каждая сцена которой – результат сцепления множества индивидуально-неповторимых характеров и жизненных событий» [8, с. 65].

В структуре жизненного пути Б. Г. Ананьев выделяет события, обстоятельства, социальную среду, собственную среду развития, индивидуальный образ жизни и др. [2]. Жизненный путь человека, по определению Б. Г. Ананьева, представляет собой историю формирования и развития личности в определенном обществе, современника определенной эпохи и сверстника определенного поколения. В этом смысле жизненный путь личности – это история социализации личности, последовательного включения человека в различные системы социальных отношений в конкретное историческое время. Поэтому наряду с факторами прямого, межличностного взаимодействия жизненный путь личности обусловлен всей совокупностью общественных отношений-экономических, политических, правовых и др. [3].

Изучение жизненного пути человека как личности и субъекта деятельности целесообразно осуществлять именно на основе биографического метода, так как биографический метод есть исследование самого бытия личности. Б. Г. Ананьев, определяя суть биографического метода, указывал на его специфический предмет – жизненный путь [2].

«Биографический метод – собирание и анализ данных о жизненном пути человека как личности и субъекта деятельности (анализ человеческой документации, свидетельств современников, продуктов деятельности самого человека и т.д.)» [2, с. 310]. Биографический метод оперирует данными об объективных событиях и субъективных переживаниях личности в разных жизненных обстоятельствах, на основе чего позволяет делать умозаключения о характере, самосознании, жизненной направленности, таланте и жизненном опыте личности.

Н. А. Логинова, развивая идеи Б. Г. Ананьева, основное внимание сосредоточила на разработке биографического метода. Кроме того, в сфере ее интересов относительно жизненного пути оказалась проблема события в психологии. Событие, вообще, является основной единицей любого исторического процесса, в том числе и биографии человека. Автор утверждает, что «понимание сущности события во многом определяет понимание природы самого жизненного пути в целом» [10]. Она определяет три группы событий в жизни человека: события среды, события-поведения человека в окружающей среде (поступки), события внутренней жизни, или события-впечатления.

К событиям среды, при которых перемена обстоятельств, происходит не по воле и инициативе человека, можно отнести, например, различные исторические события. Одни и те же события исторического времени могут иметь разную степень значимости для человека, выступать или не выступать в качестве поворотных моментов жизни. Человек может иметь разную степень включенности в историческое время. События внутренней жизни составляют

«духовную биографию личности». События поведения представляют собой поступки человека; существуют такие классы поступков, как гражданские, трудовые, коммуникативные и др. Поступок-событие не только служит достижению конкретной цели, но и открывает новую жизненную перспективу.

По мнению Л. Ф. Бурлачука и Е. Ю. Коржовой, биографический подход позволяет осмыслять жизненные ситуации, сопровождающие человека на протяжении всего жизненного пути, и изучения обыденных для нее стратегий подбора и избегания социальных ситуаций [4].

В нашем исследовании раскрывались психобиографические образования личности – психические феномены, в которых отражается и посредством которых регулируется реальный жизненный путь. Это жизненная перспектива, жизненные планы и программы, жизненные цели и задачи, психологическое время и психологический возраст личности, субъективная картина жизненного пути, жизненная мудрость и, наконец, смысл жизни. Закономерности возникновения, развития и преобразования, а также механизмы функционирования психобиографических образований личности – все это сфера компетенции психологии жизненного пути. Взаимодействие личности с собственной жизнью, психические структуры и процессы, опосредствующие это взаимодействие – вот исконно психологический аспект многосторонней проблемы жизненного пути [6, с. 3].

Исследование жизненных перспектив предполагает разработку методического инструментария. Ключевым моментом нашей работы является изучение событий, как структурных элементов модуса будущего в контексте осмысления жизненных перспектив человека. В ходе нашего исследования мы использовали «Каузометрию» и футурологический опрос – основные биографические методы, диагностирующие целостную субъективную картину жизненного пути, включающую в себя как прошлые, так и будущие, ожидаемые и запланированные человеком события, перспективы жизненного пути личности, планы, потребности и ожидания от будущего [8; 13]. Вместе с тем, была использована авторская анкета [11], включающая 20 вопросов, ответы на которые раскрывают особенности психоэмоционального состояния молодежи в период боевых действий, ценностных ориентаций и образа будущего. То есть эти показатели позволяют изучить структурные и динамические компоненты процесса планирования жизненного пути индивида.

Эмпирическое исследование проводилось в период проведения специальной военной операции России по защите жителей ЛНР и ДНР в апреле 2022 г. Исследование со студентами ДонГМУ им. М. Горького проводилось в онлайн (рассылка анкеты, каузометрического и футурологического опросов). Онлайн-диагностика проводилась в связи с организованным дистанционным обучением в период ежедневных, массивных артиллерийских обстрелов в регионе и высокой степенью опасности для жизни. В нем приняло участие 549 студентов 1 курса (n=172 юношей и n=377 девушек в возрасте 17-19 лет) из разных городов Донецкой Народной Республики (г. Горловка, Донецк, Дебальцево, Енакиево, Зугрэс, Макеевка, Харцызск, Шахтёрск, Ясиноватая).

Результаты и обсуждение. Для изучения психоэмоционального состояния, ценностных ориентаций, выстраивания жизненного пути молодежью в период боевых действий, была разработана и использована авторская анкета, включающая 20 вопросов [11].

По ее результатам, выяснилось, что 68% студентов издалека или рядом видели и слышали взрывы, обстрелы, прятались в убежищах, но раненых и убитых не видели; 29% студентов непосредственно видели и слышали обстрелы, взрывы, видели разрушения, раненых и убитых жителей; 3% эвакуировались в российские города. Таким образом, большинство молодежи (97%), остались со своими семьями на Донбассе, не выехали другие города и страны, где нет войны. Этот факт говорит о сформированности позитивных установок студенческой молодежи на собственную этническую общность через отношение к месту проживания, русскому языку, культуре, традициям региона. 48% студентов утверждают, что они стали еще большими патриотами своей родины.

На поведение 61% студенческой молодежи мысли о войне по-разному влияют; на 22% – постоянно влияют и лишь на 17% студентов мысли о войне не влияют. Это свидетельствует о том, что у большинства студентов наблюдается нестабильное поведение в данный период жизни, сложность в управлении им.

Результаты опроса позволяют сделать вывод о том, что, проживая реальные события своего времени, связанные с неопределенностью, ограничениями, высокой степенью риска для жизни, студенты испытывают определенные проблемы (рис. 2.2.1).

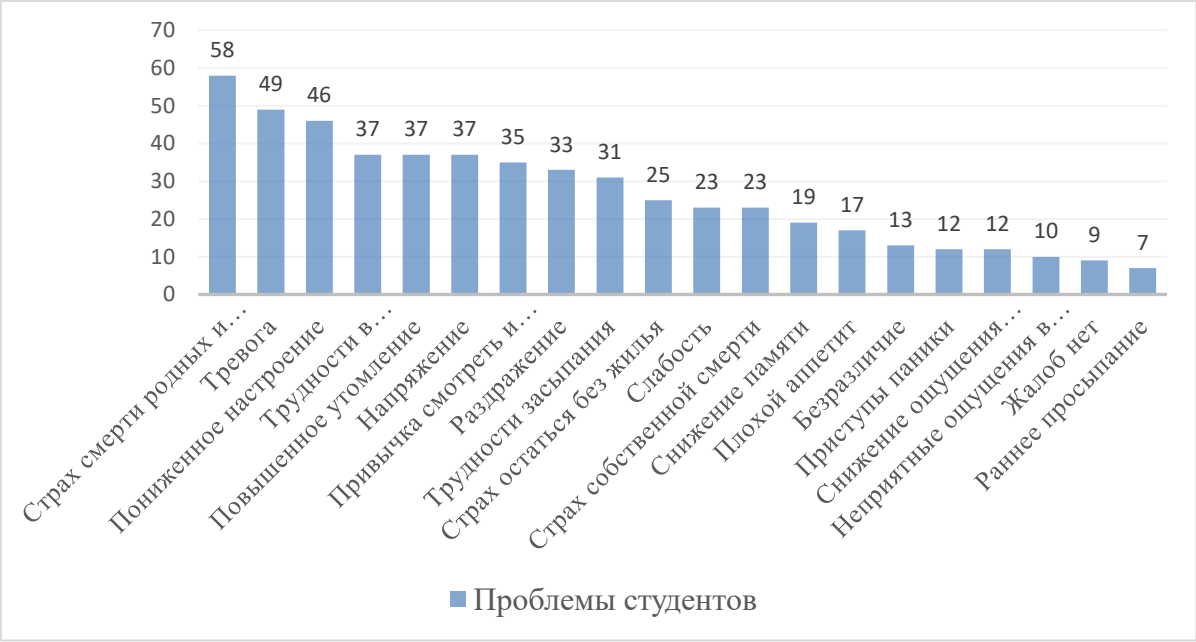


Рис. 2.2.1. Основные проблемы студентов в период боевых действий, %

У большинства студентов (58%) обоснованный страх смерти родных и близких, в связи с военной ситуацией половина испытуемых чувствуют тревогу (49%) и пониженное настроение (46%).

Вполне объяснимы появившиеся у меньшего количества студентов – будущих медиков трудности в концентрации внимания (37%), повышенное утомление (37%), напряжение (37%), привычка смотреть и читать информацию о боевых действиях (35%), раздражение (33%), трудности засыпания (31%), страх остаться без жилья (25%), страх собственной смерти (23%), слабость (23%), снижение памяти (19%), плохой аппетит (17%), приступы паники (12%), снижение ощущения удовольствия (12%), неприятные ощущения в теле (10%), раннее просыпание (7%).

Выделяется и маленький процент студентов (9%), которые не выделили свои жалобы, что может свидетельствовать о таких индивидуально-психологических особенностях, как закрытость, инфантильность и, возможно, психологических защитах – вытеснение и подавления переживаний, скорее «заморозки» чувств, а не их проживания.

Таким образом, данные об основной проблематике студенческой молодежи в период боевых действий указывает на существенные проблемы в психоэмоциональных состояниях (страхи, тревоги), менее существенные – в психосоматических состояниях (слабость, утомление, ощущения в теле, паника), незначительные – физиологического характера (сон, аппетит).

Более детальный анализ особенностей влияния боевых действий на студентов показывает, что 39% молодежи начинают больше ценить жизнь; 30% ощущают, что жизнь проходит мимо; 27% отмечают, что в этот период нет планов, живут текущим моментом; 25% студентов указывают на то, что не хватает уверенности в завтрашнем дне; у 21% теряется интерес к жизни; 15% считают, что все становится бесполезным, однако 18% студентов охотно берутся за новые идеи и планы, а 9% могут сделать еще больше дел. Таким образом, у одних отмечается тенденция к ценности и дальнейшему планированию жизни, у других – неуверенность в завтрашнем дне, потери интереса к жизни и, в связи с этим бесполезностью её планировать.

Для большинства студентов (85%) значимой опорой во время сложного периода их жизни служат близкие люди и семья, для 50% – друзья, для 48% – вера в будущее. Для меньшего количества студентов опорным является забота о ком-то, значимость своего участия в жизни другого (29%); занятия учебной деятельностью (24%), повседневная деятельность (23%), поставленные раннее цели и планы (20%), занятия творчеством (18%), воспоминания о прошлом (13%), примеры других людей (4%). Подобную тенденцию можно объяснить тем, что значительная часть юношей и девушек выражает позитивную установку на общепринятую социальную норму – родительскую семью, что указывает на высокую степень защищенности в семье, а также на важность межличностных отношений.

Изучение ценностных ориентаций студенческой молодежи в военный период жизни показал иерархию базовых ценностей (рис.2.2.2).

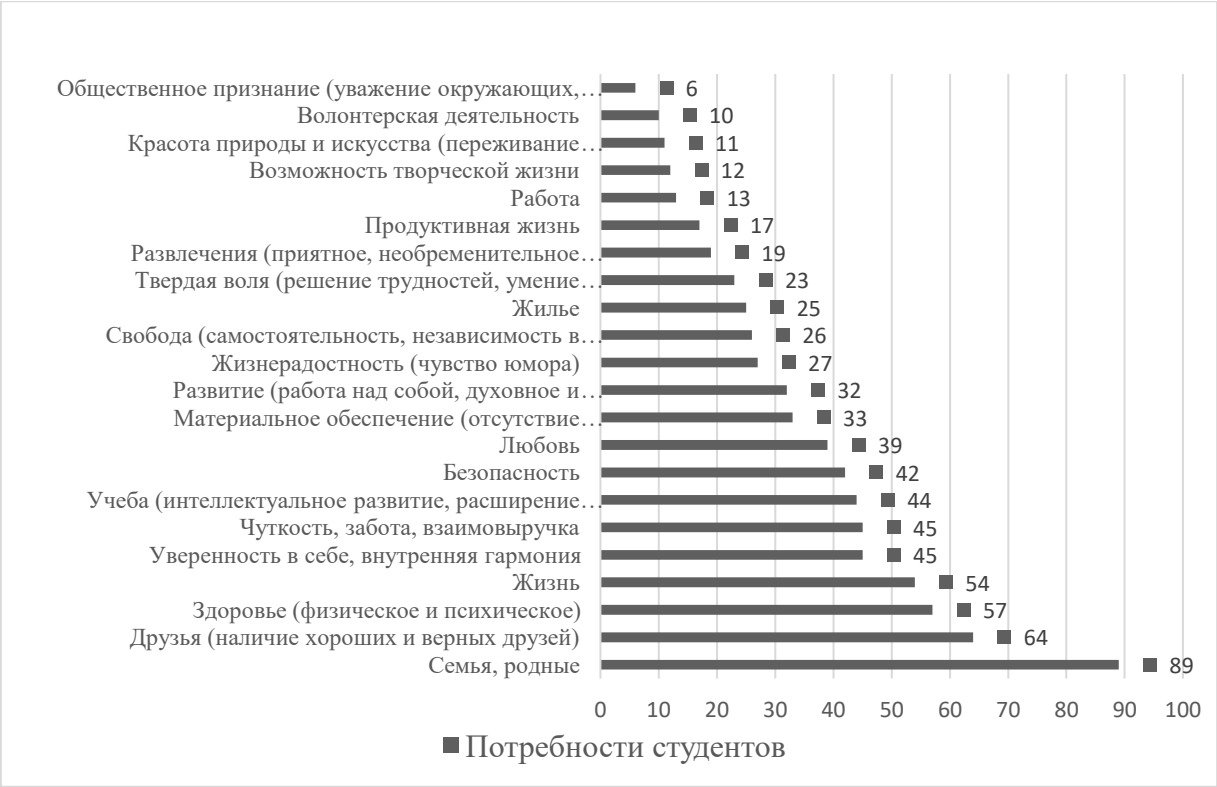


Рис. 2.2.2. Иерархия ценностных ориентаций студентов в период боевых действий, %

Для большинства студентов базовыми ценностями в этот период являются: семья и родные (89%), друзья, наличие хороших и верных друзей (64%), психическое и физическое здоровье (57%), жизнь (54%).

Использование в исследовании биографических методов позволило изучить динамические компоненты (перспективы жизненного пути личности, планы, потребности и ожидания от будущего) процесса планирования жизненного пути современной молодежи.

Как показывают наши исследования, студенты в возрасте 18-19 лет планируют свою жизнь в основном на 3-5 дней (30%), на месяц (19%), на несколько недель (14%), на года (13%). Реже десятилетие (5%) и 19% студентов считают планирование жизни – пустой тратой времени.

Тот факт, что современная молодежь в основном планирует свою жизнь на микроинтервалы, приводит нас к мысли о построении ими короткой временной перспективы, на которую могут влиять разные социально-политические, в частности, военные события, которых не ожидали студенты в своей жизни. Можно предположить, что у современной молодежи наблюдается тенденция к меньшему потенциалу раскрытия своих возможностей. Ведь ранние исследования Я. В. Васильевой, В. Н. Карандышевой, Н. Н. Толстых, указывают на то, что чем дальше в будущее вынесены цели, намерения, ожидания личности, тем большую целенаправленность, целеустремленность, устойчивость и последовательность они придают деятельности и чем дальше во времени намечаются цели, тем больше потенциал раскрытия человеческих

возможностей. Еще Н. Н. Толстых указывал, что «возникновение глубокой временной перспективы – важный момент развития индивидуальности» [13].

Но, с другой стороны, подобная тенденция планировать свою жизнь на короткое время, делает возможным более реалистичное планирование молодежью своего будущего, когда человек может разделять реальность и фантазию, концентрировать усилия на том, что имеет реальные основания для реализации поставленных целей в будущем.

Проанализировав представления студентов, касающиеся процентного выражения зависимости осуществления жизненных планов от самого человека, мы выяснили, что в большинстве случаев молодежь считает, что осуществление жизненных планов зависит от человека на 70-80% (48%), в меньшей степени на 90-100% (у 25%), на 50% (у 15%). Минимально выражены суждения, что осуществления жизненных планов зависит от человека на 50-60% (у 8%), на 30-40% (у 3%) и на 10-20% (у 1%). Это свидетельствует об уже сформированной ответственности респондентов за собственную жизнь и реалистичность во время прогнозирования жизненных событий, достижения намеченных целей. Хотя фактор внешних обстоятельств, случая, возможностей 78% студентов не исключают, исходя из пережитого опыта.

В период военных действий у студенческой молодежи может происходить модификация прежде сложившегося образа будущего, что оказывает влияние на разные сферы их жизни.

Событиями, мешающими планированию жизненных перспектив, студенты называют: война (77%), болезни (52%), семейные обстоятельства (36%), экономические (28%), низкая мотивация достижения (24%), внутренняя политика (18%), слабость характера и низкая воля (19%), экология (2%) и другое (1%).

Распределение жизненных планов студентов, касающихся будущего места проживания, показало преобладание планов остаться дома (80%), а также в меньшем количестве уехать за границу (14%), переехать в другой город еще меньше (5%) и в другую область (1%). Эти данные еще раз подтверждают ценность своего этнического окружения, развития определенности молодежи относительно своего будущего. Вместе с тем у студентов также прослеживается тенденция к формированию и развитию чувства реальности, адекватности, объективности, в частности, относительно собственных тактических и стратегических жизненных перспектив.

Наше исследование показывает, что студенты, несмотря на изменяющиеся условия жизни, планируют свою жизнь достаточно активно по разным сферам: работа и карьера (80%), семья (71%), материальный достаток: заработать больше денег, купить машину и жилье (72%), учёба (64%), здоровье (54%), путешествия (47%), спорт (40%). А чем насыщеннее временная перспектива событиями, планами и надеждами, тем интенсивнее, содержательнее жизнь человека. И наоборот, чем меньше надежд, планов на будущее и реальных событий на временном горизонте, тем беднее и бессодержательнее его жизнь.

Следует также отметить оптимистичное ожидание относительно будущих жизненных планов через 10 лет. Все опрошенные студенты способны планировать свою жизнь, что свидетельствует о положительном образе своего будущего и развитой способности молодежи действовать в настоящем в свете предвидения событий относительно далекого будущего.

Что касается отношения современной молодежи к прошлому, настоящему и будущему, были сделаны выводы о том, что 58% ценят все, что было в прошлом, 19% многое изменили бы в прошлом, если бы могли; 14% считают, что его не вернуть и не думают о нем; очень низкий процент (2%) обесценивают прошлое и 3% равнодушны к нему. Большинство (78%) студентов считают, что настоящее – это короткий ценный отрезок времени, который нужно проживать. Данное понимание временной перспективы может исходить из интерпретации ее как способности молодежи действовать в настоящем в свете предвидения событий относительно далекого будущего и осознанном проживании здесь и сейчас. Очень маленькое количество испытуемых (13%) не задумываются о настоящем и лишь 5% называют самое разное («настоящее – отрезок длиною в жизнь», «вызывает грусть и плохие мысли»), а 4% считают, настоящее не имеет значения, оно быстро проходит. Большинство (64%) устремлены в будущее, оно интересно, ждут его, 18% боятся и тревожатся будущего, мысли о будущем пугают, 13% равнодушны к будущему, лишь 5% не планируют будущее.

Таким образом, у студенческой молодежи наблюдается тенденция к ценности настоящего, которое нужно проживать, устремленностью в будущее и значимостью прошлого опыта, что служит основанием осмысленности своего жизненного пути.

В процессе нашей исследовательской работы мы обратили внимание на то, что студенты, несмотря на устремленность в будущее, хотели бы ещё глубже понимать свои жизненные ресурсы, знать, как выстраивать жизнь, что нужно менять в себе, научиться максимально быстро стабилизировать свое психоэмоциональное состояние в сложных ситуациях. В оказании психологической помощи студенческой молодежи в построении жизненных перспектив и укреплении своих ресурсов, как показывает наш опыт, достаточно продуктивной является работа с помощью кататимно-имагинативной психотерапии (символдрама), создания субъективно нового – конструирования события, направленного в будущее через использование мотивов символдрамы.

Мотивы символдрамы – это определённые образы, которые предлагаются для визуализации в рамках метода [12]. Каждый мотив имеет своё символическое значение и направлен на работу с определёнными аспектами психики. Следует отметить, что имагинации проводились по требованиям работы с ПТСР: с открытыми глазами, без релаксации, сидя, с проговариванием, что будет происходить (т.к. много неопределенности в жизни молодежи), объяснением цели, и обязательно перед имагинацией заземлить тело и почувствовать опору. Также важно было разрешение участников,

абсолютная добровольность, при которой студент берет на себя часть ответственности за изменения.

Для улучшения психоэмоционального состояния и восстановления ресурсов студенческой молодежи использовались стабилизирующие мотивы:

- Мотив «Безопасное/защищенное место»: представить любое безопасное, защищенное место, где хорошо и спокойно; описать увиденное, звуки, запахи, чувства; можно добавить в это место предметы, существ или людей, которые важны для вас и усиливают чувство безопасности и комфорта; может быть, это ваша любимая книга, уютное кресло, ваш питомец или любящий человек.

- Мотив «Сундук»: представить любой сундук, который рисует воображение или какой когда-нибудь видели; где он находится, описать это место; сложить туда все страхи, тревоги, бессилие и сделать с ними все, что хочется.

- «Цветок»: представить любой цветок, у которого все есть, чтобы хорошо себя чувствовать, для хорошего роста и развития; описать, какой он по размеру, цвету, запаху; где расположен, в каком ландшафте.

- «Внутренний сопровождающий помощник»: представить любого внутреннего «помощника», это может быть абстрактный образ или конкретный персонаж; какой у него вид, как ведет себя, что говорит; попробовать вступить в диалог с этим внутренним «помощником»; задать ему вопросы, попросить совета, представить сцену, в которой внутренний помощник взаимодействует с вами, оказывая поддержку и помощь; выразить благодарность за поддержку.

- «Крепость» (формирование внутреннего ощущения безопасности, восстановление внутренних границ личности): представить место и крепость, в которой абсолютно безопасно, в ней есть всё необходимое для защиты; можно усилить защиту этой крепости, побыть в ней, пока не захочется выйти и осмотреть окрестности; пригласить в гости близких и друзей; сделать то, что хочется, чтобы усилить максимально защиту этой крепости.

Для развития жизненных перспектив использовались следующие мотивы символдрамы:

- «Двери»: представить луг и где-то там есть дверь, любая дверь, описать, из какого материала, цвета и т.д.; что там может быть (в новое пространство); хочется открыть?
- «Машина времени»: представить машину времени, как она выглядит; нажать на кнопку, куда переместились в будущее, какое оно; что изменится в будущем, как на вас это действует, что хочется?
- «Мост»: представить построение моста и переход из одного состояния в другое, от сомнений и внутренней борьбы до надежд и осуществления желаний, от прошлого или настоящего к будущему; важно по этому мосту пройти.
- «Дерево жизненных ресурсов»: представить сильное, мощное, наполненное ресурсами и смыслами дерево; обратить внимание, какая почва (создание достойных условий жизни), какая корневая система (мотивация и адаптация), ствол (энергия потока жизненной силы), ветки (направления

развития), плоды (жизненные плоды), почки (новые идеи), цветы (результаты достижений); представить, что это дерево – ваш жизненный путь, и вы путешествуете по этому пути, как с каждым шагом происходит наполнение новыми смыслами и ресурсами.

•«Поход к Мудрецу» (проверка жизненной цели, возможность получить подсказки): представить, что вы поднимаетесь по узкой, каменистой тропе в горы, вы уже высоко и вам встречается маленькая хижина и в ней вас ждет мудрый старец; он хочет вам что-то дать; рассмотрите, что это? Представить, что есть сейчас возможность задать вопросы про вашу цель; что на самом деле для вас важно. Представить, что вы получаете ответы на них; это может быть ответ словами, или какой-то символический подарок, какая-то вещь, которая будет символизировать ответ, куда вам двигаться дальше и та цель, которую вы поставили сейчас, соответствует ли она вашему внутреннему состоянию? Дать побыть в этом месте столько, сколько нужно; поблагодарить Старца за подсказки.

•«Корабль» (символизирует жизненный путь, способность справляться с жизненными трудностями): представить любой корабль; обратить внимание на все детали: какой он формы, размера, из какого материала сделан, в каком он состоянии, где находится; что происходит вокруг корабля, кто на нем находится; куда плывет корабль, есть ли у него курс, цель; чтобы хотели изменить в этой ситуации?

«Представление себя примерно на 10 лет старше»: п*редставить себе, что прошло 10 лет; вы на 10 лет старше и можете увидеть себя со стороны, или почувствовать себя в своем теле, как вам удобнее. Позволить себе увидеть… где находитесь; что вы делаете; с кем вы; как вы выглядите; как себя чувствуете;* что приносит радость в этом возрасте; какие достижения у вас есть; какие уроки усвоили; *что для вас важно в жизни сейчас; ч*то можете посоветовать себе сегодняшнему*?*

В результате проведенного исследования была отмечена значительная динамика в построении жизненных перспектив студенческой молодежью, которая выражалась в следующем:

- образы позволили осознать, конкретизировать, переосмыслить, допрожить подавленные чувства, связанные с построением жизненных перспектив, улучшить ресурсное состояние;

- построение образа будущего студенческой молодежью с помощью имагинаций позволили понять, что движет их личностью при принятии/непринятии тех или иных решений, раскрыли возможности реконструировать картины своего будущего, восстанавливать целостность своей личности;

- внутренний мир молодежи наполнился более дифференцированными и адекватными когнитивно-аффективными схемами. Эти схемы они впоследствии могут применять для преодоления ситуаций во внешнем мире (например: «Моему дереву хочется заботы и внимания, и я теперь поняла, что я могу сама о себе заботиться и быть внимательной к себе, к своим чувствам, в

общем взрослеть»);

- студенты получили интерпретацию символического содержания образа, то есть понимание его как сообщения о том, как они видят себя в будущем, что необходимо сегодня, строя жизненные перспективы (например, «В крепости кошка породы Ашера (Савана), большая, почти как рысь – символ независимости, свободы. Для меня это осознание того, что мне надо иногда побыть одной, услышать и собрать себя»; «Стеклянные шарики на дереве – это мои воспоминания, их много и это мои жизненные плоды, которые я не особо ценила, а сейчас осознала мои жизненные победы и буду всегда помнить и ценить их как ресурс»; «Мудрец подарил мне катану, как символ стремления к идеалу: закалённый металл, который не так просто сломать, тончайшее лезвие, завораживающая гравировка на металле в виде дракона… Для меня – это про боевой дух, готовность идти вперёд и ломать все преграды»).

Как показала практика, метод символдрамы является колоссальным ресурсом для молодого человека, особенно в опасных для жизни условиях, когда необходимо срочно оказать психологическую помощь через его контакт с образами воображения. Символдрама дает возможность глубоко пережить, проработать и принять то, что при использовании вербально-когнитивных техник психокоррекции оставалось бы на поверхностно-понятийном уровне.

Рассматривая в целом проблему оказания психологической помощи студенческой молодежи в развитии жизненных перспектив, нами представляется целесообразной работа по данному направлению в следующие этапы:

• комплексная психологическая диагностика внутриличностных ресурсов и психобиагрофических образований личности студента (жизненная перспектива, жизненные планы и программы, жизненные цели и задачи, субъективная картина жизненного пути, смысл жизни);

• исследование механизмов формирования жизненной перспективы студентов, их ценностных ориентаций, осознания собственного жизненного пути и препятствий, которые на нем случаются;

• составление плана жизненных перспектив (тренинги), осознания собственного жизненного пути и препятствий, которые на нем случаются; понимание смысла своей жизни, потенциальных возможностей и жизненных сил.

• развитие и коррекция психобиагрофических образований личности студента как субъекта жизни; просвещение, консультирование в области психологических проблем собственной жизни студентов;

• просвещение, консультирование в области психологических проблем собственной жизни студентов;

• активизация воспитательной работы со студентами с целью развития самоуправления в студенческих коллективах (активизация жизненных позиций).

В связи с этим, необходимо акцентировать внимание на формировании социокультурной среды в вузе, создании условий, необходимых для

всестороннего развития личности студента, психологическом сопровождении молодежи по вопросам жизненных перспектив. А это, безусловно, важно – особенно в педагогической практике, – суметь увидеть человека не только таковым, какой он есть сегодня, но и рассмотреть то, что еще в нем не раскрылось. Ведь не случайно одним из требований к психотерапевтической процедуре, сформулированным в гуманистической психологии, является то, что личность должна чувствовать, что ее принимают и поддерживают не только такой, каковой она есть в настоящий момент, но и в ее будущих возможностях. Только в этом случае она становится способной утвердить себя как независимая личность и стать архитектором своего будущего.

Таким образом, жизненный путь зависит от исторического времени, в котором живет человек, а в биографии человека существуют поворотные моменты – биографические события, которые сопровождаются принятием определенного решения и вызывают значительные личностные и социальные изменения. В период военного конфликта у большинства студентов при сформированности позитивных установок на собственную этническую общность через отношение к месту проживания наблюдается нестабильное поведение, сложность в управлении им. Существенные проблемы наблюдаются в психоэмоциональных состояниях (страх смерти родных и близких, тревоги, пониженное настроение). А базовыми ценностями в этот период являются семья и родные, друзья, наличие хороших и верных друзей, психическое и физическое здоровье, жизнь. У современной молодежи, проживающей в условиях военного конфликта, повышается ценность настоящего, жить сегодняшним днем и жизни в целом, сохраняется способность планировать свою жизнь достаточно активно по разным сферам, на короткое время (несколько дней, неделю), что делает возможным более реалистичное планирование молодежью своего будущего, разделять реальность и фантазию, концентрировать усилия на том, что имеет реальные основания для реализации поставленных целей в будущем. А главным событием в биографии, мешающим планированию жизненных перспектив, молодежь считает войну.

Сегодняшние результаты исследования показывают, что несмотря на все сложности проживания в период войны, у современной молодежи повышается ценность жизни – главного, что есть у каждого человека. Жизненные перспективы представляет собой не только раз и навсегда закрепленную позицию, но и конкретную жизненную линию, т. е. реализацию своей жизни во времени, ее постепенное развертывание, расширение и укрепление, а мотивы символдрамы являются эффективным инструментом при оказании психологической помощи в экстремальных ситуациях и обеспечивают стойкий, продолжительный позитивный эффект у студенческой молодежи через их контакт с образами воображения.

Литература

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991. 299 с.
2. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания. М., 1977. 380 с.

3. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. Л., 1968. 337 с.
4. Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю. Психология жизненных ситуаций. М., 1998. 263 с.
5. Головаха Е.И. Жизненные перспективы и ценностные ориентации личности. Психология личности в трудах отечественных психологов / сост. и общ. ред. Л.В. Куликова. СПб., 2001. С. 256–269.
6. Карпинский К.В. Психология жизненного пути личности. Гродно, 2002. 167 с.
7. Кон И.С. Психология ранней юности. М., 1989. С.65.
8. Кроник А.А., Ахмеров Р.А. Каузометрия. М., 2003. 284 с.
9. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат, 1975. С. 107.
10. Логинова Н.А. Некоторые итоги развития биографического метода психологии в XX веке. Методология и история психологии. 2006. Том 1. Выпуск 2. С. 67–81.
11. Муханова И.Ф. Успех личности и жизненные перспективы: психодиагностический аспект исследования: монография. Донецк: ФЛП Халиков Р.Х., 2022. С. 50-51.
12. Обухов Я.Л. Символдрама: введение в основную ступень. Ростов-на-Дону: ООО «Мини Тайп», 2005. 120 с.
13. Панок В.Г., Рудь Г.В. Психология жизненного пути личности: монография. Киев, 2006. 280 с.
14. Платонов К.К. Система психологии и теория отражения. М., 1982. 309 с.
15. Ральникова И.А. Жизненные перспективы личности в научной парадигме психологического знания. Известия АлтГУ. 2011. № 21. С. 53-60.
16. Рубинштейн С.Л. Человек и мир. Проблемы общей психологии. СПб., 2000. 712 с.
17. Швалб Ю.М., Муханова И.Ф. Возрастная психология: учеб. пособие для студентов вузов и практических психологов. Донецк, 2005. 304 с.

МУХАНОВА ИРИНА ФЕДОРОВНА, кандидат психологических наук, доцент кафедры философии и психологии ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького», e-mail: mukhanovai@mail.ru

2.3. Особенности психоэмоционального состояния членов семей участников специальной военной операции

Н. В. Палагута

Актуальность исследования обусловлена значительными психоэмоциональными нагрузками, которым подвергаются участники специальной военной операции и члены их семей. Данная категория лиц сталкивается с рядом психических и эмоциональных трудностей, вызванных экстремальными условиями жизнедеятельности, потерей близких, разлукой с семьёй, а также социальной нестабильностью. Участники СВО часто испытывают высокий уровень стресса, тревожности, депрессивных состояний, что может перерасти в хронические нарушения психоэмоционального фона. Члены их семей также подвергаются значительным эмоциональным нагрузкам, связанным с неопределённостью, ожиданием и переживаниями за близких.

Целью статьи является определить теоретическую базу исследования психоэмоциональных состояний членов семей участников СВО; провести и проанализировать результаты эмпирического исследования.

В современной психологической науке существуют два подхода к пониманию эмоциональных состояний. Согласно первому, который поддерживают П.К. Анохин, Н.Д. Левитов, А.О. Прохоров и др., эмоциональные состояния рассматриваются как частный вид психических состояний. Эмоциональная сфера при этом сводится к различным видам эмоциональных состояний, характеризующимся активацией, тонусом, двойственностью, широтой спектра переживаний, интенсивностью, доминирующей эмоцией и индивидуальной спецификой [3].

В рамках второго подхода, представленного В.К. Вилюнасом, Е.П. Ильиным, Б.И. Додоновым, А.Н. Леонтьевым и др., эмоциональное состояние трактуется как элемент эмоциональной сферы, отождествляя их с эмоциями. Эмоции в этом контексте рассматриваются как механизм связи мышления с чувственной деятельностью (Л.С. Выготский), как дестабилизатор образа среды (В.К. Вилюнас), как внутренняя регуляция активности (А.Н.Леонтьев), а также как сложный процесс с нейрофизиологическим и феноменологическим компонентами (К. Изард) [1, 2, 3, 4].

Эмоциональные состояния личности обладают рядом характерологических признаков, среди которых можно выделить фоновый характер, длительность, беспредметность, сложность, оценочную направленность на субъекта, а также специфичную динамику протекания. Эмоциональное состояние проявляется в общем эмоциональном фоне, определяющем окрашенность переживаний и деятельности человека, отражающем его глобальное отношение к происходящему и к самому себе. Эти состояния могут сохраняться в течение значительного времени – от минут до нескольких месяцев, что указывает на их устойчивость и продолжительность. Они нередко характеризуются беспредметностью, поскольку причины их

возникновения не всегда осознаются: состояние может быть вызвано совокупностью мимолётных эмоций или вытеснением травмирующих факторов из сознания. Эмоциональные состояния являются сложными по структуре и могут включать в себя несколько различных эмоций одновременно. Важным признаком выступает и оценочный характер – отражение того, как человек воспринимает и интерпретирует значимые для него события; при этом основное внимание сосредотачивается не столько на стимуле, сколько на внутренних психофизиологических изменениях. Специфика динамики таких состояний заключается в их цикличности и способности поддерживать эмоциональное напряжение на относительно стабильном уровне [3].

В рамках данного исследования эмоциональное состояние понимается как более сложный психический феномен, включающий одну или несколько эмоций. В отличие от эмоций, его функцией является мобилизация внутренних или внешних ресурсов для удовлетворения значимой потребности. Эмоциональное состояние возникает при невозможности немедленного реагирования на значимо воздействие и завершается формированием психофизиологической готовности к разрядке или адаптации.

Психоэмоциональное состояние представляет собой сложный психический феномен, включающий взаимодействие различных эмоций и психических процессов, возникающих в ответ на значимые жизненные ситуации и потребности личности. В отличие от отдельных эмоций, это состояние характеризуется длительным воздействием на психофизиологическое состояние человека и направлено на поиск внутренних ресурсов или внешних возможностей для удовлетворения актуальных потребностей.

Психоэмоциональное состояние участников специальной военной операции в значительной степени определяется высокими стрессовыми нагрузками, переживаемыми в условиях вооружённого конфликта. Для участников СВО характерно постоянное нахождение в условиях неопределенности, угрозы жизни и здоровья, что влечет за собой интенсивные психоэмоциональные переживания, в том числе стресс, тревогу, страх и депрессию [6]. Эти эмоции тесно переплетаются с когнитивными процессами, такими как оценка опасности и принятие решений в условиях ограниченной информации. Психоэмоциональные реакции солдат и офицеров могут быть различными в зависимости от их личной психической устойчивости, опыта предыдущих военных действий, уровня подготовки и социализации. Однако, несмотря на индивидуальные особенности, большинство участников СВО сталкивается с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), депрессией, эмоциональной заторможенностью, а также с нарушениями сна и поведения.

Психоэмоциональное состояние членов семей участников СВО представляет собой отдельную категорию: на фоне тревожности за безопасность близких, переживания стресса, страха и неопределенности, члены семей могут испытывать длительные эмоциональные перегрузки, отдельные

депрессивные симптомы, ощущение одиночества и безысходности. Стремление сохранить семейные связи и поддерживать моральный дух может вступать в противоречие с внутренними переживаниями, что приводит к дополнительному напряжению и эмоциональному истощению [5].

При этом важным является учитывать категорию семей участников СВО, поскольку их жизненные обстоятельства, уровень осведомлённости, адаптационные ресурсы и представления о военной службе существенно различаются. Семьи военнослужащих, проходящих службу на постоянной основе, как правило, характеризуются более высоким уровнем готовности к связанным с военной деятельностью трудностям, наличием устойчивых моделей семейной адаптации и пониманием специфики профессии. Они обладают определённой психологической устойчивостью, поддерживают ролевую стабильность в условиях отсутствия члена семьи, сохраняют традиции и демонстрируют уважительное отношение к службе. В отличие от них, семьи мобилизованных граждан и добровольцев чаще сталкиваются с дефицитом информации, эмоциональной неготовностью и сложностями в принятии новых реалий. Недостаточная осведомлённость о возможных психологических изменениях у военнослужащего, сохраняющиеся ожидания прежнего образа жизни и сложности в межличностной коммуникации способствуют росту напряжённости в семейных отношениях. После возвращения военнослужащего возможны конфликты, связанные с перераспределением ролей, недостаточным уровнем взаимопонимания и потребностью в переоценке как личных, так и семейных стратегий адаптации.

Для определения особенностей психоэмоциональных состояний участников СВО и членов их семей мы опирались на теорию В.В. Бойко о дезорганизующих эмоциональных состояниях, в рамках которой отмечается, что устойчивая дезорганизация эмоций может протекать в трех режимах: устойчивой активизации, угнетения и переменной активизации и угнетения психической деятельности.

В рамках эмпирического исследования нами проведены опросник САН В.А.Доскина, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарая и М.П. Мирошникова и шкала депрессии Бека в адаптации Н.В.Тарабриной. Выборку исследования составили жены участников СВО, из них 20 женщин в возрасте от 23 до 38 лет.

Результаты диагностики респондентов по опроснику САН представлены на рис. 2.3.1.

Самооценка самочувствия, активности и настроения членами семей участников СВО характеризуется умеренными значениями, что может свидетельствовать о наличии значительных психоэмоциональных напряжений, но без явных признаков выраженной депрессии или хронического стресса. Однако, такие показатели могут указывать на наличие устойчивых переживаний, которые сказываются на общем состоянии женщин, их эмоциональной активности и способности поддерживать позитивный настрой. Показатель самочувствия (4,27) находится на уровне чуть выше средней нормы, что указывает на отсутствие ярко выраженных проблем с физическим

здоровьем, но также предполагает влияние внешних факторов, таких как переживания за безопасность мужей, неопределенность ситуации, стрессовые переживания. Средний показатель активности (4,06) также близок к средней норме, что может говорить о снижении уровня активности без выраженной инертности или апатии.

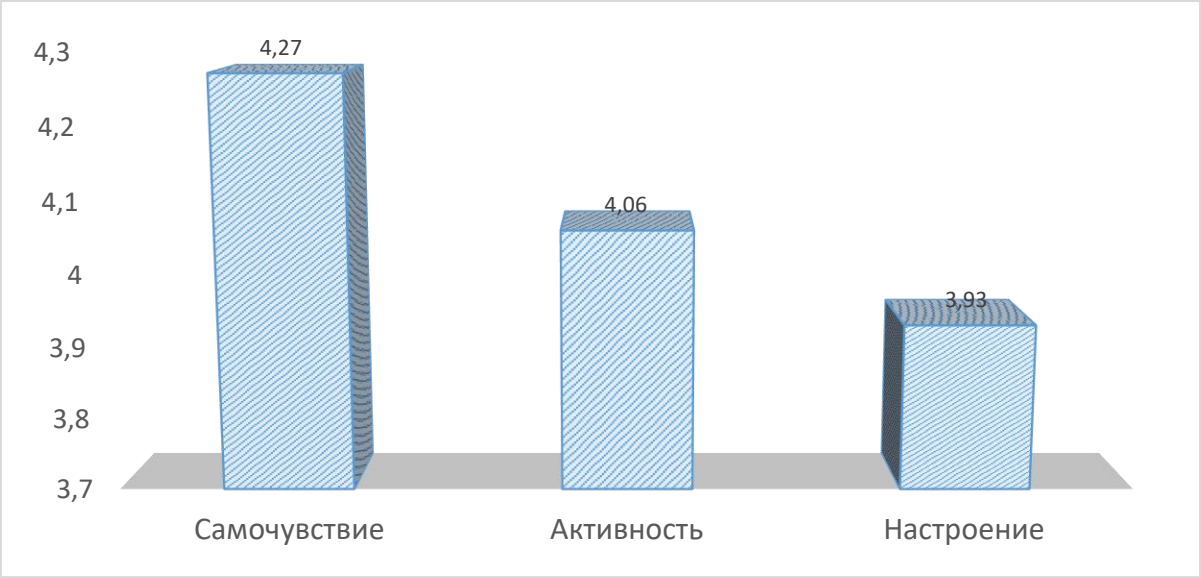


Рис.2.3.1. Средний балл показателей самочувствия жен участников СВО

Женщины в этой группе все еще способны активно участвовать в жизни и решать повседневные задачи, хотя стресс может ограничивать их общую жизненную активность. Средний показатель настроения (3,93) отражает незначительное снижение эмоционального фона, что может быть связано с повышенной тревожностью и эмоциональной нестабильностью, характерной для женщин, чьи мужья находятся в зоне конфликта. Низкое значение в этой категории не указывает на депрессию, но может свидетельствовать о переживаниях, связанных с ожиданием и неуверенностью. Таким образом, результаты диагностики по методике САН указывают на умеренные эмоциональные нагрузки и стрессовые переживания, с определённым уровнем адаптации и сохранением способности к функционированию.

Результаты диагностики респондентов с помощью шкалы депрессии Бека в адаптации Н.В. Тарабриной представлены на рис. 2.3.2.

Согласно шкале депрессии Бека, суммарный балл в диапазоне 10–18 указывает на наличие субдепрессии или умеренно выраженного депрессивного состояния. У большинства женщин из выборки зафиксированы симптомы, соответствующие данному уровню, что может быть связано с тревожностью, эмоциональным напряжением и хроническим стрессом, возникающим в условиях неопределённости. Предполагаемым фактором, способствующим формированию такого состояния, является участие их супругов в СВО, однако не исключается влияние других жизненных обстоятельств − социальной

нестабильности, финансовых трудностей, ограниченности внешней поддержки и др.

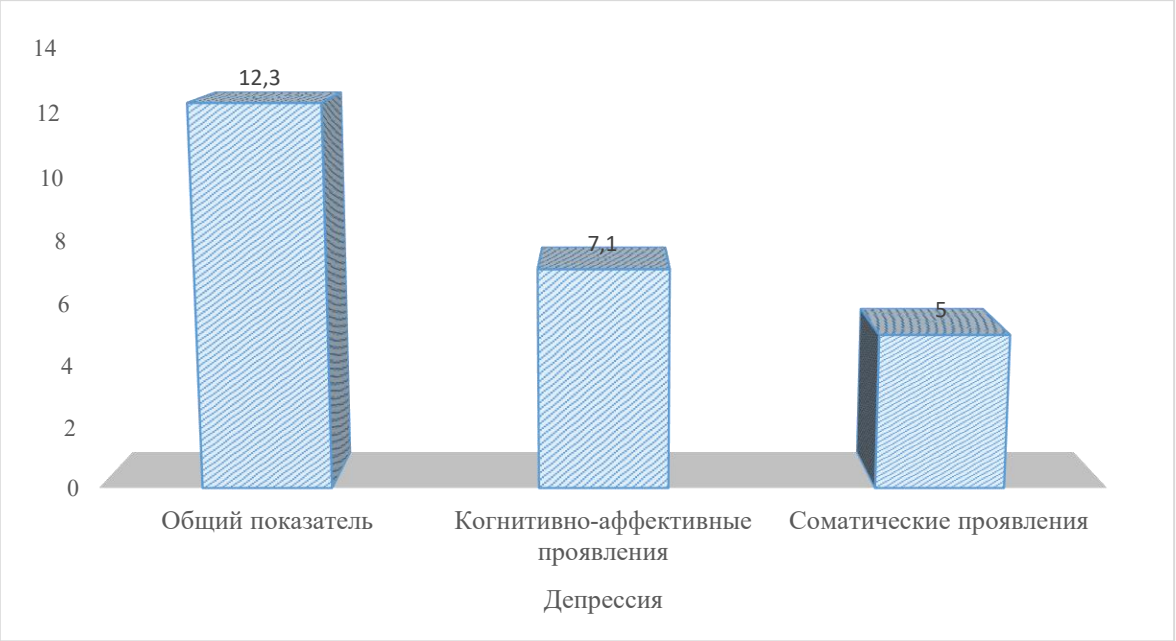


Рис.2.3.2. Средний балл показателей депрессии жен участников СВО

Когнитивно-аффективный компонент депрессии (среднее значение − 7,1) отражает наличие эмоциональной неустойчивости, тревожных ожиданий, снижения концентрации и преобладания негативных оценок происходящего. Соматический компонент (среднее значение − 5) указывает на умеренные физические проявления, такие как усталость, расстройства сна и снижение жизненного тонуса. Эти симптомы не достигают уровня тяжёлых психосоматических нарушений, однако свидетельствуют о накопленном психоэмоциональном напряжении. Таким образом, у респондентов выявлено субдепрессивное состояние с выраженными тревожными и соматическими компонентами, которое, предположительно, связано с длительным стрессом, вызванным тревогой за близких и общей неопределённостью жизненной ситуации.

Теоретический и эмпирический анализ позволил выявить особенности психоэмоционального состояния женщин, чьи супруги участвуют в СВО. В психологической науке психоэмоциональное состояние трактуется как интегральная характеристика, отражающая взаимодействие эмоциональных и психических процессов в ответ на значимые жизненные обстоятельства Эмпирические данные, полученные с использованием методик САН и шкалы депрессии Бека, показали, что обследуемые женщины находятся в состоянии умеренного психоэмоционального напряжения. Зафиксированы субдепрессивные проявления, тревожность, снижение активности и эмоционального фона. При этом наблюдается относительная сохранность адаптационных способностей и отсутствие признаков тяжёлых психических

нарушений. Когнитивно-аффективный и соматический компоненты депрессии указывают на наличие переживаний, в том числе тревоги за будущее, пессимистических оценок ситуации и эмоциональной истощённости. Важно отметить, что участие супругов в СВО рассматривается как вероятный, но не единственный фактор, способствующий формированию подобного психоэмоционального состояния.

Литература

1. Вилюнас В.К. Психология эмоций. СПб: Питер, 2007. 496 с.
2. Изард К.Е. Психология эмоций. СПб: Питер, 2003. 512 с.
3. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. СПб: Питер, 2001. 392 с.
4. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека. СПб: Питер: Питер Принт, 2005. 411 с.
5. Пригода А.В. Кризисная психологическая помощь родственникам военнослужащих, принимающих участие в специальной военной операции. Шаг в науку. 2023.
6. Психолого-педагогическое сопровождение семей участников (ветеранов) специальной военной операции в образовании: методическое пособие под общ. ред. Т.Н. Сахаровой, И.А. Горбенко. [Электронное издание]. М: МПГУ, 2024. 148 с.

ПАЛАГУТА НАТАЛИЯ ВЛАДИМИРОВНА, психолог, клинический психолог, гештальт-терапевт, руководитель АНО «Социально-психологический центр «Точка Опоры»», г. Донецк, e-mail: natalia.palaguta@gmail.com

2.4. Особенности субъективного благополучия лиц, проживающих в психотравмирующих условиях

С. В. Руденко

В современных условиях развития психологической науки и общества в целом проблематика изучения субъективного благополучия личности не вызывает сомнения. Психологическое благополучие тесно связано с ощущением счастья, психологическим равновесием и стремлением максимально использовать свой потенциал, удовлетворяя потребности через свои действия. Ощущение реализованной жизни способствует росту позитивных эмоций, являющихся фундаментом для субъективного благополучия. В то же время, по словам Л.В. Карапетян, «социальная и экономическая нестабильность поставила под угрозу психическое и эмоциональное здоровье граждан нашей страны, и на этом основании многие специалисты оценивают положение большинства населения как критическое» [3]. Пребывание же личности в перманентных психотравмирующих условиях, на наш взгляд, усугубляет данное положение. Психотравмирующая ситуация – это событие или обстоятельства, которые вызывают интенсивные реакции, приводят к сильному стрессу и нарушению эмоционального равновесия. Это может быть связано с угрозой жизни и здоровью, вынужденным переселением или сменой места жительства, потерей работы, смертью или увечьем, насилием, буллингом, клеветой и т.п.; касаться человека и/или его близких. Речь может идти о чрезвычайной, критической, экстремальной ситуациях, или же просто трудной жизненной ситуации. Общим же является травматичность складывающейся ситуации для человека. Военные действия, без сомнения, относятся к психотравмирующим ситуациям. Проживание на территории военных действий, пребывание в ситуации постоянной угрозы, переживание хронических трудностей в удовлетворении бытовых потребностей, является одной из психотравмирующих ситуаций. Закономерно выступает вопрос о возможности и способности человека, проживающего в подобных условиях, чувствовать себя благополучным. Субъективное ощущение благополучия оказывает пролонгированное влияние на разные аспекты психического состояния личности и, соответственно, на успешность поведения и деятельности, эффективность межличностного взаимодействия. Таким образом, целю данной работы является изучение особенностей субъективного благополучия лиц, проживающих в психотравмирующих условиях.

Основная часть. Теоретико-методологическую базу исследования составили основные представления о феноменах психологического и субъективного благополучия, изложенные в работах зарубежных (К. Рифф, А. Ватерман, Н. Брэдберн, Э. Динер, М. Райан и др.) и отечественных (Р.М. Шамионов, Л.В. Карапетян, П.П. Фесенко, Т.Д. Шевеленкова и др.) исследователей.

Проблемой изучения психологического благополучия одним из первых занялся Н. Брэдберн. Именно он ввёл данного понятие в психологическую науку. Автор соотносил понятие «психологическое благополучие» с ощущением счастья и удовлетворённостью жизнью в целом. На его взгляд, описать данное состояние субъекта можно с помощью отражающих состояние счастья или несчастья характеристик, субъективных переживаний удовлетворенности или неудовлетворенности жизнью. Другими словами, психологическое благополучие представляет собой баланс, который достигается постоянным взаимодействием позитивного и негативного эффекта, опосредованного позитивными или негативными событиями в жизни человека. Соответственно, соотношение этих эффектов и отражает переживание удовлетворенности жизнью [2].

Подобных взглядов придерживается и Э. Динер, при этом вводя понятие субъективного благополучия. Автор рассматривает данный феномен, акцентируя внимание на наличии определенных позитивных показателей жизни, а не только на отсутствии негативных. По его мнению, субъективное благополучие – это состояние психологического комфорта и удовлетворения жизнью. Субъективное благополучие рассматривается как конгломерат эмоциональной (наличие хорошего или плохого настроения) и когнитивной (оценка удовлетворенности различными аспектами своей жизни) сторон самопринятия. Соответственно, выделяются три основных компонента феномена: приятные эмоции, неприятные эмоции, удовлетворенность, объединяющиеся в единый показатель. Основными признаками субъективного благополучия выступают субъективность, позитивность и глобальность измерения [1, 2]. При этом, обращая внимание на схожесть толкования психологического и субъективного благополучия, Э. Динер всё же не рассматривает их как синонимы, а описывает субъективное благополучие в качестве предмета психологического благополучия [1].

К. Рифф подходит к изучению феномена психологического благополучия с точки зрения наличия у человека специфических, устойчивых психологических черт, позволяющих ему функционировать гораздо более успешно, нежели при их отсутствии. Теория автора продолжает традиции, заложенные Н. Брэдберном, но при этом критически пересматривает данный подход к психологическому благополучию как балансу позитивного и негативного эффекта К. Рифф выделяет 6 основных компонентов психологического благополучия: самопринятие, позитивные отношения с окружающими, автономия, управление окружающей средой, цель в жизни, личностный рост. Самопринятие свидетельствует о позитивной самооценке себя и своей жизни в целом, характеризуется способностью к адекватному оцениванию своих возможностей и принятием своих достоинств и недостатков. Позитивные отношения с окружающими опираются на умение сопереживать, заботиться о благополучии других, проявлять эмпатию и доверие к близким людям, способность быть открытым для общения, гибкость во взаимодействии с окружающими и умение прийти к компромиссу. Автономия показывается как

способность человека самостоятельно противостоять попыткам общества, принуждающего думать и действовать определенным образом, быть независимым, самостоятельно регулировать свои действия. Управление окружающей средой характеризует способность личности организовывать свою деятельность в повседневной жизни, способность достигать цели и преодолевать препятствия на пути ее достижения. Наличие целей в жизни предполагает ощущение осмысленности, ценности и целесообразности своего существования, способностью личности строить планы на дальнейшую жизнь и придерживаться их. Личностный рост акцентирует склонность развиваться, учиться и воспринимать новое, стремление к самосовершенствованию и самореализации [2, 3].

Широкое применение получила концепция субъективного благополучия А. Ватермана. По его мнению, субъективное благополучие относится к общему психологическому или эмоциональному состоянию человека, которое включает в себя как положительные, так и отрицательные эмоции, удовлетворенность жизнью и понимание цели или смысла в жизни. Субъективное благополучие выступает важным показателем психологического здоровья индивида и может быть использовано для оценки и понимания качества жизни. А. Ватерман выделил 3 ключевых компонента субъективного благополучия: когнитивный, аффективный и поведенческий компоненты. Когнитивный компонент субъективного благополучия относится к оценке индивидом своей удовлетворенности жизнью и общего благополучия. Аффективный компонент включает эмоции, которые человек испытывает в своей повседневной жизни. Наконец, поведенческий компонент относится к действиям и поведению людей. Также автор говорит о двух концепциях счастья – эвдемонистической и гедонистической. В данном направлении работали Р. Райан и Е. Дейзи, предложив гедонистический и эвдемонистический подходы к психологическому благополучию личности. Гедонистический подход рассматривает психологическое благополучие как аффективное переживание, основывающееся на балансе позитивного и негативного эффекта, соотношении положительных и отрицательных эмоций. Важнейшим понятием для данного подхода является «субъективное благополучие», которое включает эмоциональный и когнитивный аспекты. Эвдемонистический подход анализирует психологическое благополучие с позиции личностного роста. Подчеркивается, что события, не обеспечивающие удовольствие, способствуют достижению психологического благополучия, что связывается с пониманием человеком своих жизненных целей, увеличением осмысленности жизни [2, 4].

Не обошли вниманием проблему исследования феноменов психологического и субъективного благополучия и в отечественной психологии. Как считает Р.М. Шамионов, «субъективное благополучие – это понятие, выражающее собственное отношение человека к своей личности, жизни и процессам, имеющим важное для нее значение с точки зрения усвоенных нормативных представлений о «благополучной» внешней и внутренней среде, и характеризующееся переживанием удовлетворенности»

[6]. По мнению исследователя, субъективное благополучие содержит ценностные установки, формирующиеся под влиянием социума, реализация которых определена целым комплексом условий ее социализации. Для достижения высокого уровня субъективного благополучия необходимо овладеть конкретными формами поведения, позволяющими совершенствовать качество жизни человека во всех сферах. Другими словами, субъективное благополучие рассматривается автором как интегральное социально-психологическим образование, которое состоит из оценки и отношения личности к себе и собственной жизни [6].

Т.Д. Шевеленкова и П.П. Фесенко продолжили традиции рассмотрения феномена психологического благополучия в русле подхода, обозначенного К. Рифф. Психологическое благополучие рассматривается как сложное переживание удовлетворенности собственной жизнью, отражающее актуальные и потенциальные аспекты жизни человека. Актуальное психологическое благополучие – это переживание отношения человека к тому, чем он является по его собственному мнению, отражающее степень реализации основных компонентов позитивного функционирования личности (ранее обозначенными К. Рифф). Идеальное психологическое благополучие характеризует потенциальные аспекты функционирования личности, степень направленности на реализацию компонентов позитивного функционирования [7].

Концепцию эмоционально-личностного благополучия разрабатывает Л.В. Карапетян. Данный феномен автор обозначает как целостное экзистенциальное переживание состояния гармонии между внутренним и внешним миром. Возникает в процессе жизни, деятельности и общения человека. Результатом снижения уровня такой гармонии является переживание состояния эмоционально-личностного неблагополучия [4, 5].

Теоретический обзор основных подходов к исследованию субъективного благополучия показал следующее. Зарубежные исследования данного феномена акцентируют преимущественно психологическое здоровье, уровень состояния счастья и удовлетворенности жизнью, наличие определенных психологических черт. Отечественные исследования субъективное благополучие рассматривают преимущественно с позиций потребностной сферы личности, реализации своего потенциала, ощущения удовлетворенностью своей жизнью.

Организация и проведение эмпирической части исследования. Выборку исследования составили 92 студента 2-4 курсов, овладевающих профессией психолога в вузах г. Донецка и г. Ростова-на-Дону. Исследование проводилось в 2024 г. Используемый психодиагностический инструментарий: «Шкала психологического благополучия» К. Рифф (в адаптации Т.Д. Шевеленковой, П.П. Фесенко), методика диагностики субъективного благополучия (Р.М. Шамионов, Т.В. Бескова), опросник «Самочувствие, активность, настроение» (В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай, М.П. Мирошников), тест жизнестойкости С. Мадди (в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой). Обработка данных проводилась с применением критерия U-Манна-Уитни.

Перейдем к результатам исследования особенностей субъективного благополучия лиц, проживающих в психотравмирующих условиях (рис. 2.4.1).

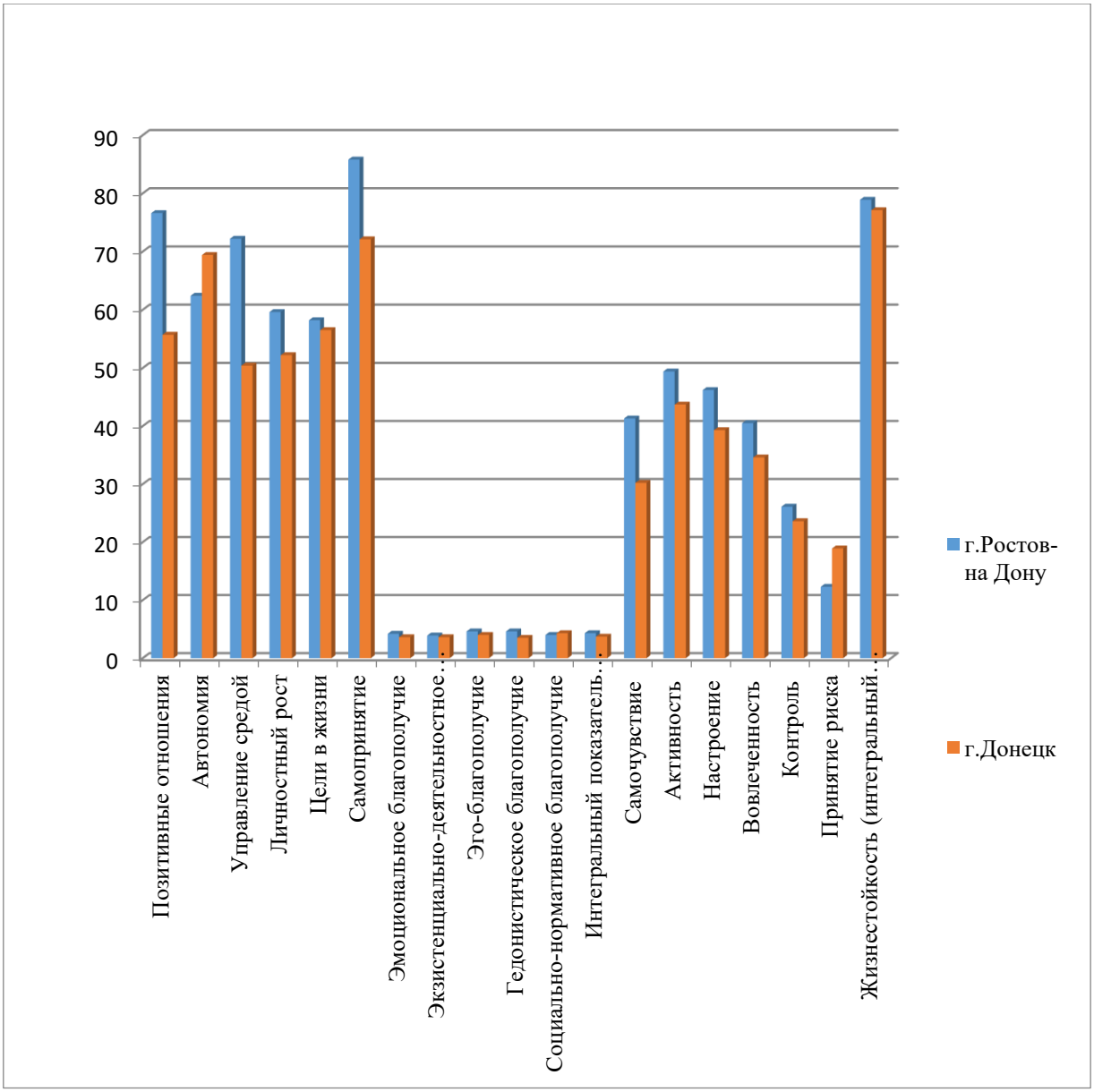


Рис. 2.4.1. Средние показатели субъективного благополучия студентов

По результатам обследования с применением методики изучения психологического благополучия К. Рифф (в адаптации Т.Д. Шевеленковой, П.П. Фесенко) между студентами г. Ростова-на-Дону и г. Донецка обнаружены значимые ($p \leq 0,05$) различия по ряду шкал. У студентов г. Донецка значимо более низкие показатели по шкалам: «Позитивные отношения», «Управление средой», а также по интегральному показателю психологического благополучия. Это свидетельствует о том, что они в меньшей мере, нежели их коллеги из г. Ростова-на-Дону, склонны устанавливать доверительные отношения с окружающими, допускать привязанности и близкие отношения, заботиться о благополучии других людей и сопереживать им, в меньшей

степени открыты другим людям, несколько более замкнуты и фрустрированы. Они чаще испытывают сложности в организации повседневной деятельности, чувствуют себя неспособными изменить или улучшить складывающиеся обстоятельства, иногда безрассудно относится к появляющимся возможностям, зачастую лишены чувства контроля над происходящим вокруг. На наш взгляд, указанные проявления могут быть серьезно обусловлены проживанием в условиях военных действий, то есть – в психотравмирующих условиях.

При этом все обследуемые преимущественно склонны считать себя самостоятельными и независимыми, способными противостоять попыткам общества заставить думать и действовать определенным образом, самостоятельно регулировать своё поведение, действия и поступки, оценивать себя в соответствии с личными критериями. В своем большинстве студенты двух городов положительно относятся к себе, принимают все аспекты своей личности, в целом положительно расценивают свое прошлое. Указанные характеристики стали ожидаемыми и вполне соответствуют юношескому возрасту.

Результаты обследования с применением методики диагностики субъективного благополучия (Р.М. Шамионов, Т.В. Бескова) показали наличие значимых ($p \leq 0,05$) различий между группами обследуемых по шкалам эмоционального благополучия, гедонистического благополучия, а также интегральному показателю субъективного благополучия. Здесь речь идет о различиях между высокими и средними показателями. Студентам вузов г. Донецка в несколько меньшей мере, по сравнению со студентами г. Ростова-на-Дону, присуще хорошее расположение духа, воодушевление, оптимизм. При этом в целом они способны к совладанию со стрессовыми ситуациями и негативными эмоциями, несколько более подвержены влиянию внешних факторов и чаще нуждаются в дополнительной поддержке или ресурсах для поддержания эмоционального равновесия. Их базовые нужды также удовлетворены в меньшей мере в сравнении с их коллегами, преимущественно проживающими в безопасности, нормальных жилищных условиях и благоприятной окружающей среде. Полученные данные, на наш взгляд, также могут быль следствием пребывания в психотравмирующей ситуации. следует отметить, что все обследуемые студенты склонны прилагать усилия для достижения благополучия, в целом находить смысловую насыщенность в жизни, стремиться к достижению целей, радоваться успехам и достижениям. Также они способны принимать происходящие события жизни и гармонично сосуществовать с собой.

Анализ результатов обследования с использованием опросника «Самочувствие, активность, настроение» (В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай, М.П. Мирошников) выявил значимые ($p \leq 0,05$) различия между студентами вузов разных городов по шкалам самочувствия и настроения. Обследуемые из г. Ростова-на-Дону находятся в более благоприятном состоянии по заявленным показателям, находятся «в тонусе», оценивают свое самочувствие более высоко, чаще характеризуют свое настроение как

повышенное или нормальное. Показатели же студентов из г. Донецка несколько снижены, однако не переходят порог низких. На наш взгляд, это также может быть проявлением последствий проживания респондентов в психотравмирующих условиях.

Результаты использования теста жизнестойкости С. Мадди (в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой) статистически значимых различий не показали. Практически у всех студентов обнаружены средние результаты (с незначительными отличиями). Обследуемым присуще ощущение достаточной уверенности и вовлеченности в собственную жизнь. Они придерживаются мнения, что их усилия могут повлиять на итог происходящего, хотя и не обеспечивают гарантированный успех. В целом студенты склонны принимать риск и рассматривать различные происходящие события как опыт, способствующий развитию личности. Показательно, что последний показатель несколько выше (хотя и не на статистически значимом уровне) у студентов ДНР, что, на наш взгляд, также обусловлено спецификой проживания в ситуации постоянной угрозы жизни. При этом у всех обследуемых проявления жизнестойкости развиты в достаточной мере для успешного совладания со стрессовыми жизненными ситуациями.

Заключение. Субъективное благополучие формируется в результате успешной социализации, адекватного восприятия реальности, позитивного самосознания и выработки конструктивных способов поведения. Субъективное благополучие – сложный и постоянно развивающийся комплекс внутренних процессов и гармоничных отношений человека с окружающим миром и самим собой. Проживание в условиях психотравмирующей ситуации, безусловно, сказывается на отдельных аспектах изучаемого феномена. Это находит своё отражение в установлении доверительных отношений с окружающими, возможностях управления средой и собственной жизнью, чувстве контроля над своей жизнью, общем хорошем расположении духа и оптимизма, а также самочувствия. Перспективой дальнейшего изучения заявленной проблемы субъективного благополучия лиц, проживающих в психотравмирующих условиях, может стать усовершенствование теоретико-методологической базы, учет большего количества диагностических критериев (в частности, диагностики дезорганизующих эмоциональных состояний в режиме активизации и угнетения психики), а также увеличение выборки.

Литература

1. Бахарева Н.К. Субъективное благополучие как системообразующий фактор толерантности: специальность 19.00.01 «Общая психология, психология личности, история психологии»: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. Хабаровск, 2004. 22 с.
2. Борисов Г.И. Подходы к изучению психологического благополучия. Психология образования: современный вектор развития: монография. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2020. С. 157–174. doi: 10.15826/B 978-5-7996-3101-7

3. Карапетян Л.В. Теоретические подходы к пониманию субъективного благополучия. Известия Уральского федерального университета. Сер. 1, Проблемы образования, науки и культуры. 2014. 1 (123). С. 171-182.
4. Карапетян Л.В., Глотова, Г.А. Изучение эвристического потенциала конструкта «Эмоциональноличностное благополучие». Перспективы науки и образования. 2020. 3 (45). С. 252-268. doi: 10.32744/pse.2020.3.19
5. Карапетян Л.В., Глотова Г.А. Структурная модель эмоционально-личностного благополучия. Национальный психологический журнал. 2018. 2(30). С. 46-56. doi: 10.11621/npj.2018.0206
6. Шамионов Р.М. О некоторых преобразованиях структуры субъективного благополучия личности в разных условиях профессиональной социализации. Мир психологии. 2010. 1(61). С. 237-249.
7. Шевеленкова Т.Д., Фесенко П.П. Психологическое благополучие личности. Психологическая диагностика. 2005. № 3. С. 95–121.

РУДЕНКО СВЕТЛАНА ВИКТОРОВНА, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры общей психологии ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет», e-mail: Rudenko_SV@mail.ru

2.5. Травма-информированный подход в сопровождении детей из зоны боевых действий в условиях детского оздоровительного лагеря

Н. В. Светличная

Вооружённые конфликты, затрагивающие мирное население, могут оказывать разрушительное воздействие на психику детей и подростков, подвергая их риску тяжёлых психоэмоциональных последствий, включая посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), тревожные расстройства, депрессию, социальную дезадаптацию. В связи с этим возникает необходимость разработки эффективных стратегий психосоциального сопровождения, направленных на снижение негативных последствий травмы и содействие адаптации детей в мирной среде. Кроме того, актуальность данного исследования обусловлена недостаточной разработанностью (а скорее, отсутствием) практических рекомендаций по интеграции травма-информированного подхода в детские учреждения временного пребывания, в то время как такая практика сейчас является достаточно распространенной (так, за 2022-2024 годы 7000 детей из Мариуполя привозили в Санкт-Петербург на каникулы, тысячи детей посетили различные оздоровительные учреждения по всей территории Российской Федерации).

Целью настоящего исследования является анализ концепции травма-информированного подхода в контексте сопровождения детей из зоны боевых действий и разработка рекомендаций для их пребывания в детском оздоровительном лагере.

Понимание травма-информированного подхода требует предварительного рассмотрения самого феномена психологической травмы. И.С.Якиманская со ссылкой на С.А.Черняеву отмечает, что наиболее часто в психологической литературе встречается следующее определение: психическая травма − реактивное образование (реакция на значимые для данного человека события), вызывающее длительные эмоциональные переживания и имеющие длительное психологическое воздействие [3]. DSM-IV определяет травматическое событие как ситуацию, сопряженную с угрозой жизни или серьезным вредом здоровью, сопровождаемую интенсивным страхом и беспомощностью [4]. Соответственно, в контексте нашего исследования психологическую травму понимаем как дезорганизующую реакцию личности на экстремальное событие, которое превышает её адаптационные ресурсы, нарушая эмоциональную стабильность и формируя стойкие изменения в когнитивной, аффективной и поведенческой сферах.

При проведении теоретического анализа нами выявлено, что в русскоязычных источниках представлено ограниченное количество исследований, посвящённых рассмотрению травма-информированного подхода. Так, в научной электронной библиотеке «КиберЛенинка» статьи по данной тематике отсутствуют, а в научной электронной библиотеке e-library обнаружена лишь одна работа − статья Т. В. Коттл «Травма-информированная

практика психологической работы в школе», в которой рассматривается внедрение данного подхода в образовательных учреждениях штата Вирджиния (США), а не в Российской Федерации, что ограничивает применение обозначенного материала применительно к российским реалиям [2].

Отметим, что концепция травма-ориентированного подхода является объектом исследования преимущественно зарубежных исследователей. Согласно Nancy Poole, Christina Talbot и Tasnim Nathoo, ключевой целью травма-информированного подхода является создание безопасной среды, минимизирующей риск повторной травматизации и способствующей адаптации. Важное значение придаётся не только осознанию распространённости и последствий травмы, но и обеспечению личной безопасности, укреплению автономии и развитию социальных связей. Взаимодействие с детьми и их семьями строится на принципах поддержки и ненасильственного общения, ориентируясь не столько на конкретные терапевтические методы, сколько на формирование доверительных отношений. [5].

В России единственным масштабным исследованием травма-информированного подхода является работа исследователей ФГБОУ ВО МГППУ О.Е.Хухлаевой, О.С.Павловой, Н.В. Тарулиной. Рассмотрим это исследование более подробно, так как оно является основополагающим для нашей работы. В комплексном исследовании особенностей сопровождения детей из зон боевых действий затронуты различные аспекты по психолого-педагогическому сопровождению и социальной адаптации детей, возвращенных из зон боевых действий, отдельно рассматривается травма-информированный подход и его особенности в воспитании и обучении детей, переживших боевые действия. Так, со ссылкой на NCTIC (2011) авторами рассматриваются основные принципы травма-информированной помощи, первым из которых является понимание психофизиологии травмы и её последствий для несовершеннолетнего. Уточняется необходимость учитывать влияние травматического стресса и осознавать, что многие поведенческие и эмоциональные реакции, кажущиеся неэффективными, являются адаптивными механизмами, сформированными в результате прошлого травматического опыта. Вторым важным принципом выступает создание безопасной среды, включающей удовлетворение базовых потребностей, наличие поддерживающего взрослого и формирование конструктивных отношений, основанных на последовательности, предсказуемости и уважении. Поддержка в принятии самостоятельных решений является ещё одним важным компонентом травма-информированного подхода. Восстановление чувства контроля над жизнью достигается через развитие навыков принятия решений, предоставление выбора в повседневных вопросах, таких как внешний вид или питание, а также формирование уважения к правовым и моральным нормам. В этом контексте значимым является поддержание уважительных взаимоотношений, что подразумевает демократический стиль общения,

включение ребёнка в обсуждение важных вопросов и совместное принятие решений [1].

Ключевое значение в процессе восстановления имеет установление безопасных, искренних и поддерживающих социальных связей, поскольку исцеление во многом происходит через отношения. Ещё один принцип заключается в признании возможности выздоровления независимо от степени уязвимости человека. Важную роль в этом процессе играет взаимодействие с людьми, успешно преодолевшими травматический опыт, а также акцент на развитии устойчивости и личностных ресурсов. Травма-специфические вмешательства направлены на устранение последствий психотравмы и включают уважительное отношение к пострадавшим, предоставление информации о природе травмы, укрепление уверенности в выздоровлении, объяснение взаимосвязи между травмой и её симптомами (например, злоупотребление психоактивными веществами, расстройства пищевого поведения, депрессия, тревожные расстройства), а также сотрудничество с семьёй, друзьями и социальными институтами для комплексной поддержки [1].

Таким образом, несомненно, значимым является учет травма-информированного подхода в сопровождении детей из зоны боевых действий. Одной из важных площадок для подобной работы становятся детские оздоровительные лагеря, предоставляющие возможность безопасного отдыха и восстановления психоэмоционального состояния ребенка.

Одной из первых и наиболее важных рекомендаций является понимание воспитателями и вожатыми ДОЛ психофизиологии травмы и её последствий для ребенка или подростка. Взрослым необходимо понимать, с чем им (возможно) предстоит столкнуться, сопровождая детей с проявлениями психологической травмы. Важно провести психообразование специалистов ДОЛ, включающее лекции с привлечением специалистов; тренинги с отработкой практических навыков по оказания допсихологическая помощи, обучению навыков активного слушания и т.д.

Пребывание детей в лагере должно быть организовано с учетом создания безопасной и предсказуемой среды, что играет важную роль в снижении тревожности и способствует стабилизации эмоционального состояния. Для этого необходимо разработать четкий распорядок дня, позволяющий детям заранее понимать последовательность событий, а также заранее предупреждать их о любых изменениях в программе, чтобы избежать возможного стресса. Вариантом тут может быть наличие расписания дня или списка мероприятий в доступном для детей месте с возможностью участия в изменения последовательности действий. Физическую среду лагеря также необходимо организовать таким образом, чтобы исключить наличие раздражающих факторов, способных вызвать тревожные реакции, таких как громкие звуки или резкие изменения обстановки (в т.ч. важно исключить фейерверки и т.д.). Рекомендуем минимизировать или исключить соревновательный компонент (различные конкурсы, спортивные соревнования) для исключения возможности актуализации травматического опыта (например, длительного нахождения в

подвале в условиях ограниченного доступа к таким базовым ресурсам как вода и еда).

Важнейшим элементом учета травма-информированного подхода в условиях ДОЛ является способ взаимодействия с детьми. Необходимо выстраивать общение в спокойной, ненавязчивой манере, избегая командного или авторитарного тона. Последовательность и предсказуемость в поведении взрослых способствует формированию доверия и снижению уровня тревожности у детей. Важно также учитывать необходимость предоставления ребенку права выбора, что позволяет восстановить чувство контроля над собственной жизнью и способствует его адаптации (можно составить гибкий график мероприятий с возможностью выбора трека, предоставить возможность выбора еды в столовой, формы одежды на каждый день и т.д.).

Социальная адаптация в коллективе также требует особого внимания. Детям и подросткам необходимо время для привыкания к новой среде, поэтому процесс включения в коллектив должен быть постепенным и ненавязчивым (особенно, если в смене есть дети или подростки, проживающие в мирной социальной обстановке). Принудительное участие в коллективных активностях может вызывать стресс, поэтому необходимо предоставлять ребенку возможность самостоятельно решать, в каких мероприятиях он готов участвовать (например, первоначально можно предложить роль наблюдателя). Особое значение в адаптации играет наличие значимого взрослого, который сможет оказать ребенку поддержку, помочь ему выстроить взаимоотношения с окружающими и стать для него точкой опоры (таким взрослым может стать вожатый или воспитатель ДОЛ).

Важно также учесть контекст временного пребывания ребенка или подростка в лагере после длительного нахождения в нестабильной социальной обстановке и не перегружать его мероприятиями.

По возможности рекомендуем обеспечить возможность консультаций с психологом (как групповых, так и индивидуальных), а также организовать занятия с элементами арт-терапии, телесно-ориентированных практик и других методов, способствующих снижению уровня тревожности.

Таким образом, применение травма-информированного подхода в организации пребывания детей из зоны боевых действий в детских оздоровительных лагерях может способствовать снижению риска повторной травматизации, созданию безопасной среды для их восстановления. Включение данных рекомендаций в систему сопровождения позволит специалистам лагеря выстраивать взаимодействие с детьми наиболее бережным и эффективным образом, создавая условия для их полноценного отдыха и психологического восстановления.

Литература

1. Методические рекомендации для программ обучения специалистов по психолого-педагогическому сопровождению и социальной адаптации детей, возвращенных из

зон боевых действий / под ред. О.Е. Хухлаева, О.С. Павловой, Н.В. Тарулиной. М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2022.
2. Коттл Т.В. Травма-информированная практика психологической работы в школе. Социальная психология и общество: история и современность. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием памяти академика РАО А.В. Петровского. 2019. С. 438–440.
3. Якиманская И.С. Социальные представления о детских травмах у специалистов помогающих профессий образования и здравоохранения. Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. 2015. 2. С. 385–395.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994. XXXIV, 886 p.
5. Poole, N., Talbot, C., Nathoo, T. Healing Families, Helping Systems: A Trauma Informed Practice Guide for Working with Children, Youth and Families. 2017. 64 p.

СВЕТЛИЧНАЯ НАТАЛЬЯ ВАЛЕРИЕВНА, арт-терапевт, кризисный психолог, когнитивно-поведенческий терапевт, г. Санкт-Петербург, e-mail: svetlichnaya_nata@inbox.ru

2.6. Клинические и лечебно-реабилитационные аспекты страхов у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях хронического психосоциального стресса

И. А. Синявская

Проблема расстройств аутистического спектра (РАС) является одной из ключевых в детской психиатрии из-за значительного увеличения числа случаев за последние годы. По данным ВОЗ, средняя частота распространенности РАС у детей составляет примерно 1 случай на 100. Согласно последним исследованиям, в глобальном масштабе у одного ребенка из 160 детей фиксируется инвалидность, связанная с РАС [1]. В России, вместе с увеличением числа случаев, растет и заболеваемость РАС: в 2018 году у детей она была 293,1 случая на 100 тысяч, что в 3,4 раза выше, чем два года назад. Расстройства аутистического спектра стали главной причиной детской инвалидности [2].

Проблема тревожно-фобических расстройств у пациентов с РАС также актуальна, поскольку это существенно влияет на их социальную дезадаптацию. По разным данным, тревожные расстройства встречаются у пациентов с РАС с довольно высокой частотой, от 11% до 84%. Большинство исследований показывает, что около половины детей с РАС страдают тревожными расстройствами. Наиболее распространенным типом тревожного расстройства у таких детей является специфическая фобия, с частотой от 31% до 64% [3]. Раннее выявление и лечение коморбидной тревоги при РАС может способствовать более благоприятному прогнозу в отношении развития и курабельности депрессии, агрессии и самоповреждения у таких пациентов. Можно предположить, что больные, страдающие аутизмом, переживают дистресс особого характера в условиях ведения боевых действий в Донбассе.

Нами на базе ГКДОУ Детский сад №11 «Колокольчик» г. Горловка (ДНР) в течение 2017-2022 гг. было обследовано 100 детей с расстройствами спектра аутизма в возрасте от 3 до 8 лет, постоянно проживающих в условиях хронического психосоциального стресса – ведения боевых действий в Донбассе (группа 1). Показатели страхов сравнивались с аналогичными показателями у контрольной группы (группы 2) из 30 здоровых детей такого же возраста, проживающих в аналогичных условиях, и группы сравнения (группы 3): 30 детей аналогичного возраста, проживающих в таких же условиях, но страдающих тревожно-фобической патологией невротического уровня. Контрольная группа и группа сравнения использовались для уточнения специфических отличий у детей в условиях воздействия психосоциального стресса тревожных проявлений при РАС, психологических (здоровых), а также невротических, с возникновением тревожно-фобической симптоматики, формах психогенного реагирования.

Для сравнения групп вычислялись медианное значение возраста, с применением W-критерия Вилкоксона. Доверительные интервалы срединного

значения возраста каждой из групп пересекались. Статистически значимых различий не обнаружено.

За всеми испытуемыми осуществлялось клиническое динамическое наблюдение.

Для определения выраженности аутистических проявлений у детей использовалась оценочная шкала раннего детского аутизма (CARS) (Schopler E., Reichler R.J., DeVellis R.F., Daly K., 1980) [4, 5]. Для оценивания уровня функционирования ребёнка по сравнению с его ровесниками использовался психообразовательный профиль (дополненный) (PEP-R) (2000) [6]. Для определения уровня подверженности страхам использован опросник А.И. Захарова «Подверженность ребенка страхам» [7]. Для оценки интенсивности страхов использовалась Children's Fear Scale (CFS; McMurty C.M. et al., 2011) [8]. Кроме того, для исследования использовалась разработанная нами унифицированная клинико-эпидемиологическая карта изучения психических расстройств у детей, страдающих аутизмом, в которой симптомы (признаки), включая страхи, оценивались по шкале от 0 до 3 баллов по двум параметрам: выраженности и интенсивности.

Методы исследования получили одобрение Комиссии по биоэтике ГОО ВПО ДонНМУ им. Горького (заключение №82/5-1 от 17.12.2020г.) Участие в исследовании было добровольным. Законные представители всех участников исследования дали информированное добровольное согласие на него в письменном виде.

Статистическая обработка полученных результатов проведена при помощи пакета компьютерных программ «STATISTICA». Во всех случаях отличие считалось статистически значимым при уровне значимости $p \leq 0,05$.

У здоровых детей контрольной группы обнаружено влияние хронического психосоциального стресса на их психическое состояние в связи с длительным перенапряжением компенсаторных механизмов из-за постоянного проживания в условиях ведения военных действий, что клинически проявилось повышением уровня тревожности, боязливости: многое вызывает у них стресс, им снятся страшные сны, они боятся грома, грозы, войны, крови, стихийных бедствий, испытывают страх, что умрут сами и умрут их родители. Среднее количество выявленных у каждой из обследованных в этой группе девочек страхов было 21,5 (SD=3,1), для мальчиков данный показатель составил 22,4 (SD=4,3). Достоверные отличия не выявлены ($p>0,05$). Определенное А.И. Захаровым [7, с. 118] среднее количество страхов, в норме соответствующее возрасту каждого из детей, было нами суммировано и разделено на количество обследованных. В результате, среднее количество допустимых в норме в соответствующем возрасте у каждой из обследованных девочек страхов составило 10,6 (SD=1,6), что достоверно ($p \leq 0,001$) меньше среднего количества выявленных у каждой из обследованных девочек страхов. Среднее количество допустимых в норме в соответствующем возрасте у каждого из обследованных мальчиков страхов составило 8,2 (SD=0,6), что также достоверно ($p \leq 0,001$) меньше среднего количества выявленных у каждого из обследованных

мальчиков страхов. Количество выявленных у каждой из обследованных девочек страхов превышало возрастную норму, в среднем, в 2,1 раза (SD=0,4), у мальчиков этот показатель, в среднем, составил 2,7 (SD=0,5), будучи достоверно ($p \leq 0,01$) выше. У всех обследованных данный показатель превышал 1,5, что свидетельствует о перенапряжении психики и необходимости специальных психологических мер по нормализации эмоционального состояния ребенка [9, с. 124]: А.И. Захаров рекомендует сравнивать уровень страха с нормативными значениями для соответствующего возраста [7]; превышение уровня страха в 1,5 раза может указывать на психическое напряжение и необходимость медико-психологической интервенции. Из вышеуказанного также следует, что перенапряжение психики мальчиков оказалось более высоким по сравнению с девочками. Следует отметить, что приведенные данные отчетливо контрастировали с отсутствием соответствующих клинических проявлений: дети их не демонстрировали, визуально не выглядя боязливыми. И для родителей такое количество страхов было удивительным. Объяснить это можно следующим образом. Согласно А.И. Захарову, страхи, проявляющиеся в поведении ребенка, отражают далеко не полную картину его внутренних страхов, часто не отделимых от опасений по поводу вероятности того или иного события. Поэтому выяснить весь спектр страхов можно только специальным опросом при условии эмоционального контакта с ребенком, доверительных отношений и отсутствия конфликта [7, с. 114]. Существует также группа не указываемых родителями, но признаваемых детьми «невидимых» страхов, к которым относятся многочисленные страхи наказания, крови, войны и стихии, смерти родителей и открытых пространств. У мальчиков 7-10 лет к ним присоединяются страхи Скелетов, Призраков, Пиковой Дамы и Черной Руки, то есть, мифических персонажей. Подобные страхи существуют больше в воображении как возможная опасность, угроза. Так что далеко не все страхи детей определяются родителями, особенно отцами. В лучшем случае, это каждый второй страх, и здесь многое зависит от особенностей восприятия родителями страхов детей. Когда страхам не придаётся никакого значения или они отрицаются как враждебный класс явлений, их, конечно же, будет меньше по оценке взрослых. Обычно более чувствительны к определению страхов родители, обладающие достаточной эмоциональностью и впечатлительностью, а также тревожно-мнительными чертами характера. Но и в этом случае количество фактически признаваемых детьми страхов будет бóльшим. Как бы то ни было, лучше всего определяются те страхи детей, которые были в детстве у самих родителей. Из подобных общих страхов выделяются страхи смерти родителей (у родителей в детстве – страхи смерти своих родителей), наказания (у отцов в большей степени), высоты, глубины и темноты (более выражены у матерей). Есть и свойственные только матерям общие с детьми страхи: сделать что-либо не так (неправильно) и не успеть. У отцов к подобным страхам можно отнести страхи уколов и боли (что одно и то же): это отражает большую чувствительность мужчин к боли. К страхам, которые чаще всего, обладая устойчивостью, сохраняются у взрослых

из бывших у них в детстве, относятся страхи высоты (больше у мужчин) и смерти родителей (больше у женщин). Значительно чаще у женщин сохраняются и страхи войны, сделать что-либо неправильно и не успеть, то есть, как инстинктивный, так и социально опосредованный регистры страхов [7, с. 112-114]. Справедливости ради нужно также указать, что, в соответствии с А.И. Захаровым [7, с. 112], есть и так называемые "немые" страхи, часто отрицаемые детьми при опросе, но признаваемые родителями. Это, прежде всего, ситуативные страхи опоздания (у дошкольников), животных и неожиданных звуков. Интенсивность выявленных у обследованных с помощью шкалы CFS страхов представлена в табл. 2.6.1.

Таблица 2.6.1

Результаты исследования с помощью шкалы CFS интенсивности различных страхов у детей

Страх (его содержание)	Интенсивность страха (баллы)			
	Мальчики		Девочки	
	Среднее значение	SD	Среднее значение	SD
Остаться в одиночестве	1,5	1,8	2,1	1,7
Нападения, бандитов	3,0	1,5	3,6	0,6
Заболеть, заразиться	2,9	1,2	2,9	1,1
Умереть	3,3	1,3	3,2	1,4
Что умрут собственные родители	3,4	1,3	3,3	1,4
Каких-то людей	3,2	1,0	2,1*	1,7
Мамы, папы	0,5	0,9	0,1	0,3
Что накажет мама, папа	2,3	1,3	2,0	1,6
Бабы Яги, Кощея, Змея Горыныча, чудовищ	2,5	1,5	2,1	1,8
Опоздать в детский сад	1,8	1,4	1,9	1,6
Когда ложишься спать, перед сном	2,1	1,9	2,0	1,9
Страшных снов	2,5	1,7	2,7	1,6
Темноты, когда темно	3,4	1,3	3,5	1,1
Животных: волка, медведя, собак, насекомых, пауков, змей	2,9	1,6	3,9*	0,4
Машин, поездов, самолетов	1,9	1,0	1,2	1,4
Бури, урагана, наводнения, землетрясения	3,5	0,7	3,5	0,9
Когда высоко	2,5	1,6	3,4	1,2
Когда глубоко	1,0	1,6	2,4*	1,9
В маленькой тесной комнате, помещении, туалете, метро, переполненном автобусе	0,5	1,3	0,8	1,6
Воды	1,5	1,5	0,3*	0,5
Огня	2,4	1,4	2,4	1,6
Пожара	3,8	0,4	3,6	1,2
Войны	3,5	0,8	2,6	1,8
Больших улиц, площадей	0,6	1,3	0,0*	0,0
Кроме зубных, других врачей	0,5	1,2	0,4	1,2

Страх (его содержание)	Интенсивность страха (баллы)			
	Мальчики		Девочки	
	Среднее значение	SD	Среднее значение	SD
Крови, когда идёт кровь	1,0	1,4	1,4	1,8
Уколов	3,3	1,0	2,9	1,6
Боли, когда больно	2,5	1,5	2,5	1,6
Неожиданных резких звуков, когда внезапно что-нибудь стукнет, упадет	1,3	1,7	1,6	1,8
Сделать что-либо плохо	1,9	1,1	2,6	1,6
Не успеть куда-то прийти или что-то сделать	1,9	0,9	1,9	1,6

Примечание: * – $p \leq 0,05$

Из представленных в табл. 2.6.1 данных следует, что, как у мальчиков, так и у девочек, преобладали (средняя интенсивность страхов более 3,0 баллов при максимуме 4 балла) страхи нападения бандитов, собственной смерти, смерти родителей, темноты, стихийных бедствий (бури, урагана, наводнения, землетрясения), пожара. У девочек также – животных (волка, медведя, собак, насекомых, змей) и высоты, у мальчиков – войны, уколов и посторонних людей. При этом, страх животных у девочек был достоверно ($p \leq 0,05$) выше, чем у мальчиков. Данный страх, таким образом, у обследованных нами девочек трудно отнести к категории «немых». Обращает на себя внимание также достоверно ($p \leq 0,05$) бóльшая выраженность у мальчиков страха посторонних людей. В целом, представляется очевидным, что выявленные наиболее интенсивные страхи, несмотря на «потенциальную чувствительность» ко многим из них родителей, отчетливо ими не идентифицировались у собственных детей. Из числа таких "невидимых" страхов выделяются своей интенсивностью страхи стихийных бедствий (у мальчиков и девочек), войны (у мальчиков) и смерти собственных родителей (у мальчиков и девочек). В наименьшей степени (средняя интенсивность 1,0 балла и менее) как у мальчиков, так и у девочек проявлялись страхи мамы и папы, ограниченных пространств (тесноты), больших улиц и площадей, врачей (кроме зубных). У девочек к данной категории также относился страх воды, у мальчиков – глубины (когда глубоко) и крови (когда идёт кровь). При этом, у мальчиков страх воды оказался достоверно ($p \leq 0,05$) выше, чем у девочек, как и страх больших улиц и площадей. В то же время, мальчики достоверно ($p \leq 0,05$) меньше боялись глубины. Таким образом, можно сделать следующие выводы, относящиеся к характеристике страхов у психически здоровых детей, проживающих в условиях хронического психосоциального стресса. Страхи у них демонстрируют субклинический уровень перенапряжения психики, более выраженного у мальчиков. Клинически данные страхи не проявлялись, и для родителей их большое количество было удивительным, что может объясняться отсутствием соответствующих поведенческих изменений у детей и наличием группы «невидимых» страхов, не указываемых родителями, но признаваемых детьми. Как у мальчиков, так и у девочек, преобладали страхи нападения

бандитов, собственной смерти, смерти родителей, темноты, стихийных бедствий, пожара. У девочек также – животных и высоты, у мальчиков – посторонних людей, войны и уколов. При этом, страх животных был достоверно ($p \leq 0,05$) выше у девочек, а страх посторонних людей – у мальчиков. Из числа «невидимых» наиболее интенсивными оказались страхи стихийных бедствий (у мальчиков и девочек), войны (у мальчиков) и смерти собственных родителей (у мальчиков и девочек). Наименее интенсивными как у мальчиков, так и у девочек оказались страхи мамы и папы, ограниченных пространств (тесноты), больших улиц и площадей, врачей (кроме зубных). У девочек к данной категории также относился страх воды, у мальчиков – глубины (когда глубоко) и крови (когда идёт кровь).

В группе детей с тревожно-фобическими проявлениями удельный вес страхов был похожим, с тем отличием, что у них происходил срыв адаптационных возможностей психики. И у данных детей страхи проявлялись клинически.

Дети же, страдающие РАС (детским аутизмом), демонстрируют парадоксальную реакцию на стрессовые ситуации: значительно эмоционально нагруженные события, которые, казалось, должны были бы вызывать выраженные эмоциональные реакции, не сопровождаются у них, тем не менее, никакими переживаниями. И, наоборот, обыденные события, вещи у детей, страдающих аутизмом, вызывают страх.

Медианные значения уровня страха были измерены в вышеуказанных трех группах детей: с аутизмом, здоровых детей и детей с тревожными проявлениями (табл. 2.6.2).

Таблица 2.6.2

Среднее количество страхов согласно применению опросника А.И. Захарова в исследуемых группах

Показатель	1 гр. (n=100)	2 гр. (n=30)	3 гр. (n=30)	Уровень значимости статистических различий, p
Среднее количество страхов по А.И. Захарову (Me(Q1;Q3))	12(9;15)	21(19;22)	22(20;25)	p1<0,001** p2<0,001** p3=0,058
Удельный вес страхов, превышающий в 1,5 раза среднее количество по А.И. Захарову (абс;%(95%ДИ))	36; 36,0% (26,8%-45,7%)	20; 66,7% (48,3%-82,7%)	27; 90,0% (76,3%-98,2%)	p1=0,006* p2<0,001** p3=0,059
Примечание: статистические различия вычислялись с применением W-критерия Вилкоксона; при расчете интервальных значений и сравнении доли для двух групп применялось угловое преобразование Фишера (с учетом поправки Йейтса); p1 – уровень значимости статистических различий между 1 гр. и 2 гр.; p2 – уровень значимости статистических различий между 1 гр. и 3 гр.; p3 – уровень значимости статистических различий между 2 гр. и 3 гр.				

Из табл. 2.6.2 следует, что отмечено статистически значимо меньшее значение уровня страха в группе детей с аутизмом по сравнению со здоровыми и тревожными детьми.

Анализируя удельный вес страхов, превышающий в 1,5 раза допустимые в норме, можно отметить, что у 36,0% детей в группе с аутизмом этот показатель был выше в 1,5 раза. В группе здоровых детей он составлял 66,7%, а в группе детей с тревожными проявлениями – 90,0%. В группе детей с РАС количество обследуемых со страхами, превышающими допустимые в норме, было статистически достоверно меньше, чем в группе здоровых детей ($p \leq 0,01$) и в группе тревожных детей ($p \leq 0,001$).

При сравнении видов страхов согласно опроснику А.И. Захарова «Подверженность ребенка страхам» оценивалась степень различия между медианами выборок, и проверялась гипотеза о равенстве средних значений. Многие исследователи являются сторонниками теории о происхождении страхов вследствие влияния предшествующего травмирующего опыта [10]. В данном случае формирование страха выступает как приспособительный механизм при взаимодействии с окружающим миром. Поэтому параллельно оценивался предыдущий опыт: был ли зафиксирован самим ребенком или его родителями факт предшествующего травматического переживания, после которого у ребенка сформировался страх. Наличие опыта также сравнивалось в группах.

У детей с аутизмом, в сравнении с группой здоровых детей, было достоверно меньше медианное значение интенсивности страхов остаться в одиночестве ($p \leq 0,001$), нападения бандитов ($p \leq 0,001$), заразиться ($p \leq 0,001$), смерти собственных родителей ($p \leq 0,05$), каких-то людей ($p \leq 0,001$), наказания мамой, папой ($p \leq 0,01$), опоздать в детский сад ($p \leq 0,001$), животных ($p \leq 0,05$), бури, урагана ($p \leq 0,05$), глубины ($p \leq 0,05$), в маленькой тесной комнате ($p \leq 0,05$), воды ($p \leq 0,05$), пожара ($p \leq 0,001$), войны ($p \leq 0,001$), крови ($p \leq 0,05$), уколов ($p \leq 0,001$), боли ($p \leq 0,05$), громких звуков ($p \leq 0,001$).

У детей с аутизмом достоверно ($p \leq 0,001$) реже, чем у здоровых и тревожных детей, встречался предшествующий травматический опыт при формировании следующих видов страха: остаться в одиночестве, опоздать в детский сад, животных, машин, поездов, самолетов, войны. У группы детей с РАС статистически значимо реже встречался предшествующий травматический опыт формирования страха наказания родителями, чем у здоровых ($p \leq 0,01$) и обследуемых с тревожно-фобическими проявлениями ($p \leq 0,001$).

Группа детей с аутизмом, проживающая в условиях хронического психосоциального стресса, как указано выше, продемонстрировала более низкое количество страхов и интенсивность страхов по сравнению с детьми здоровой и патологически тревожной групп. Видимо, это связано с нарушениями в эмоциональной сфере. Нормотипические дети копируют поведение взрослых. В процессе наблюдения за окружающим миром ребенок действует как «сканер», стараясь повторить реакции своих родителей [11]. У

детей с РАС эмоциональная сфера развивается с нарушениями. У них возникают трудности понимания социальных сигналов и эмоций других людей, включая реакции на опасные ситуации. Это может приводить к снижению осознания риска, что искажает восприятие потенциальных опасностей [12]. Дети с аутизмом живут в собственном мире. При этом, из-за собственной нарушенной взаимосвязи с окружающим миром, они его опасаются и не способны отслеживать динамику и тенденции происходящих вокруг них событий, что в конечном итоге приводит к нарушению выработки приспособительного поведения.

Сравнивая удельный вес страхов в трех группах, можно дополнительно отметить, что у здоровых и тревожных детей преобладали страхи нападения, пожара, войны, остаться в одиночестве, собственной смерти, смерти родителей, физического повреждения (крови, уколов, боли, животных, заразиться, физического наказания), резких громких звуков. Ключевым элементом, объединяющим все эти страхи, является страх перед смертью. Все эти страхи связаны с возможной угрозой жизни самого ребенка или его близких и могут поставить под угрозу чувство безопасности и защищенности, которое считается основополагающим. Это вполне объяснимо, учитывая проживание детей в условиях хронического психосоциального стресса.

Дети дошкольного возраста с аутизмом могут по-разному реагировать на наказания, и их реакция часто зависит от индивидуальных особенностей, уровня развития, а также от того, как именно применяется наказание.

Исследования показывают, что дети с аутизмом не всегда правильно интерпретируют социальные сигналы и последствия своих действий. Наказания, достаточно эффективные для нормотипичных детей, могут не дать ожидаемого результата у детей с аутизмом, которые, например, не всегда понимают, за что именно их наказывают, или не связывают наказание с предшествующим поведением. Неоправданное увеличение чувствительности к стимулам, возможно, вызвано аномалией в системе прагматической оценки у людей с аутистическими расстройствами. Из-за избытка информации им сложнее сформировать внутреннюю модель и обобщить опыт из прежних ситуаций. Это приводит к неуверенности в своих решениях, неспособности адекватно оценить свою компетентность и предсказать реакции окружающих [13]. И, как указано выше, дети, страдающие РАС, демонстрируют парадоксальную реакцию на стрессовые ситуации: значительно эмоционально нагруженные события, которые, казалось, должны были бы вызывать выраженные эмоциональные реакции, не сопровождаются у них, тем не менее, никакими переживаниями.

Обращают на себя внимание как высокие значения страхов у здоровых детей, так и доля детей, чья психика переживает напряжение.

Исследования показывают увеличение уровня страхов у современных дошкольников, проживающих в обычных условиях, что связывается с избыточностью информационной среды. Современное общество характеризуется быстрым распространением информации через СМИ и

социальные сети, что подвергает детей стрессу и влияет на их развитие. В.И. Ильясова считает, что дети легко поддаются внушению, и после просмотра сцен насилия и убийств у них могут возникнуть страх и беспокойство. Взрослый может не заметить изменений в поведении ребенка, у которого жуткие образы и звуки способны вызывать беспокойство, кошмары или невротические симптомы [14, 15].

А.П. Ковалевская отмечает, что, когда ребенок сталкивается с разрушениями домов и потерей жизней из-за военных действий, находится на грани смерти, вынужден слышать громкие звуки (взрывы, гул техники, крики) и жить в неблагоприятных условиях (подвалы), все это оказывает серьезное воздействие на его психологическое состояние [11]. Дети, которые проживают в Горловке, находятся в условиях непрерывного ведения боевых действий на всем протяжении времени. Они испытывают стресс особого характера. Линия фронта, в среднем, находится в 10-15 км от любой точки весь период военного конфликта, невзирая на объявленные перемирия, боевые действия не прекращались. Фактически психика детей непрерывно мобилизована. Из-за своего молодого возраста дошкольные дети не могут эффективно обрабатывать негативные последствия военной обстановки. Их психика формируется, поэтому она уязвима перед негативными эффектами военных конфликтов.

Согласно выводам, сделанным А.Л. Венгер и Е.И. Морозовой, наиболее распространенными жалобами «бесланских» детей являлись различного вида страхи, нарушение сна [16, с. 20]. Страх может сохраняться долго, и дети способны открыто его не выражать. Они в этих случаях утверждают, что им ничего не страшно, разговаривая о своих переживаниях с родителями или специалистами. Многие исследователи связывают это явление с понятием «страх страха». Например, у детей, переживших Бесланскую трагедию, сначала возникали усиленные страхи, проявлявшиеся в повышенной пугливости [17].

Таким образом, в целом, дети с аутизмом, проживающие в условиях хронического психосоциального стресса, продемонстрировали более низкие количество и интенсивность страхов по сравнению с обследуемыми здоровой и тревожной групп; такие дети иначе реагируют на воздействие хронического психосоциального стресса, чем нормотипичные и страдающие тревожно-фобическими расстройствами невротического уровня обследуемые.

Разрабатывая лечебно-реабилитационные мероприятия при тревожно-фобических нарушениях у детей, страдающих расстройствами аутистического спектра, в условиях психосоциального стресса, мы исходили из ныне существующих клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации [18], где отмечено, что в настоящий момент ни один лекарственный препарат не имеет доказательств способности влиять на ключевые симптомы РАС, и основные методы лечения РАС носят преимущественно немедикаментозный характер, включая поведенческие, образовательные и психологические вмешательства. Вместе с тем, указывается, что фармакологические средства могут быть эффективными при лечении коморбидных расстройств, включая, в частности, тревогу. При этом, отмечено, что

применение лекарственных средств рекомендовано в тех случаях, когда поведенческие симптомы вызывают значительные нарушения функционирования и не поддаются немедикаментозной коррекции.

Немедицинские (поведенческие, психологические и образовательные) вмешательства при РАС являются комплексными (comprehensive) и целевыми (focused). Комплексную программу характеризует интенсивность, продолжительность, многокомпонентность и нацеленность на весь спектр навыков, важных для развития пациента с РАС, в то время как целевое вмешательство может быть кратковременным и направленным на достижение результата, важного в текущий момент, – например, избавления от определенного вида нежелательного поведения. К целевым вмешательствам в данных клинических рекомендациях относится когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ), используемая для снижения тревожности у детей и подростков с РАС без интеллектуальной недостаточности.

Нами был сделан вывод о применимости принципов первичного воздействия при посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) у детей и в случае наличия у них РАС (при достаточном для проведения КПТ уровня интеллекта).

Отмечено различие между аберрантным усвоением угроз при ПТСР, возникающем в раннем детстве, и во взрослом возрасте. В то время как повышенная бдительность (гипервигилитет) и чувство укороченного будущего являются «центральными» симптомами, оказывающими огромное влияние на все остальные, как у подростков, так и у взрослых, у детей в качестве центральных проявляются симптомы избегания активности, а также – физиологической реактивности [19]. Например, ребенок затрудняется идентифицировать медицинский персонал как безопасный, а не угрожающий.

Руководствуясь принципами КПТ и основанной на цикле конфликта модели кризисного вмешательства в жизненном пространстве (LCSI), работник психического здоровья может успешно провести вынужденное, «рыхлое» интервью с пациентом-ребенком с ПТСР в условиях отделения неотложной помощи [20]. Его вклад в разрядку или эскалацию ситуации можно увидеть на рисунке.

Кризисное вмешательство в жизненном пространстве – это основанная на работе головного мозга, травма-информированная, вербальная стратегия построения взаимоотношений, которая превращает кризисные ситуации в возможности обучения для молодых людей, демонстрирующих проблемное поведение. LSCI предоставляет педагогам, консультантам, социальным работникам, психологам, работникам по уходу за детьми и молодежью, родителям и другим оказывающим помощь взрослым систематический 6-этапный процесс перехода от стресса и конфликта к инсайту и долгосрочному изменению поведения [21].

Во фрустрирующей ситуации общения взрослому слишком легко забыть, что единственный фактор, который он действительно может контролировать с ребенком, находящимся в беде, – это его собственная реакция. Когда

обеспечена безопасность пациента, спокойный, сострадательный подход проецирует беспокойство и любопытство, регулирует как ребенка, так и интервьюера и способствует переосмыслению ситуации как менее угрожающей. Ребенку предлагают еду. Стратегическое молчание взрослого и нереагирование на антисоциальное поведение позволяют избегать обратного связывания с циклом конфликта [20].



Рис.2.6.1. Смешанная модель конфликта КПТ и кризисного вмешательства в жизненном пространстве (LCSI) [20].

Внешнее сплошное кольцо изображает цикл конфликта. При эскалации ребенок изо всех сил пытается получить доступ к мыслям и рефлекторно прибегает к неадаптивному избеганию и повторению предыдущего травматического опыта. Опытный, терпеливый интервьюер (Δ) помогает в регулировании посредством отвода, стратегической нереактивности, просоциальной рефлексии и подтверждения способностей ребенка. После регулирования у ребенка появляется больше доступа к мыслям, рассуждениям, решению проблем и, в конечном счете, обучению.

Ровное дыхание помогает пациенту успокоить свои сильные эмоции. Как только его поведение становится хоть немного регулируемым – и ни минутой раньше – взрослый обращается к нему с простым сообщением, состоящим из трех частей: «Я понимаю, что ты очень зол, но я не знаю, на что ты так зол. Мне бы очень хотелось услышать, что происходит с твоей точки зрения». Это заявление сразу же признаёт страдания пациента, выражает потребность узнать больше и готовность попытаться понять [21].

Следующее приглашение оформляет переход от отстраненности к пониманию и решениям: «Я могу сказать, что это серьезная ситуация для тебя. Она требует серьезного размышления о том, что будет тебе полезно» [21]. Взрослый использует рефлексивное слушание (вербальное и невербальное), намеренно и тонко формируя продуктивное общение, а также распознавая просоциальное поведение [20]. Вместо того, чтобы играть на неадаптивных попытках ребенка проецировать контроль над другими, взрослый подтверждает

его способности и самоконтроль: «Хотя это и сложно, когда ты говоришь о подобной проблеме, из путаницы начинает появляться её смысл. Тебе удается с ней справиться» [21].

Большинство вмешательств, ориентированных на молодежь, непосредственно сосредоточены на изменении проблемного и шаблонного поведения детей [21]. Хотя это и естественный рефлекс исправления, данный состязательный подход в лучшем случае близорук, а в худшем – закрепляет проблемное поведение, что приводит к контртерапевтическим эффектам и дальнейшему недоверию к детям-пациентам с ПТСР и другим молодым людям с травматическим анамнезом. Эффективные изменения начинаются со взрослыми. Ребенок не должен испытывать недостатка в «жизненном материале» для взаимодействия и общения. Мягкий стиль воздействия не только позволяет разработать план безопасности, но также выявляет основные проблемы, лежащие в основе тревожного поведения пациента, открывая путь для дальнейшей амбулаторной работы.

Интервьюер в дальнейшем совместно с родителями моделирует для семьи уравновешенное общение, нейтралитет по отношению к провокациям, селективную и просоциальную рефлексию и искреннее поощрение. Родители (опекуны) могут извлечь пользу из этого подхода с подтверждением, пониманием и состраданием относительно их собственных трудностей, связанных с заботой и наилучшей помощью своему ребенку.

Мы включили метод LSCI в систему лечебно-реабилитационных мероприятий при тревожно-фобических нарушениях у детей с расстройствами аутистического спектра, в условиях психосоциального стресса, для случаев, когда уровень интеллекта оказывался достаточным для проведения КПТ. В результате применения разработанного нами лечебно-реабилитационного комплекса отмечено достоверное ($p<0,05$) уменьшение у обследованных интенсивности страхов, связанных с музыкой и бытовыми шумами, и, в целом, снижение интенсивности клинических проявлений тревожно-фобической симптоматики.

Литература

1. Расстройства аутистического спектра: клинические рекомендации. М., 2020. 104 с.
2. Терлецкая Р.Н., Кузенкова Л.М., Винярская И.В., Лашкова А.Н. Современные аспекты распространенности аутизма среди детей различных возрастных групп. Российский педиатрический журнал. 2020; 23(1): 21-27.
3. Burchi E., Hollander E. Anxiety in autism spectrum disorder. ADAA. 2018. URL: https://adaa. org/learn-from-us/from-the-experts/blog-posts/professional/anxiety-autism-spectrum-disorder (дата обращения 23.08.2025).
4. Schopler E., Reichler R., De Vellis R., Daly K. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). J. of Autism and Developmental Disorders. 1980; 10: 91-103.
5. Schopler E., Reichler R.J., Renner B.R. The Childhood autism rating scale (CARS). Los Angeles, CA: Western Psychological Services; 1988. 16.

6. Schopler E. Profil psychoedukacyjny PEP-R. URL: https://w.bibliotece.pl/1709168/Profil+psychoedukacyjny+PEP-R (дата обращения 23.08.2025).
7. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. Серия «Психология ребенка». СПб.: «Издательство СОЮЗ»; 2000. 448 с.
8. McMurty C.M., Noel M., Chambers C.T., McGrath P.J. Children's fear during procedural pain: preliminary investigation of the Children's Fear Scale. Health Psychol. 2011; 30(6): 780-788.
9. Алексеева Е.Е. Психологические проблемы детей дошкольного возраста. Как помочь ребенку?: Учебно-методическое пособие. СПб.: Речь; 2008. 283 с.
10. Зайцева О.Ю. Социальные страхи детей как предмет психологического исследования. Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2016; 5(3): С. 258-261.
11. Ковалевская А.П. Влияние экстремальной ситуации военного конфликта на эмоциональное состояние детей дошкольного возраста. Вестник Вятского государственного университета. 2020; 2: С. 142-149.
12. Рогачева Т.В., Михайлова Е.И. Специфика самовосприятия детьми с расстройством аутистического спектра. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2017; 9(4) [Электронный ресурс]. URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global /2017_4_45/nomer03.php (дата обращения: 23.08.2025).
13. Козунова Г.Л., Новиков А.Ю., Строганова Т.А., Чернышев Б.В. Нетерпимость к неопределенности и трудности принятия решений у взрослых людей с высокофункциональным аутизмом. Клиническая и специальная психология. 2022; 11(4): 30-69. doi.org/10.17759/cpse.2022110402
14. Кочетова Ю.А. Зарубежные исследования сепарационной тревоги. Современная зарубежная психология. 2022; 11(1): 39-47 [Электронный ресурс]. URL: https://psyjournals.ru/journals/jmfp/archive/2022_n1/jmfp_2022_n1_Kochetova_Klimakova. pdf (дата обращения: 23.08.2025). doi.org/10.17759/jmfp.2022110104
15. Сиврикова Н.В., Лукичева Е.А. Восприятие смерти: динамика в детском возрасте. Гуманитарные исследования. Педагогика и психология. 2022; 11: 72-80. [Электронный ресурс]. URL: https://lk.pspu.ru/Shared/Гуманитарные_исследования_2022_11.pdf (дата обращения: 23.08.2025). doi.org/10.24412/2712-827X-2022-11-72-80
16. Венгер А.Л., Морозова Е.И. Психологическая помощь детям и подросткам после Бесланской трагедии. 174. URL: https://nsportal.ru/vuz/psikhologicheskie-nauki/library/2023/12/03/a-l-venger-e-i-morozova-psihologicheskaya-pomoshch (дата обращения: 23.08.2025).
17. Ахмедова Х.Б. Мирные жители в условиях военных действий: личностные черты и расстройства адаптации. Психологический журнал. 2003; 24(3): 37-44.
18. Расстройства аутистического спектра: Клинические рекомендации. М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации; 2024. URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/594_3 (дата обращения: 23.08.2025).
19. Russell J.D., Heyn S.A., Herringa R.J. Through a developmental lens: emerging insights to understand and treat pediatric PTSD. Am. J. Psychiatry. 2023; 180(9): 636-644.
20. Hazarika O.D., Herringa R.J. Tango without touching: defusing pediatric PTSD in the emergency department. Psychiatric Times. 2024; 41(8): 39-31.
21. Level 2: LSCI refresher course. Life Space Crisis Intervention. URL: https://www.lsci.org/modules/stage-1-drain-off/ (дата обращения 23.08.2025).

СИНЯВСКАЯ ИННА АЛЕКСАНДРОВНА, аспирант кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького».

ГЛАВА 3

ЭКСТРЕННАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ. ТРАВМАТЕРАПИЯ КОМПЛЕКСНЫХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ

3.1. Разработка и методология стратегии совладания и восстановления психической адаптации к условиям повышенного риска для жизнедеятельности у лиц молодого возраста

О. Н. Голоденко, В. А. Абрамов, В. Ал. Абрамов

Личностно-ориентированное восстановление является основным гарантом хорошего качества жизни и социального функционирования. Данный подход нацелен на активизацию самостоятельного внутреннего поиска психологических ресурсов адаптации, ориентируясь на систему духовных ценностей, мотивационных стремлений и самоидентичность. Благодаря данному подходу, человек может достичь полноценного личностного выздоровления, безотносительно симптомов болезни [1-3].

В рамках личностно-ориентированного подхода были изучены механизмы, динамика и структура психической дезадаптации в условиях длительного военного стресса у лиц молодого возраста [4-7]. На основании полученных данных была обоснована, разработана и оценена эффективность стратегии совладания и восстановления психической адаптации. Целью данной стратегии была редукция субклинических симптомов психической дезадаптации, активация защитных психологических ресурсов и социальная адаптация личности. Конечным результатом целевого комплекса являлось повышение качества жизни, в его глубоком понимании экзистенциальной исполненности.

При разработке стратегии совладания и восстановления психической адаптации, исследователи базировались на полученных эмпирическим путем основных феноменологических клинико-психологических характеристиках лиц молодого возраста с психической дезадаптацией: 1) истощение ресурсов устойчивости – снижение самоэффективности в обеих сферах жизнедеятельности, неудовлетворенность психическим благополучием, пессимистическое видение будущего; 2) нарушение процессов саморегуляции и жизнестойкости, снижение мотивации к восстановлению межличностного общения; 3) дезадаптивная трансформация копинг-стратегий, на фоне сниженной адаптивности с неприятием себя и других. Выявленное истощение ресурсных возможностей у лиц молодого возраста привело к снижению качества жизни, в виде субъективной потери ощущения наполненности жизни определённым смыслом и отчуждения от собственной личности (самой тяжелой формой отчуждения). Несмотря на то, что респонденты сохранили

стремление к восстановлению позитивных семейных взаимоотношений и с окружающими, доброжелательное отношение и желание дружеского участия, у них снижались мотивационные процессы и нарастало отчуждение как в производственной сфере, так и в межличностных отношениях, за счёт низкой самоэффективности и пессимистических взглядов. Всё это, в совокупности, приводило к потере поддержки со стороны внешних ресурсов, к бессилию (как субъективному чувству неспособности достичь цели, отсутствие веры в свои способности) и нигилизму (отрицание проблем и приспособление к более эмоционально-комфортным формам поведения и ценностным ориентирам, маскирующее потерю смысловой связи с жизнью). И, в конечном итоге, к трансформация адаптивных и защитных копингов в дезадаптивные и истощающие (поиск социальной поддержки → дистанцирование, принятие ответственности → бегство-избегание, конфронтация → самоконтроль). Кроме этого, при разработке программы совладания и восстановления психической адаптации, учитывая индивидуальный подход к каждому участнику терапевтической группы: жизненные установки, особенности субъективного контроля.

Подбор техник основывался на мишенях, требующих восстановления и активации (личностные ресурсы) и возрастных особенностях молодости. Авторы стремились заинтересовать лиц молодого возраста, по возможности предлагать свободный выбор некоторых техник (тренинги саморегуляции), учитывались увлечения и интересы респондентов, их занятость в течение дня. Взаимоотношения строились на доверительных, понимающих и рефлексивных основах. Стратегическая программа состояла из трех этапов, первый этапы продолжался весь период терапевтического вмешательства.

Первый этап. Тренинги, направленные на восстановление ресурсов саморегуляции.

Упражнение «Резиновое время». После освоения метода под контролем специалиста, рекомендовано выполнять ежедневно, на протяжение всего периода психологической интервенции.

Цель: контроль психоэмоционального напряжения.

Методика «Ритмического дыхания». Выполнялась перед началом каждой психологической интервенции при групповых занятиях. После освоения метода респондентам рекомендовалось проводить его самостоятельно в любое свободное от занятости время 1-3 раза в день.

Цель: восстановление процессов саморегуляции на эмоциональном уровне.

Управление дыханием. После освоения техники под контролем специалиста, упражнение рекомендовалось выполнять ежедневно после утреннего пробуждения.

Цель: повышение уровня активности, мотивации.

Управление мышечным тонусом. Техники осваивались во время первых визитов к специалисту, а затем выполнялись самостоятельно в свободное от занятости время. Выбор «своего» упражнения предоставлялся участнику

терапевтической группы самостоятельно, по его предпочтению. Рекомендовалось проводить ежедневно перед сном.

Цель: релаксация, снятие мышечного и эмоционального напряжения.

Техники визуализации. Рекомендовалось практиковать визуализацию 2–5 минут по четным дням недели, в удобное для респондента время.

Цель: релаксация на уровне эмоционального спокойствия.

Аутогенная тренировка. Рекомендовалось проводить 1-3 раза в день по 10–20 минут: утром, днем (в перерыве) и вечером перед сном, в течение первых двух недель тренинга. Затем частоту занятий уменьшали до 1 раза в день по нечетным дням недели.

Цель: повышение эмоционального тонуса, продуктивной деятельности, достижение цели.

Для облегчения самоконтроля, выполнение всех техник вне терапевтического учреждения заносилось в дневник респондента с указанием даты и времени проведения (с учётом возрастных особенностей, чаще всего это был электронный дневник в телефоне). Кроме рекомендуемой частоты проведения техник саморегуляции, акцентировалось внимание респондента на возможности использования их в любой ситуации, связанной с психоэмоциональным напряжением.

Второй этап. Тренинг самоэффективности.

Главная задача тренинга «Самоэффективность – путь к уверенному успеху», это заложение основных компетенций, определяющих уверенное поведение, здоровое восприятие себя и позитивного внутреннего отношения человека. Данный тренинг создавал оптимальные условия для роста личной самоэффективности и долгосрочного развития каждого участника курса. Метод основан на когнитивно-поведенческом подходе, проводился в группах из 6-8 человек. Для каждого блока выделялось отдельное занятие, длительностью 2 академических часа (80 минут). После каждого занятия участники группы получали домашнее задание для тренировки освоенных навыков. Завершался курс «Финальным занятием», для закрепления достигнутых результатов. Всего 8 занятий. Встречи назначались 1 раз в неделю. Общая продолжительность курса: 16 академических часов в течение 2-х месяцев. Перед каждым занятием проводился тренинг «Ритмического дыхания».

Цель: активация и восстановление уверенного поведения, здорового самовосприятия и позитивного внутреннего отношения, жизнестойкости и психического благополучия.

Третий этап. Авторский тренинг совладания со стрессом.

Для того чтобы запустить совладающий когнитивно-поведенческий процесс, авторы отталкивались от результатов исследования лиц молодого возраста. При разработке данного тренинга учитывались теории мотивации как ожидаемой ценности. Левин и Толман определили понятие «ценность» как центральную для мотивационной теории привлекательности, но для того чтобы то или иное событие в стрессовой ситуации приобретало осмысленность (ценность) необходимо выработать более глубокое понимание стрессовых

обстоятельств, путем нахождения путей активного решения проблем. Для плодотворности данного процесса необходимо адаптировать жизненные установки, развивая оптимистическое видение будущего, что улучшит мотивационный процесс. Согласно теории саморегулирования Карвера и Шейера, человеческая мотивация преодолевать трудности ради поставленных задач остается высокой только тогда, когда есть уверенность в вероятном успехе. При появлении серьезных сомнений относительно достижения цели люди часто отказываются продолжать усилия из-за снижения ожиданий позитивного результата. Важно отметить, что эти изменения в когнитивной оценке также сопровождаются сменой эмоционального состояния: при оптимистичных прогнозах преобладают положительные чувства и настройка, а при возникновении значительных препятствий – негативные эмоции.

Задачами тренинга были выделены: 1. трансформация стрессовых ситуаций в благоприятные для личности; 2. оптимизация жизненных установок в видении перспективного будущего; 3. восстановление межличностных отношений и социальной поддержки; 4. моделирование совладающего поведения с применением на практике адаптивных копинг-стратегий.

Поставленные задачи наиболее эффективно решались при наличии крепкого фундамента самоэффективности, который определяет: осмысленность жизненной позиции, регуляцию поведения и чувств, принятие себя и развитие уверенности в своих мыслях и поступках, взаимопонимание с социумом. Восстановление механизмов эмоциональной саморегуляции помогали осознавать, принимать и выражать собственные эмоции, нужды и стремления, адаптировать формы их проявления к социальным нормам, снижать уровень эмоционального стресса и обеспечивать эффективный контроль над процессом эмоциональных переживаний, предотвращая неполное их проявление и избегая фиксации.

Таким образом, разработанный авторами тренинг, представляющий третий этап предложенной программы совладания и восстановления психической адаптации к условиям повышенного риска для жизнедеятельности у лиц молодого возраста, охватывает широкий спектр психологических мишеней: жизнестойкость, психологическое благополучие, жизненные установки, субъективный контроль. Восстановление и активация данных феноменов способствовало конструктивной трансформации совладающего поведения.

Данный тренинг основывался на методе Мейхенбаумом под названием «прививка от стресса», базирующемся на принципах когнитивной психологии и подходе Р. Лазаруса, согласно которому восприятие стрессоров каждым человеком определяет, насколько сильно стресс повлияет на его состояние [8].

Процесс разработанного эмпирическим путем тренинга включал три ступени: 1. «Выявление» - респондент самостоятельно определял ключевые стрессоры и, при помощи самонаблюдения, анализировал свои ожидания и планы. Терапевт помогал различить адаптивные и неэффективные стратегии, негативные и иррациональные мысли, убеждения и взгляды, которые

способствовали эмоциональному дистрессу и поведенческим проблемам; 2. «Вмешательство» - респондент обучался здоровым методам преодоления стресса, бросать вызов своим негативным мыслям и поступкам, заменять их более оптимистичными и адаптивными, включая тренировки когнитивного, моторного и поведенческого реагирования на стрессовые ситуации до, во время и после их возникновения, формируя адаптивную мотивационную стратегию; 3. «Культивирование» – на практике в повседневной жизни респондент применял изученные техники, практикуя уже сформированную конструктивную мысль убеждение в реальных ситуациях, пока они не стали автоматическими. Терапевт выполнял функцию поддержки и контроля, предлагая домашние задания, для отработки новой, адаптивной мысли, убеждения и стратегии в реальных жизненных ситуациях.

Диагностика и интервенция в данном методе тесно переплетены: цели, анализ поведения и планирование вмешательства определялись на каждом этапе и корректировались в процессе. Сам процесс психологической интервенции являлся непрерывной диагностикой, где терапевтические действия давали новую информацию для корректировки стратегий. Завершение диагностической фазы условно определялось моментом, когда достигались согласованные с клиентом цели, подтвержденные диагностическими инструментами. Начало проведения данного тренинга было определено после завершения курса самоэффективности. Для каждой ступени тренинга было разработано по 2 занятия. Длительность всего курса составила около 3-4 недель для каждой группы из 6-8 человек, в некоторых случаях добавлялось одно или два занятия. Каждое занятие длилось 2 академических часа (80 минут), сессии проводились 2 раза в неделю. Общая продолжительность терапевтического курса 12-16 часов.

Цель: когнитивная реструктуризация; развитие диспозиционного оптимизма; восстановление психологического благополучия и жизнестойкости, формирование адаптивных копинг-стратегий.

В разработанный комплекс, были включены психообразовательные приемы расширения ресурсов здоровья (ЗОЖ). Лиц молодого возраста обучали приёмам поддерживания здорового образа жизни, в которые входили: формирование навыков правильного питания, освоение программы физической активности, личная гигиена, режим дня, отказ от курения и приема других психоактивных веществ.

Разработанная стратегия имела комплексный характер, объединила в себе группу терапевтических методов, по трём основным направлениям (мишеням). На первом этапе универсальной программы были включены тренинги для активации ресурсов саморегуляции. После освоения данные методы, по большей части, проводились респондентами самостоятельно в свободное от занятости время, и занимали не более 1 часа в день на протяжение всего курса интервенции. Для оптимизации эффективности программы первый и второй этапы начинались одновременно. Во второй этап, был включен тренинг самоэффективности, целью которого было активации ресурсов устойчивости и

восстановление веры респондентов в свои возможности и способности преодолевать трудности. Тренинг проводился в группах, 1 раз в неделю, в течение двух месяцев. На третьем этапе универсальной программы выполнялась оптимизация инструментальных ресурсов, с целью освоения конструктивных методов преодоления хронического стресса. Занятия, также, имели групповой характер, продолжительность курса 3-4 недели, по 2 занятия в неделю.

Психологические вмешательства предпочтительно проводились в группах, т.к. враждебность, социальное отчуждение и низкая мотивация к восстановлению межличностного общения были одними из часто встречающихся фено́менов в структуре психической дезадаптации. Если кто-то из участников группы отдавал предпочтение индивидуальным занятиям, то идя им на встречу клиенту, несколько занятий проводились в индивидуальном формате, налаживался контакт, доверительные отношения. В последующем специалист стремился убедить респондента о пользе социальной поддержки и большей плодотворности групповых занятий. Некоторые тренинги, после необходимых организационных вопросов, подробного инструктажа и обучения, лица молодого возраста могли поводить за пределами баз (дома, на работе и т.п.), это касалось техник саморегуляции (техники управления дыханием, аутогенная тренировка и пр.). Техники самоэффективности и совладания со стрессом подразумевали выполнение домашнего задания с целью практического применения полученных навыков с последующим обсуждением результатов при встрече. Перед началом психологического вмешательства у всех участников обеих групп были оценены феноменологические клинико-психологические особенности психической дезадаптации.

Таким образом, трехмесячная универсальная программа, охватила все уязвлённые ресурсы личностного потенциала, а её методология позволила рационально и последовательно провести терапевтическое вмешательство, помочь лицам молодого возраста самостоятельно конструктивно совладать с длительным экстремальным стрессом и восстановить психическую адаптацию в стрессогенной ситуации не подлежащей элиминации. Эффективность системы психологической интервенции подтверждена итоговой феноменологической клинико-психологической оценкой.

Литература

1. Абрамов В.А. Психиатрия будущего: от агрессивного догматизма к поиску человеческих смыслов: Монография. Донецк: ФЛП Кириенко, 2021. С. 249-274.
2. Леонтьев Д.А. Личностный потенциал как потенциал саморегуляции. 2011. Режим доступа: preview/preview.html
3. Леонтьев Д.А. Личностный потенциал: структура и диагностика. Москва: Смысл, 2011. 675 с.
4. Голоденко О.Н. Оценка экзистенциальной исполненности как отражение субъективного ощущения наполненности жизни определенным смыслом у молодых людей, подверженных влиянию хронического эмоционального стресса. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2019. 4 (48). С. 34-40.

5. Голоденко О.Н. Сравнительная характеристика эмоционально-поведенческих паттернов у лиц молодого возраста в условиях острого и хронического дистресса. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2021. 3 (55). С. 21-32.
6. Голоденко О.Н. Разработка и оценка эффективности системы психокоррекционной программы, направленной на самораскрытие и активацию личностных ресурсов у лиц молодого возраста с непатологической психической дезадаптацией в условиях хронического стресса военного времени. Коллекция гуманитарных исследований. Электронный научный журнал. Курск. 2023. 2 (35). С. 34-46. Режим доступа: https://doi.org/10.21626/j-chr/2023-2(35)/5
7. Голоденко О.Н. Корреляционный анализ между показателями ресурсов саморегуляции и стилями совладающего поведения у лиц молодого возраста с непатологической психической дезадаптацией, в условиях хронического стресса военного времени. Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы в XXI веке: новые задачи и возможные пути решения: сборник материалов. Кемерово. 2023 - С. 56-68 - Режим доступа: progr_7_aprel_23_v4.pdf
8. Lazarus R.S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer, 1984. 456p.

ГОЛОДЕНКО ОЛЬГА НИКОЛАЕВНА, кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького», e-mail: 1607m@mail.ru

АБРАМОВ ВЛАДИМИР АНДРЕЕВИЧ, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького», доктор медицинских наук, профессор, e-mail: volodymyr_abramov@yahoo.com

АБРАМОВ ВЛАДИМИР АЛЕКСЕЕВИЧ, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького», e-mail: abramovvldmr@gmail.com

3.2. Ритмо-двигательная терапия Габриэллы Рот в кризисных ситуациях

Н. И. Ковальчишина

С давних времен танец служил эффективным способом высвобождения внутренней энергии человека. Посредством танца индивид может выразить свои мысли и чувства, которые ему трудно вербализировать. Как свидетельствуют исторические факты, ритуальные танцы существовали во многих культурах, которые применялись для лечения людей, празднования воинской победы, прощания с ушедшими в мир иной и др. Чаще всего танец представляется как средство выражения всего спектра человеческих эмоций, взглядов и установок.

Танцедвигательная терапия (далее ТДТ) представляет собой уникальный подход в психотерапии, который использует движение и танец как средства самовыражения и эмоциональной регуляции. В последние десятилетия ТДТ привлекает внимание специалистов в области психического здоровья благодаря своей эффективности в работе с различными психическими расстройствами.

Использование танца в психотерапии впервые осуществила Мэриан Чейз, которая применила его с психиатрическими больными и получила достаточно позитивные результаты. Американский хореограф Т. Шуп считала, что «координация тела – это необходимое условие для достижения нормального социального взаимодействия» [5, с. 157]. Она отмечала, что в процессе ее танцевальной терапии многие пациенты чувствовали присоединение к группе при помощи движений тела в танце, подчиняясь ритмам музыки.

Танцевально-двигательная терапия – направление психотерапии, в котором танец и движение используются как процесс, который способствует эмоциональной и физической социализации индивида. ТДТ основывается на принципе взаимодействия тела и разума. Она предполагает, что движение может служить средством для выражения эмоций, освобождения от стресса и повышения уровня осознанности.

Основные принципы ТДТ включают: движение позволяет пациентам выразить свои чувства и переживания, которые могут быть трудны для вербализации, способствует развитию осознанности своего тела и эмоций, что помогает пациентам лучше понимать свои реакции и состояния, а групповые занятия ТДТ создают пространство для взаимодействия с другими, что может быть особенно полезно для людей с невротическими расстройствами. Таким образом танцевальная терапия широко применяется при работе с людьми, имеющими эмоциональные расстройства, нарушения в общении и межличностном взаимодействии с окружающими людьми [1, 2, 3].

Представляется интересным в контексте психотерапии рассмотреть ритмо-двигательную терапию (РДТ) Габриэллы Рот, американского режиссёра, танцора и преподавателя. Метод пяти ритмов зародился автором как способ справится с депрессией, вызванной травмой колена. Ощутив эффективность метода на себе, автор подготовила более 150 преподавателей своей методики по

всему миру. Практика «5 ритмов» интегрировала в себя элементы многих мировых традиционных и нетрадиционных практик в области психофизического развития личности, от шаманизма, восточной философии и мистицизма до гештальттерапии и трансперсональной психология. Последователи «5 ритмов» проходят углублённые семинары, которые обычно длятся от одного до десяти дней. На этих занятиях каждый из пяти ритмов подвергается более подробному и целенаправленному изучению. При этом акцентируется связь ритмов с различными составляющими человека: телом, эмоциями, умом и душой.

Практика имеет несколько ступеней:

«Волна» является фундаментом – на этом уровне учатся в буквальном смысле «воплощать», то есть выражать в теле (во плоти), каждый из пяти ритмов.

«Биение сердца» является второй ступенью, на которой уделяют особое внимание тому, как на физическом уровне проявляются человеческие эмоции: страх, гнев, печаль, радость и сопереживание.

«Циклы» посвящены тому, как социальное окружение и отношения человека оказывают на него влияние на разных стадиях жизненного цикла: рождения, детства, полового созревания, зрелости и смерти.

«Зеркала» тренируют умение видеть себя и других, а также отделять свои истинные интересы от позывов эго.

Этот метод сочетает в себе элементы танца, музыки и психотерапии, целью которого является оказание помощи людям выразить свои эмоции и тревоги через движения и ритм, особенно в кризисной ситуации. Основная идея метода состоит в том, что все мы состоим из энергии, которая движется волнами и ритмами. Когда в танце мы влияем на ритмы, то вместе с тем изменяем и приводим в баланс свою энергию в целом. Некоторые практики в области психологии называют ее танцевальной медитацией. Практика применения данного метода свидетельствует о том, что если погрузится в нее глубоко, то это всегда медитативный опыт, после которого наступает спокойствие и умиротворение.

Важно понимать, что смысл РДТ заключается в признании того факта, что у тела присутствует собственный интеллект. При помощи движений можно услышать свои чувства, страхи и желания, что оказывает положительное влияние на процесс самопознания и исцеления.

Рассмотрим основные принципы ритмо-двигательной терапии:

1. Выражение эмоций. Посредством движений в определенном ритме участники могут освободиться от накопленных эмоциональных блоков и переживаний, что особенно действенно в кризисных ситуациях, когда обычные методы не работают.

2. Тело является источником информации, оно посылают человеку сигналы, которые помогают ему понять, что с ним происходит.

3. Танец осуществляется чаще всего в группе, а это способствует созданию своеобразной поддерживающей атмосферы, снижающей чувства изоляции и тревоги.

4. Применение музыки и ритмических элементов позволяет создать безопасное пространство для самовыражения, что естественно, способствует глубокой проработке своих внутренних переживаний.

Ритмо-двигательная терапия Г. Рот включает 5 музыкальных ритмом, которые последовательно озвучиваются в течение 30-40 минут:

1. Поток – ритм, который учит грации, активизирует «женскую» энергию. Движения в этом ритме плавные, спокойны и мягкие.

2. Стаккато – ритм, который требует четких и законченных движений, набор энергии по «мужской» энергии; человек услышал свое тело и ощутил в нем какие-то непривычные сигналы.

3. Хаос – ритм творческого позыва. В этом ритме ощущается много энергии и есть возможность телу выразить все, что в нем блокировалось, стираются границы и запреты, появляются сводные неконтролируемые движения, тело как будто взбунтовалось и танцует, как ему хочется.

4. Лиричность – ритм предполагает научить человека синтезу и концентрации. Движения подобны «полету бабочки», это уровень свободных проявлений эмоций в отношениях.

5. Неподвижность (участникам предлагается слушать этот ритм в горизонтальном положении) – ритм настраивает человека на умиротворение и спокойствие. Это своеобразное путешествие в глубь себя, разговор с подсознанием. Движения в данном ритме – это движения «неподвижной статуи», человек находится в покое, начинается осмысление всего, что происходило в танце.

После прохождения 5-ти ритмов у человека могут происходить инсайты по каким-то ранее заблокированным в его сознании проблемам, наступает ясность, в буквальном смысле открываются глаза на происходящее. На просторах постсоветского пространства данная практика зашла в рамках танцевально-двигательной терапии, тогда как за рубежом это самостоятельная система исцеления души и тела. Данный метод можно с уверенностью назвать междисциплинарным, так как его охотно используют в своей практической деятельности деятели искусства, спорта, танца и психологии. При более глубоком погружении через эту методику люди изучают цикличность жизни, свои эмоции и отношения с другими людьми.

В Филиале РГСУ в г. Минске в рамках занятий по телесно-ориентированной терапии было организовано проведение техники Г. Рот. В мероприятии принимали участие 128 студентов старших курсов направления подготовки «Психология». В ходе телесной практики большинство участников (67%) оценили ее позитивно. Ребята отмечали после танца легкость в теле, спокойствие в душе, улучшение настроения, появилось понимание того, что

можно исправить в себе, в отношениях с другими. Четверть участников (25%) отметили, что у них нейтральное состояние после танца, просто отдохнули. Небольшое количество студентов (8%) не могли раскрыться в танце, они стеснялись, контролировали себя, не могли расслабиться, опасаясь, что другие будут смеяться над ними, хотя техника предполагает выполнять движения закрытыми глазами.

Конечно, все индивидуально, и зависит от многих факторов, но терапевтический потенциал «5-ти ритмов» достаточно большой. В первую очередь это самопознание и понимание внутренних процессов изменения личности. В процессе освоения метода удается понять, для чего человек проходит через боль, как он лично проживает все этапы трансформации личности, и найти индивидуальные способы прохождения этих этапов. Далее стоит указать на возможности метода развивать эмоциональный интеллект за счет исследования динамики проявлений эмоций во время танца, как на физическом уровне проявляются человеческие эмоции: страх, гнев, печаль, радость и сопереживание. Так же смена ритмов позволяет ощутить жизненный цикл и заметить, как социальное окружение и отношения человека оказывают на него влияние на разных стадиях жизненного цикла от рождения, детства, полового созревания, зрелости и до смерти.

Технику Г. Рот можно использовать в различных кризисных ситуациях: переживание человеком утраты, позволяя ему выплеснуть скорбь через танец; для снижения уровня стресса и тревожности; для развития навыков самоосознания и саморегуляции, чтобы в будущем более эффективно преодолевать трудные жизненные ситуации и т.п.

Таким образом, можно подытожить, что терапия танцем Г. Рот является эффективным способом в проработке негативных эмоций человека, стрессовых состояний различной интенсивности, позволяет убрать шаблоны и стереотипы, выйти за границы условностей и раскрепостить свое тело от блоков, предоставив возможность самому себе жить в гармонии. Использование тела как инструмента самовыражения помогает людям находить путь к исцелению и восстановлению. Она способствует эмоциональной регуляции, снятию телесного напряжения, повышению самооценки и развитию социальных навыков. Этот подход может быть особенно полезен в сочетании с традиционными методами терапии, создавая комплексный подход к лечению невротических состояний. Важно отметить, что успешность ТДТ зависит от квалификации терапевта и индивидуальных особенностей пациента, поэтому перед началом терапии следует провести тщательную оценку состояния пациента и его потребностей.

Литература

1. Бебик М.А., Кокурина И.Г. О возможностях танцевально-двигательной терапии в решении проблем самопринятия. Вестник МГУ. Серия №1. 1999. С. 50-54.
2. Козлов В.В., Гиршон А.Е., Веремеенко Н.И. Интегративная танцевально-двигательная терапия. СПб: Речь. 2006. 286 с.

3. Рот Г., Лоундон Дж. В поисках экстаза. Целительный путь неукрощенного духа. Пер. с англ. В.К. Смит. Москва, Когито-Центр. 2016. 206 с.
4. Ходоров, Дж. Танцевальная психотерапия и глубинная психология. Пер. с англ. О.Д. Шустовой. Москва, Когито-Центр. 2009. 221 с.
5. Шкурко, Т.А. Танцевально-экспрессивный тренинг. СПб: Речь. 2003. 192 с.

КОВАЛЬЧИШИНА НАТАЛЬЯ ИВАНОВНА, кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры психологии и конфликтологии Филиала Российского государственного социального университета в г. Минске, Республика Беларусь, e-mail: natkov4@mail.ru

3.3. Посттравматическое стрессовое расстройство и кризис идентичности

Д. В. Конов

Изучение посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и его последствий имеет важное значение для понимания психологических и социальных изменений, происходящих в личности пострадавших. Одним из таких изменений является кризис идентичности, который может существенно повлиять на качество жизни и социальное функционирование человека.

Актуальность исследования данной темы обусловлена её значимостью для психологии и психиатрии, а также необходимостью разработки эффективных методов массовой помощи пострадавшим. Это особенно важно, т.к. количество военнослужащих и гражданских лиц – жителей территорий, где велись и в настоящее время происходят боевые действия, исчисляется сотнями тысяч человек. Многие их них испытывают симптомы острого стрессового расстройства. При отсутствии квалифицированной психологической помощи этих людей ждут стойкие нарушения в социальной, профессиональной и других важных сферах их жизнедеятельности. ПТСР может привести к полной неспособности нормально функционировать во всех сферах жизни, что может быть принято за хроническое психическое расстройство.

Целью настоящей работы является изучение взаимосвязи между ПТСР и кризисом идентичности, а также анализ психологических механизмов, способствующих их взаимодействию.

Психологические механизмы, связанные с ПТСР, представляют собой сложный комплекс когнитивных, эмоциональных и поведенческих процессов, которые возникают в ответ на травматический опыт. Одним из ключевых механизмов является гиперактивация системы стресса, что приводит к постоянному состоянию настороженности и усиленной реакции на потенциальные угрозы. Это состояние сопровождается изменениями в восприятии окружающего мира, включая повышенную чувствительность к сигналам опасности и трудности в адаптации к безопасным условиям. Такие изменения могут быть связаны с гиперактивностью миндалевидного тела и префронтальной коры головного мозга. Эта дисфункция может объяснить трудности, с которыми сталкиваются люди с ПТСР при попытках регулировать свои эмоциональные реакции на стрессовые или травматические стимулы.

Вместе с этим возникают когнитивные и эмоциональные изменения, которые играют важную роль в развитии и поддержании симптомов ПТСР. Среди них выделяются трудности в обработке травматической информации, возникает искаженное восприятие событий, негативные убеждения о себе и мире. Эмоциональные изменения включают в себя повышенную тревожность, чувство вины и стыда, а также снижение способности испытывать положительные эмоции. Эти факторы формируют замкнутый круг, где когнитивные и эмоциональные нарушения усиливают друг друга, препятствуя восстановлению психического здоровья.

Травматический опыт оказывает глубокое воздействие на самоощущение личности, изменяя её восприятие себя и окружающего мира. ПТСР характеризуется продолжительными и интенсивными эмоциональными реакциями, включая чувство страха, беспомощности или ужаса. «Разрушается наше представление о том, что мы являемся ценной и жизнеспособной частью материи жизни» [3].

Личность, пережившая травму, часто сталкивается с чувством беспомощности, утратой контроля за собственной жизнью и нарушением идентичности. Эти изменения проявляются в виде низкой самооценки, чувства отстранённости от собственной личности и окружающих, а также в виде утраты уверенности в своих способностях.

Травматический опыт также влияет на мотивацию поведения и ценностные ориентации личности, приводя к их значительным изменениям. Исследование, проведённое в 2019 году в журнале "Journal of Traumatic Stress", показало, что у 68% участников с ПТСР наблюдались существенные изменения в жизненных приоритетах и ценностных ориентациях. Люди, пережившие травму, часто пересматривают свои ценности, цели, приоритеты и отношения с окружающими, что может быть связано с необходимостью адаптации к новым условиям жизни и изменившемуся восприятию себя и отражает стремление личности к восстановлению внутреннего баланса и смысла жизни после травмы.

Термин «кризис идентичности» в 1950-х годах ввел Э. Эриксон, и подчеркивал значимость в процессе личностного развития. Понятие идентичность включает в себя когнитивные, эмоциональные и социальные аспекты, формирующие восприятие человеком своей уникальности и своей роли в обществе – принадлежности к определенным группам.

Значимость идентичности для личности заключается в её роли в обеспечении чувства целостности и стабильности. Идентичность - динамическая структура, она позволяет человеку осознавать свое место в мире, принимать решения и строить межличностные отношения, а также способствует формированию устойчивой самооценки и уверенности в своих действиях. В условиях травматических событий изменения в идентичности могут приводить к кризису, который затрудняет адаптацию и восстановление после пережитого.

Кризис идентичности – это состояние, при котором человек испытывает глубокую неуверенность в своей личности, ценностях и жизненных целях. Это явление, впервые описанное Э.Эриксоном, возникает в результате столкновения с трудностями, которые ставят под сомнение его представление о себе. Особенно ярко кризис идентичности проявляется в контексте травматических событий, когда привычные способы самоидентификации оказываются недостаточными для осмысления нового опыта.

Трансформации самоощущения, возникающие в результате травмы, связаны с нарушением базового чувства безопасности и стабильности, что приводит к нарушению целостности восприятия себя, утрату интереса к ранее

значимым ролям и ценностям, вызывая чувство отчуждения от своей личности. Это подтверждается клиническими наблюдениями пациентов с ПТСР. Акименко и коллеги отмечают, что «кризис идентичности может быть вызван различными факторами, включая посттравматическое стрессовое расстройство, которое влияет на самоощущение и восприятие себя» [1]. Вместе с тем, травма может побудить человека переосмыслить свои ценности и жизненные цели, что ведёт к внутреннему конфликту и кризису самоопределения.

Люди с ПТСР испытывают значительные изменения в самоощущении, что связано с нарушениями в когнитивной обработке информации. Постоянное переживание негативных эмоций, таких как страх, стыд и гнев, подрывает эмоциональную стабильность и затрудняет формирование позитивного образа себя. Эмоциональная дисрегуляция усугубляет кризис идентичности, так как человек теряет способность адекватно воспринимать свои эмоции и интегрировать их в свою идентичность. Это приводит к разобщению между внутренними переживаниями и внешним образом, что является центральным аспектом кризиса идентичности.

Высокий уровень посттравматического стресса приводит к сужению ареала значимых для индивида ценностей, целей, сфер жизни. Тяжелые травматические переживания могут искажать видение реальности, сводя ценностный взгляд субъекта на себя как личность и окружающий мир до осознания лишь себя в травме [5].

Как показали исследования, проведенные в ИВНХ им. Гусака [2] у испытуемых с ПТСР в ситуации преодоления социального стресса были диагностированы низкий и средний уровни значений по шкалам: «Справедливость окружающего мира», «Ценность и значимость собственного Образа Я» «Собственная удачливость», «Убеждения о контроле». Это говорит о низкой ценности и малой значимости собственных личностных качеств, умений, взглядов, интересов, убежденности в невезучести, неблагоприятных обстоятельствах, преследующих человека, независимости жизни от собственных решений и воли, наличие убежденности в неконтролируемости жизненных событий человеком, наличии судьбы и рока, неосознанности причинно-следственных связей между собственным поведением и жизненными событиями. Авторы предположили, что эта неуверенность связана с предшествовавшей психической травмой.

Стремление к идентификации является важным аспектом, поскольку «изначально лежит в коллективной природе человека, в его желании быть частью общества, соотносить себя с другими членами социума, ощущать себя в безопасности» [8]. Травматический опыт часто приводит к изменению идентичности человека, включая утрату прежних ценностей и ролей, включая профессиональные. Исследования, опубликованные в журнале Clinical Psychology Review, показывают, что у 50% пациентов с ПТСР наблюдаются отчуждение от своей прежней личности и неспособность ассоциировать себя с прошлым образом жизни. Это может проявляться в утрате профессиональной или социальной роли, которая ранее определяла личность человека, что

усиливает чувство дезориентации и кризис идентичности. Утрата идентичности может затронуть не только личные аспекты жизни, но и социальные связи, что еще больше усугубляет кризис.

В условиях кризиса защитная функция социального оптимизма усиливается, что подтверждается результатами проведенных исследований. В частности, в лонгитюдном исследовании было установлено, что, несмотря на снижение субъективного счастья, уровень социального оптимизма может возрастать [6]. Это указывает на важность социальной поддержки и оптимистичного восприятия в процессе преодоления травматического опыта, подчеркивая, что именно такие факторы могут способствовать восстановлению после тяжелых событий.

Восстановление идентичности после травматического опыта зависит от ряда факторов, включая социальную поддержку и психотерапевтические вмешательства. В своей работе «Травма и восстановление» Джудит Герман подчеркивает, что создание безопасной среды имеет ключевое значение, так как позволяет человеку заново осмыслить свои ценности и роли. Психотерапия, особенно ориентированная на работу с травмой, способствует восстановлению чувства целостности личности и интеграции травматического опыта в идентичность, что является важным этапом на пути к исцелению. Эриксон подчеркивает, что главным условием преодоления кризиса идентичности является достаточный уровень развития рефлексивных способностей [4].

Вместе с тем, обеспечение психологического здоровья и создание системы безопасности жизни становится особенно актуальным в свете растущего числа случаев посттравматического стрессового расстройства [7].

В заключении отметим, что в данной работе исследована взаимосвязь между посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и кризисом идентичности. Были рассмотрены психологические и социальные аспекты, влияющие на самоощущение и идентичность у людей, переживших травматические события. Анализ показал, что травматический опыт может вызывать значительные изменения в самоидентификации, приводя к кризису идентичности, который проявляется в изменении ценностей, утрате ролей и чувства собственного «Я».

На основе проведенного анализа рекомендуется внедрение в терапевтические подходы методов, направленных на восстановление идентичности, таких как когнитивно-поведенческая терапия и методы, поддерживающие переосмысление и интеграцию травматического опыта. Также важно учитывать роль социальной поддержки и культурных факторов, которые могут существенно влиять на процесс восстановления.

Литература

1. Акименко Г.В., Лопатин А.А., Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю., Гукина Л.В. Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии: сборник материалов III Международной научно-практической конференции, к 147 - летию со дня рождения швейцарского психиатра и психоаналитика Карла Густава Юнга (Кемерово, 7 октября

2022 г.) / Г.В. Акименко, А.А. Лопатин, А.М. Селедцов, Ю.Ю. Кирина, Л.В. Гукина. Кемерово: КемГМУ, 2022. 363 с.
2. Вильдгрубе С.А., Фирсова Г.М. Самоотношение личности с ПТСР в условиях преодоления социального стресса. «Военная и тактическая медицина, медицина неотложных состояний». 2023 №2 (9). С.67-73.
3. Грининг Т. Посттравматический стресс с позиций экзистенциально-гуманистической психологии. Вопросы психологии. 1994. № 1. С. 92–96.
4. Караяни Ю.М., Русалеев А.В. Особенности психологического сопровождения демобилизованных военнослужащих вследствие военной травмы в высших учебных заведениях. Человеческий капитал. 2024. № 7(187). С. 267–268.
5. Лочехина Л.И. Связь посттравматического стресса с интеллектом и смысло-ценностными ориентациями [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2010. N 5(13) Связь посттравматического стресса с интеллектом и смысло-ценностными ориентациями [Электронный ресурс]. Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2010. 5(13).
6. Нестик Т.А. Социальный оптимизм в условиях кризиса: от защитных механизмов к постановке совместных целей. Проектирование будущего. Проблемы цифровой реальности: труды 6-й Международной конференции (2-3 февраля 2023 г., Москва). М.: ИПМ им. М.В.Келдыша, 2023. С. 140-145. URL: https://keldysh.ru/future/2023/8.pdf.
7. Пономарев В. В., Писаревская М. А. Психическое и психологическое здоровье человека в 21 веке: правовые, политические, социально-экономические и гуманитарные аспекты / под общ. ред. В. В. Пономарева, М. А. Писаревской. Материалы международной научно-практической конференции (24-25 ноября 2016 года, г. Новороссийск). Новороссийск: Московский гуманитарно-экономический институт - Новороссийский филиал; Ставрополь: Логос, 2016. 195 с. ISBN 978-5-9908769-7-2.
8. Проблема соотношения естественного и социального в обществе и человеке : сборник статей XI Всероссийской с международным участием очной научной конференции / Забайкальский государственный университет ; под общей редакцией Н. Д. Субботиной, Ю. В. Гавриловой, Н. С. Зиминой. Чита : ЗабГУ, 2020. 181 с. ISBN 978-5-9293-2618-9.

КОНОВ ДМИТРИЙ ВЛАДИМИРОВИЧ, кандидат политических наук, профессор кафедры общей психологии ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет», e-mail: Dm.seagull@gmail.com

3.4. Анализ опыта проведения группы поддержки демобилизованных участников специальной военной операции

К. В. Лох

В настоящее время не только в психологической, но и вообще в социальной среде широко обсуждается проблема реадаптации демобилизованных участников боевых действий. При этом в так называемом массовом «гражданском» сознании все ветераны – «психи», зачастую опасные. По объективным научным данным (А.Г. Караяни, 2023) большая часть (60-70%) ветеранов испытывают временный кризис адаптации на «гражданке», 15-20% составляют группу посттравматического роста, и лишь 14-17 % - «группу ПТСР» с выраженными симптомами дезадаптации вплоть до клинических. Психологическая помощь нужна всем, но для первой группы её оптимально могут оказать психологи, для второй – семья и коллеги, а для третьей требуются уже клинические психологи и психиатры [3].

Сейчас уволенных в запас ветеранов относительно мало, и почти все они уволены по ранению. После завершения СВО их станет гораздо больше, и к этому моменту необходимы практические наработки, которые можно было бы масштабировать. Здесь становится *актуальной проблема практического приложения теории, основанной на научных исследованиях*.

Задачи данной статьи – анализ опыта групповой работы с ветеранами, сопоставление его с теоретическими принципами и, на этой основе, формулирование уточнённых рекомендаций для специалистов.

Теоретико-методологические основы такой работы были сформулированы в предыдущей публикации [4]. Здесь мы изложим их в сокращённом виде.

Были выделены следующие факторы дезадаптации.

1. Последствия боевых психологических травм, которые есть у всех воевавших, но далеко не обязательно и не у всех они разворачиваются в ПТСР. Они, скорее, существуют потенциально и актуализируются в неблагоприятных социальных условиях.

2. Принципиальное различие военной и гражданской среды. На войне – опасность, лишения, чёткая армейская иерархическая структура, высокая взаимозависимость. Ведущей ценностью является выживание, которое делает необходимым очень тесное социальное взаимодействие. Ведущей «гражданской» ценностью является потребление.

3. Потеря значительной части социальных связей, которые были у ветеранов до СВО. Даже если не произошло объективного изменения довоенной социальной микросреды, человек изменился, и связи приходится выстраивать заново.

4. На войне неизбежно актуализируются психологические защиты, преимущественно первичные. На «гражданке» они затрудняют адекватное восприятие гораздо более сложной и аморфной гражданской социальной среды.

Совокупное, а, точнее, системное (синергетическое) воздействие этих факторов проявляется в очень высокой степени психического напряжения, чаще всего неосознаваемого. Это обуславливает злоупотребление алкоголем, компульсии, «немотивированную» агрессию.

Рассматривалось также, применительно к реадаптации, понятие идентичности как «процесс преобразования всех прежних идентификаций в свете ожидаемого будущего», по Э. Эриксону [5]. Предполагается, что если идентичность сформирована, она может испытывать кризисы, но обеспечивает тождество личности самой себе. То есть, сохранять, при изменении условий, ощущение непрерывности времени, и, на этой основе, контроль над собой.

Конкретизируя этот подход применительно к ветеранам, Ю.М. Волобуева-Караяни на основе своих многочисленных исследований выделила следующие четыре типа Я-концепции, отличающиеся друг от друга степенью согласованности-рассогласованности Я-образов, целостности и протяженности исторического времени личности, локализацией субъективного контроля (УСК), активизирующим потенциалом Я-концепции, используемыми стратегиями совладания с кризисной ситуацией.

Созидательная Я-концепция предполагает гармоничное взаимодействие различных аспектов «Я», устремлённость в будущее, высокую активность, преобладание внутреннего локуса контроля и способность успешно адаптироваться в обществе. Очевидно, что эта Я-концепция конструктивна. Остальные три – дисгармоничные и, соответственно, деструктивные.

Потребительская характеризуется отсутствием интеграции между Я-реальным, Я-зеркальным и Я-идеальным, из-за чего человек хронически неудовлетворён. Под давлением этой неудовлетворённости происходит трансформация Я-реального в Я-фантастическое, и, соответственно, теряется адекватность: «Мне все должны».

Разрушительная («волк войны»). Я-реальное замещается Я-идеальным-прошлым: человек игнорирует гражданский социум, и живёт воспоминаниями о войне, общается только с боевыми товарищами.

Застрявшая («вина выжившего») характеризуется конфликтом между Я-реальным и Я-идеальным, совмещением Я-реального с Я-травматическим, направленностью в прошлое и экстернальным уровнем субъективного контроля.

В теоретическом плане представляется, что коррекционная работа с деструктивными типами идентичности должна заключаться в гармонизации отдельных аспектов «Я», для чего сперва необходимо их выделение и осознание.

Следует отметить, что в нашей группе никакая из описанных идентичностей не встречалась в чистом виде. Скорее, на определённых этапах у участников одна из них временно актуализировалась. Причинами тому были конкретные внешние обстоятельства, например, бюрократические затруднения с получением компенсации за ранение актуализировали потребительскую идентичность.

Группа, работа которой описывается и анализируется в данной статье, началась в декабре 2024 года. Формат – еженедельные трёхчасовые встречи. Группа открытая, то есть участники могут добавляться с согласия остальных. Отказов в принятии новых участников за время существования группы не было. Скорее, наоборот, расширение группы приветствуется. Участие в группе бесплатное. Помещение предоставлялось общественной организацией «Точка опоры».

На данный момент (июль 2025 года) в группе числится 10 человек, во встречах регулярно участвуют 5-6 человек («ядро»). Остальные обращаются в кризисные для них моменты.

Возраст участников – от 26 до 55 лет, большинство – 30-48, самый старший по возрасту – ведущий, автор этой статьи, гештальт-терапевт с достаточно большим опытом, доцент ДонГУ. Среди участников один воевал в ополчении в 2014 году, ещё один воевал в 2014-2016 годах в ополчении, и в феврале 2022 был снова мобилизован. Остальные – участники собственно СВО. Все были демобилизованы по ранениям в 2022-2024 годах, в разное время. В браке состоят четверо, из «ядра» – один. Половина имеет высшее образование, трое – психологическое, ещё двое учатся в Московском гештальт-институте.

У всех, кроме троих, есть постоянная работа. Двое из них не могут работать по состоянию здоровья (инвалидность), а один, самый молодой, сменил множество мест работы, на которых удерживался не более месяца. Представляется, что такое его положение обуславливается как личностными особенностями, так и определённой социальной дезадаптированностью после СВО.

Формат работы был близок к типичному для терапевтической группы. То есть, встреча начиналась с сообщений о своём состоянии на текущий момент, событиях в жизни («шерринг», занимавший от часа до полутора). Из этого ведущим выделялись запросы, с которым в дальнейшем работали либо в индивидуальном формате с ведущим, либо в «динамическом» - со всей группой одновременно. Иногда индивидуальная работа проводилась теми участниками, которые обучаются на 2-й ступени МГИ, а ведущий давал им супервизию.

При изложении содержания работы и динамики группы мы будем ориентироваться именно на «ядро», и описывать наиболее регулярные феномены. При этом будет использоваться преимущественно аппарат гештальт-терапии, наиболее близкий автору.

Что касается содержания, то на начальном этапе (первые 4-5 встреч) происходило знакомство, прежде всего – «военной» частью. То есть, участники рассказывали о своей военной биографии, ранениях, лечении. При этом все отмечали комфортность и снижение фонового напряжения после таких своих рассказов – в силу общности боевого опыта и уверенности, что остальные поймут. Оказалось, что большинство участников даже не пробовали рассказывать об этом своим близким, либо оберегая их, либо не надеясь на понимание. Соответственно, у них накапливалось фоновое напряжение, а такую

форму работы следует определить как его отреагирование. Оно не ведёт к непосредственным изменениям, но позволяет далее работать более глубоко.

Здесь следует отметить, следующий феномен, на который что автор обратил внимание ещё во время службы. Действующие военнослужащие в относительно безопасной обстановке (на пункте временной или постоянной дислокации) часто обсуждают боевые эпизоды, в которых вместе же и участвовали. Но делают это на чисто событийном уровне, без выделения своих эмоциональных переживаний. Такие обсуждения происходят многократно и без особых изменений. Несомненно, что они полезны как «разбор полётов», позволяющий более грамотно действовать в следующих подобных случаях. Но вот проживания при этом не происходит. Можно обоснованно предположить, что сам феномен является проявлением стремления к переработке травматических переживаний, но в такой спонтанно складывающейся форме к достижению этой цели не приводит.

В специально же организованной группе, при наличии хотя бы минимальной мотивации участников и профессионального психотерапевта, есть возможность разомкнуть вышеописанный «замкнутый круг». Чем группа и занимается в течение всего периода своего существования, сейчас меньше, чем в начале. Во всяком случае, в ней довольно редко теперь повторяются рассказы об одних и тех же эпизодах. Подробнее этот процесс будет описано ниже.

Что же касается динамики, то следует отметить, что в течение третьего месяца работы группы обозначился кризис, выражавшийся в снижении посещаемости по «объективным» причинам. В этот период часто на встречи приходили лишь два-три человека, кроме ведущего. Предполагаем, что так проявлялось естественное сопротивление переходу на более глубокий уровень работы. В дальнейшем состав «ядра» и посещаемость стабилизировались. Этому способствовал, в частности, переход на онлайн-формат в тех случаях, когда участники объективно не могут присутствовать на «живой» встрече, хотя все и отмечают, что «живые» встречи лучше.

Возвращаясь к содержательному аспекту, отметим, что сейчас боевые эпизоды обсуждаются гораздо реже. Работа в-основном происходит по поводу текущей гражданской жизни, межличностных конфликтов, целеполагания. Это, на наш взгляд, свидетельствует о сформированности и эффективности группы. Кроме непосредственных встреч, участники активно общаются в чате группы в Телеграмме, делясь в нём тем, что их впечатлило, и получая обратную связь.

Далее сопоставим работу группы со сформулированными в предыдущей публикации на эту тему методологическими принципами [4]. Принципы выделены курсивом, комментарии – обычным шрифтом.

1. *Состав группы: все – ветераны.* Это уже описано выше.

2. *Уменьшение напряжения за счёт его обнаружения и отреагирования*. Это тоже описано выше. Добавим только, что доля этой части работы по поводу потенциально травматичных боевых эпизодов была основной в начале, и заметно снизилась к настоящему времени.

3. *Обнаружение и вербальное описание психологических защит, позволяющее занять рефлексивную позицию по отношению к ним*. Реализация этого принципа затруднена и сейчас, за исключением тех участников, которые имеют психологическое образование или обучаются психотерапии. Затруднение проявляется в упорном сохранении внешнего локуса контроля при описании, чаще всего, межличностных конфликтов. Если такие конфликты становятся предметом работы, то, в большинстве случаев, получается «сдвинуть» локус контроля вовнутрь, но это требует значительных усилий всей группы и ведущего, и занимает много времени.

4. *Обнаружение смыслов и развитие нового целеполагания с учётом реального состояния здоровья и изменившейся Я-концепции*. Реализация этого принципа на данный момент ещё более трудна, чем предыдущего. Конкретнее, отметим, что в ответ на предложение сформулировать и структурировать свои жизненные цели, первоначально они оформляются абстрактно и диссоциированно, то есть достаточной личностной включённости: «найти какую-нибудь лучшую работу», «заработать много денег» и т.п. Характерно, что наиболее «продвинут» в этом аспекте участник группы с ампутацией двух конечностей. Его пример является вдохновляющим, по крайней мере, для ведущего группы. Добавим так же, что условием для работы по обнаружению смыслов обычно является кризисное состояние участника, и некоторая его амплификация в группе. Выражаясь обыденным языком, от хорошей жизни смыслы не ищутся.

5. *Разработка новых вариантов поведения по отношению к гражданским, начиная с членов семьи*. По этому принципу работа в нашей группе пока происходит не концептуально, а ситуативно. Обычно члены группы активно дают советы, отреагируя собственное напряжение. В таких случаях ведущему приходится делать специальные усилия по оттормаживанию советов и обеспечению достаточного пространства для протагониста. При соблюдении этого советы становятся материалом, из которого он синтезирует свой новый вариант поведения.

6. *Развитие рефлексивности за счёт обратных связей*. Пожалуй, именно этот принцип наиболее реализован в работе группы. Развитие рефлексивности идёт медленно, но постоянно, и стало особенно заметным на 4-5 месяце существования группы. Предметом рефлексии обычно становятся отдельные «идентичности» в концепции Ю.М. Караяни, описанные в теоретической части этой статьи.

7. *Освоение навыков саморегуляции на основе восстановления телесной чувствительности.* Здесь также заметен прогресс, к сожалению, пока только на встречах. По крайней мере, участники пока не сообщают о применении саморегуляции в повседневной жизни. Он проявляется в снижении усилий ведущего для того, чтобы участник, например, заметил своё дыхание и телесные напряжения, и отрегулировал их. Сейчас обычно хватает просто напоминания о теле.

Обобщая, отметим, что условием реализации этих методологических принципов является взаимоподдержка и принятие в группе, глубина которой постепенно возрастает.

1. В целом, сформулированные в начале работы группы методологические принципы оказались адекватными, и в разной степени реализуются.

2. Наиболее продуктивными являются усилия по обеспечению доверия и открытости в группе.

3. Группа стала, по крайней мере, для «ядра», постоянным и необходимым элементом жизни участников.

4. Индивидуальность подхода и поддержку уникальности участников следует признать более приоритетной, чем реализацию любого из описанных принципов. Точнее, это является необходимым условием.

Литература

1. Караяни (Волобуева) Ю. М. Психологические особенности Я-концепций инвалидов боевых действий как субъектов образовательного процесса. Инновации в образовании. 2008. 3. С. 80-103.
2. КараяниА.Г., Караяни Ю.М. Психологическая помощь участникам боевых действий: уроки чужих войн. Юридическая психология. 2022. 4. С. 29-35.
3. Караяни А.Г. О социально-психологической реадаптации участников боевых действий. Психологическая газета. 07.07.2023. URL: https://dzen.ru/a/ZKgU0-57HiRzD77Z
4. Лох К.В. Факторы дезадаптации демобилизованных военнослужащих и методология групповой работы с ними. Личностные и ситуационные детерминанты поведения и деятельности человека. Под общ. ред. А.В. Гордеевой, С.А. Вильдгрубе, Э.А. Ангелиной. Донецк: ДонГУ, 2024. С. 268-275.
5. Эриксон Э. Идентичность. Психология самосознания. Хрестоматия. Самара, 2003. 517 с.

ЛОХ КОНСТАНТИН ВЛАДИМИРОВИЧ, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет», e-mail: klokh@rambler.ru

3.4. Психоаналитический подход к определению психической травмы

Е. Г. Максименко

Явление психической травмы, как предмет исследования рассматривался в психоанализе многими учеными (К. Абрахам [1], Д.В. Винникотт [4], О. Ранк [12], З. Фрейд [13-19], К. Юнг [22-23], И. Ялом [24] и др.). В словаре по психоанализу [7, с. 591] травма (психическая) определяется как «событие в жизни субъекта, которое вызывает особенно сильные переживания и делает субъекта неспособным к адекватной реакции». В конце XIX столетия гипотеза Ж-М. Шарко о психогенном присхождении некоторых психических расстройств повлияла на научные изыскания феноменологии данного понятия З. Фрейдом, который, описывая случай Анны О., отметил, что психотравма есть «остатки или осадки аффективных переживаний» [17, стр. 9]. Особенность симптомов объяснялась их отношением к травматическим ситуациям, которые служат детерминантами, т.е. симптомы представляли собой остатки воспоминаний об этих ситуациях. З. Фрейд отмечал, что одно какое-либо переживание не всегда оставляет травматичный след в виде симптома, но многочисленные повторные травмы оказывают деструктивное воздействие на психику. Согласно З.Фрейду, цепь патогенных воспоминаний должна быть восстановлена в памяти в хронологическом порядке и в обратной последовательности: последняя травма вначале и первая в конце, которая часто является наиболее действенной. Путь психотерапии можно назвать «назад в будущее», имея ввиду, движение в направлении воспоминаний, эмоциональное отреагирование каждого из них, приведет нас в будущем к освобождению от симптомов [19].

З. Фрейд в работе «По ту сторону принципа удовольствия» [17, с. 190] связывает возникновение травматического невроза с переживанием событий опасных для жизни. На психическом уровне происхождение травмы объясняется внутренним конфликтом, порожденным столкновением двух влечений – к жизни и к смерти. В экономическом плане, согласно З. Фрейду, приток возбуждений превосходит допустимые для психики возможности. Речь идет о сильной аффективной реакции на одно событие, либо о накоплении многих переживаний, на которые по отдельности психика не реагирует (включение в процесс обсессивной защиты), теряя способность к разрядке.

Таким образом, психическая травма представляет собой аффективный след переживаний некоего травмирующего психику события, причинившее человеку (взрослому или ребенку), среде его обитания вред. Последствия травмы переживаются настолько интенсивно, что сознательная часть психики не способна их принять (смерть или угроза смерти, угроза серьезных телесных повреждений, насилие, утрата имущества, привычного образа жизни). Главными признаками травмирующего события являются его внезапность и чувство беспомощности [6; 11].

Все события, которые могут быть как единичными в жизни человека, так и постоянно повторяющимися, способны привести к появлению психической

травмы [6; 9]. Воспоминания о событиях, произошедших в сознательном возрасте человека (старше 14 лет), с годами не становятся менее значимыми или менее болезненными. Снижение же чувствительности переживания будет происходить при непосредственном эмоциональном отреагировании пострадавшего. Не имеет значения сразу ли отреагировал человек или по прошествии многих лет, при выплеске чувств аффект будет умньшаться. Необходимо отметить, что люди, пережившие одно и тоже событие, например, проживают вместе в условиях длительного военного конфликта или пострадавшие в результате теракта по-разному проявляют реагирование на него. Большинство пострадавших способны справится самостоятельно [2].

Изучая последствия военных неврозов, З. Фрейд отметил наличие особой предрасположенности субъекта к травматической реакции на событие, а именно фиксацию либидо на ранних этапах развития. Внутреннее напряжение, созданное фиксацией и требующее разрядки, обусловливает психическую травму, вследствие превалирования ощущений удовольствия и неудовольствия (индикаторы внутренних процессов) над всеми внешними раздражителями. Внешняя деятельность индивидуума посредством механизма навязчивого повторения и проекции направлена на снижение внутреннего возбуждения, создавая «впечатление преследующей судьбы» [15, с. 198]. Поэтому неожиданное, достаточно сильное событие, нивелирующее действие защиты, является травматическим. По этому поводу З. Фрейд писал: «Я полагаю, что понятие травмы включает в себя понятие нарушения защиты от раздражения. Такое событие как внешняя травма, вызовет, наверное, громадное расстройство в энергетике организма …» [там же, с. 202]. Согласно З. Фрейду, травма не только нарушает энергетический обмен, но и представляет собой серьезную угрозу для целостности «Я»: «Организм оказывается не в силах сдержать переполнение психического аппарата столь большими количествами раздражений» [15, с. 202]. Как проявляется психотравма, в каких симптомах мы можем ее обнаружить?

Рассмотрим психоаналитический случай с жалобами на панические атаки (тревожно-фобическое расстройство).

Случай 1. Л., 36 лет, работает парикмахером, замужем, имеет двух сыновей 12 и 6 лет. Семья живет в собственном отдельном доме. Муж – водитель, часто бывает в командировках. Психоаналитическая реконструкция показала, что панические состояния возникли два года назад, когда Л., отдыхая дома, слушала музыку в наушниках и испугалась мужа, который неожиданно пришел домой и обнял ее сзади. С ней, со слов Л. случился «сердечный приступ». Вызвали скорую помощь, которая, сделав кардиограмму, выписала успокоительные лекарственные средства. С этого момента приступы происходили неожиданно, без всяких видимых причин. Многочисленные попытки решить вопрос медикаментозно не увенчались успехом. Л. пыталась лечиться также у экстрасенсов, знахарей и т. п. специалистов. К психологу порекомендовал обратиться психиатр.

В психологическом анамнезе у Л. были отмечены следующие события. Мать Л. любила ее отца, который был женат на другой женщине. Беременность для матери, незамужней женщины, дочери довольно строгих родителей, была нежеланной. Боясь социального осуждения, мать Л. была готова осуществить попытку суицида (прыгнув в реку с моста), планировала и даже сделала попытку, но не смогла. Роды были тяжелые и затяжные, в результате Л. родилась с травмой шейных позвонков и вывихом ключицы, что выяснилось лишь к 7 месяцам ее жизни. Мать Л. вспоминая ее младенчество, рассказывала о бессонных ночах, о постоянном плаче Л., о своем депрессивном состоянии. Через несколько лет мать Л. выходит замуж, и у Л. появляется сестра. Развитие Л. сопровождают сложные амбивалентные чувства к матери, вызванные, с одной стороны, пониманием большой значимости для матери (как дочери любимого человека), а с другой, ненужной, лишней в ее новой семье. В 14-летнем возрасте Л. столкнулась с проблемой сексуальных домогательств отчима, жалобы Л. матери не принесли результата, отчим все отрицал, и Л. обвинили во лжи. С этого возраста Л. эмоционально отгородилась от родных. В 17 лет Л. вышла замуж и родила сына. Бизнес супруга был связан с риском и криминалом. Л. часто была свидетелем опасных для нее и мужа переговоров с конкурентами. Брак закончился через несколько лет смертью супруга от передозировки наркотика. В 20 лет Л. Снова переживает одиночество, связанное как с потерей мужа, так и с возникшими трудностями в отношениях с друзьями мужа, которые обвинили Л. в его смерти. В таком эмоциональном состоянии Л. жила несколько лет. Повторный брак подарил Л. ощущение заботы и дружбы со стороны супруга, родился второй ребенок. Однако, психологически Л. была все время в напряжении, связанным с боязливым ожиданием *быть виновной* в чем-либо. Она переживала по поводу мнения сотрудников, соседей, родственников мужа. В период, предшествующий первой панической атаке, родные мужа попали в неблагоприятную ситуацию, из-за которой лишались значительной части своего материального благополучия. Муж Л. собирался оказать им посильную помощь, однако некие авантюрные действия со стороны родственников привели к опасной для жизни и здоровья мужа Л. ситуации. К ним в дом приходила милиция, его вызывали на допрос и т. п. Когда все разрешилось, и муж уехал в командировку, Л. позволила себе расслабиться, слушая музыку, однако неожиданное возвращение мужа вызвало у нее панику с описанными выше последствиями. По характеру Л. авторитарная, любит, когда все происходит по ее желанию. Очень требовательна к себе и другим, педантична.

Психологический анализ по методу Т. Яценко [25] с опорой на рисунки анализанта позволил Л. осознать связь между ее актуальным психическим состоянием и жизненными переживаниями. Рисовать Л. первое время отказывалась, апперцепция по неавторским рисункам также давала скудную информацию. Работа с помощью камней и лепка из теста помогла Л. спонтанно, благодаря метафоричности образов, выразить свои эмоции и соотнести их с первичными объектными отношениями.



Рис. 3.5.1. Пространственная композиция «Мои желания»

Пространственное моделирование сферы желаний (см. рис. 3.5.1,) показало стремление Л. к отношениям по типу «мать-дитя». Темный камень символизирует саму Л. Согласно ее представлениям, забота, которой ей не хватает, могла бы принести множество поводов для радости, она бы чувствовала себя сильной и уверенной.

Вытесненный базальный страх за жизнь и здоровье на фоне ощущения собственной ненужности определяет организацию психики Л., доминирование чувства беспомощности и паники при столкновении с фатальной опасностью. Тревожность матери во время беременности, суицидальные мысли через идентификацию с ребенком стали частью психики самого ребенка, который до определенного времени не отделяет себя от матери. Эмпирический материал позволил предположить, что родовые травмы могут быть взаимосвязаны с бессознательным желанием женщины не рожать, которое создает предпосылки для запуска энергии мортидо и формирования базисного дефекта.

Защитный механизм расщепления [4; 7; 10] «оберегал» психику Л. от травмирующих переживаний и одновременно «перегружал» невыносимыми представлениями. Влечение к смерти у матери способствовало развитию невроза Л, в канву которого встроилось чувство вины за поступки, которых Л. не совершала, но в которых ее обвиняли. Психотравма с компонентом внутреннего садизма парализовала активность Л. и блокировала желание общаться, работать, любить. Страдая от собственного поведения и чувств, Л. еще более замыкалась от близких и друзей. Постепенно тональность сессий изменилась в сторону ослабления напряжения. Л. стала рефлексивна, к ней вернулась способность радоваться жизни. Нарушенное чувство зависимости от первичного либидного объекта, которое проявлялось в желании получать заботу, опеку, благодарность даже за незначительные поступки от мужа и детей, вынуждало Л. авторитарно требовать от мужа постоянного подтверждения собственной значимости, от детей – беспрекословного повиновения. Страх несоответствия ожиданиям побуждал Л. критически относится к собственной личности, строго оценивать свое поведение. Отношения с матерью и сестрой у

Л. носили формальный характер. Принятие как форма общения в родительской семье фактически отсутствовало, вследствие чего стратегия оценки, критики и наказаний реализовывалась и в семье Л. Осознание влияния пережитого опыта на ее актуальную жизнь позволило нивелировать замещающий характер эмоционального отношения и требований к мужу и детям. Проработка детских впечатлений, понимание и принятие трагедии матери улучшило взаимоотношения с матерью и сестрой Л.

Особые условия, в которых может оказаться человек, как правило, вызывают психическое напряжение. Как следствие, у одних людей ответной реакцией организма есть мобилизация внутренних жизненных ресурсов, у других – снижение или даже срыв работоспособности, ухудшение здоровья, физиологические и психологические стрессовые проявления. Результаты психоаналитической работы свидетельствуют о влиянии индивидуальных особенностей личности, условий ее развития, воспитания, сформированного уровня адаптивности. Чем более в психологически благополучной среде происходило развитие индивидуума, тем адаптивнее его поведение в экстремальных условиях.

Случай 2. Представим результаты индивидуальной и групповой психоаналитической работы с девочкой Л. (возраст 5 лет). В группе детского сада Л. вела себя изолированно, отказывалась от участия в контактных играх, с детьми не дружила, молчаливо играла одна. Долго присматривалась к психологам, прежде чем решилась на общение и беседу. Из психологического анамнеза: Л. – сирота, воспитывается с 2,5 лет в опекунской семье. Самый младший ребенок из 6 детей. Военные события разделили семью, часть детей с матерью оказались по одну сторону линии соприкосновения, Л. с отцом и двумя старшими сестрами – по другую. Л. пережила активные боевые действия, дважды ее с отцом отбрасывало ударной волной от взрывов. На момент встречи с психологом Л. проявляла высокую тревожность, боялась громких звуков. Вспышки агрессии перемежались с крайней интроверсией, уходом от общения. Л. обидчива, но не слезлива. Отмечаются трудности с засыпанием, страх спать одной.

В рисунках у Л. преобладали красные и черные пятна, без каких-либо конкретных образов. Результаты психоанализа с использованием таблиц Детского апперцептивного теста Л. Беллак, С. Беллак [3] показали желание Л. жить одной. По рисунку «Кролик один в темной комнате» Л. рассказала, что «кролик живет один, он все умеет, и ему никто не нужен». У Л. отмечается наличие внутренних противоречий, связанных с блокированием либидной энергии. Л. не верит, что «Кролика» может кто-то любить. Фрустрирована потребность в уважении и понимании. Субъективно Л. переживает отсутствие доверия и расположения к себе со стороны значимых окружающих. В связи с этим страдает самоуважение. Эмоциональная напряженность нивелируется уходом от общения (ведущий защитный механизм).

Психоаналитическая работа с Л. также показала «загруженность» психики травмирующими событиями, которые Л. пережила задолго до начала

военного конфликта в ее городе. Опыт материнской депривации во младенчестве обусловил возникновение психотравмы в связи с временным отсутствием приемной матери. Страх оставаться одной парадоксальным образом повлиял на желание избегать общения как средство совладания с травмирующей ситуацией. «Лучше ни к кому не привязываться, чтобы не было больно при расставании» – сформированная установка Л. В процессе работы были откорректированы ранние травмы, актуализированные чрезвычайными событиями, прежде всего чувство недоверия к окружающим. Обсуждались и моделировались в игре стратегии конструктивного решения различных жизненных ситуаций.

Случай 3. В следующем примере психологической работы с жителями пострадавших районов Донбасса за помощью обратилась женщина, отметив, что не может справиться с мужем, который стал принимать много алкоголя после гибели старшего сына, которому было 20 лет. Семья оказалась на грани разрыва. Анализ показал, что отец, работавший до конфликта машинистом тепловоза, не раз являлся случайной причиной гибели людей на железнодорожных путях (поезд невозможно остановить быстро). Вытесненные переживания трагичных событий, чувство вины за смерть людей спровоцировали острую реакцию на смерть сына. Отец все время повторял, что «его Бог наказал за грехи, за гибель людей». Он не желал возвращаться к своим профессиональным обязанностям, несмотря на семейную нужду. Психоаналитическая работа с помощью камней, позволила анализанту проговорить вытесненные травмирующие переживания, увидеть собственные ресурсы и жизненные задачи.

Однако, следует описать и случаи, в которых сильнейщее переживание не приводит к возникновению психотравмы.

Случай 4. Девочка Н., 6 лет. В четыре года девочка ехала семьей (отец, мать, старшая сестра и Н.) в автомобиле в эвакуацию. В машине попали под перекрестный огонь, и вся семья погибла, девочка была ранена в голову (пострадал глаз) и плечо. Была спасена из горящей машины солдатом, привезена в травматологию в Донецке, где была оказана вся необходимая помощь. Психоанализ проводился с Н. больше года и был начат в неполные 6 лет. Жалобы бабушки на отстраненность девочки от социальной жизни, замкнутость. Девочка посещала детский сад, но ни с кем не дружила. Общение как деятельность не развивалось. Схема жизненного пространства, которая была создана на первой встрече, продемонстрировало желание девочки быть вместе со своей погибшей семьей: «Все на небе, и я хочу быть с ними». Ее чувства не были отреагированы, ей не давали оплакать, прогоревать, говорили: «Ну что-ты не нужно платакать», «Ты же жива». У девочки была депрессия. Однако, стабильная работа, вначале трижды в неделю, затем, примерно через полгода, встречались два раза, позволила ребенку оплакать родителей и сестру, найти свое место среди родственников. Ей казалось, что никто не горюет так, как она. Отношения в родительской семье были очень любящими, надежными. Мать и отец хорошо заботились о детях. Н. получила достаточно любви для

того, чтобы выдержать драматическую ситуацию и относительно быстро восстановиться.

Предиктором формирования психической травмы, по нашему мнению, может выступать сформированное чувство нарушенной зависимости. Векторы жизненной интенции «зависимость» и «независимость» являются результатом разрешения одного из самых ранних конфликтов развития личности, связанного с переживанием младенцем чувства зависимости с ощущением беспомощности в ввозможности оказывать влияние на внешний мир, прежде всего, на мать. Этап перехода от состояния зависимости к состоянию независимости, впервые описанный в научной литературе Д. Винникоттом [4-5], представляет уровень конфликта, разрешение которого отражается на формировании самости ребенка [20]. В психологии отмечается существование некоторой путаницы между пониманием состояний зависимости и независимости, в использовании данных терминов для различения «беспомощности незрелого» от «самостоятельности зрелого» человека. По нашему мнению, стремление к независимости, желание быть независимым имеет отношение к инфантильным переживаниям с нарциссическим компонентом и представляет собой антитезу зависимости. Мы полагаем, что неразрешенный внутрипсихический конфликт, связанный с затруднениями перехода из состояния зависимости в сторону независимости может определяться как нарушенное чувство зависимости [9].

Анализируемые клинические случаи позволяют констатировать, что на формирование нарушенного чувства зависимости значимо влияют травмирующие аффективные переживания индивида в период внутриутробного [12] и доэдипального развития при отчуждающем, авторитарном, контролирующем и отвергающем типах материнского отношения, включающего деструктивное отношение к будущему ребенку, отчуждение, дистанцирование от ребенка, отсутствие эмпатии к потребностям ребенка, непонимание и нечувствительность к психофизиологическим ритмам маленького ребенка, многочисленные запреты, моральные и физические наказания, некачественное формальное общение, замещение непосредственного общения играми в одиночестве и др. [5; 10; 19; 23].

Подобное отношение и воспитание создает предпосылки для становления образа «Я» субъекта как беспомощного и ненужного окружающему миру, определяя субъектную направленность и активность на поиск тех замещающих объектов, которые способны создать ощущение внутренней гармонии – собственного могущества и влияния на действительность – в придуманной, фантазийной, выстраданной реальности.

Переживание беспомощности (тенденция в утробу, к слабости [26]) является центральным образованием у индивидов с нарушенным чувством зависимости. Глубокая ранимость, депрессия, паника могут возникнуть на любом этапе психовозрастного развития.

Характеризуя процесс функционирования психологических защит личности с нарушенным чувством зависимости, можно выделить следующие признаки: *во-первых,* непреодолимое влечение к идеализированному объекту,

функционирующее согласно принципу удовольствия с отступлениями от реальности; *во-вторых*, «Эго-дефицит», который проявляется в зависимости от других психических инстанций, прежде всего карающего «Супер-Эго» (обладающего функцией контроля); *в-третьих*, ощущение беспомощности, неспособности влиять на объектный мир, формирующее готовность к пассивному восприятию действительности (дефицит функции заботы о себе); *в-четвертых*, стремление к трансформации переживаемой ситуации, выражающееся в самокоррекции агрессивного влечения (проявление аддиктивного поведения); *в-пятых*, склонность к вынужденному повторению (тенденция «порочного круга»). Психологический баланс личности с нарушенным чувством зависимости парадоксально поддерживается желанием и одновременно страхом проявлять агрессию-влечение (младенческий гнев, нарциссическую ярость) для решения задачи получить или восстановить внутреннее «могущество» и влияние на объектный мир. В результате возникающее чувство императивной беспомощности и понимание неспособности изменить ситуацию или представление детерминирует функцию контроля агрессивных импульсов посредством аддиктивного агента.

Таблица 3.5.1

Признаки нарушенного чувства зависимости

Стадия психовозрастного развития	Зависимый (симбиотический) тип	Дистантно-доминантный (сепаратный) тип
От рождения до 6-7 лет	Аутоагрессия, отсутствие аппетита, страх темноты, одиночества, незнакомых или малознакомых людей, «цепляние» за мать в возрасте старше четырех лет.	Агрессия по отношению к ровесникам, животным, склонность к поджогам, тенденция к детскому бродяжничеству.
	Снижение познавательного интереса и желания общаться.	
Латентный период	Чувство неполноценности.	
	Страх школы, учителей, одноклассников, уход в болезнь.	Стремление к превосходству, первые пробы алкоголя, токсических веществ, бродяжничество.
Предподростковый возраст	Крайняя интроверсия, отказ от общения в среде сверстников, страх публичных выступлений.	Нарушение поведения, конфликты, драки, нежелание учиться, побеги из дома.
Подростковый возраст	Плаксивость, одиночество наряду с потребностью в родительской опеке, мечтания об идеальном друге (подруге), посещение интернет-сайтов.	Открытая вербальная агрессия, девиантное поведение, вступление в молодежные субкультуры, употребление алкоголя, наркотиков.
Юношеский и ранний взрослый период	Изоляция, боязнь интимных отношений, страх отделения от родителей, религиозная, трудовая аддикции.	Аддиктивное, асоциальное поведение.
	Проявление алекситимии как особой трудности в понимании своего	

Стадия психовозрастного развития	Зависимый (симбиотический) тип	Дистантно-доминантный (сепаратный) тип
	эмоционального состояния и окружающих.	эмоционального состояния

Психотерапевтический процесс должен учитывать особенности психической организации нарушенного чувства зависимости и опираться на главную цель личности с нарушенным чувством зависимости – восстановление ощущения внутренней силы и значимости для объектного мира. В связи с этим, *первым шагом* коррекции нарушенного чувства зависимости как предиктора психотравмы является создание в аналитической ситуации атмосферы безусловного принятия личности анализанта и готовности к поддержке на протяжении всего процесса. В процессе диагностики важным является возникновение явления переноса на фоне готовности аналитика принимать любые эмоциональные реакции как сигналы, позволяющие определить внутреннее чувство, голос истинного «Я» субъекта.

Создавшийся паттерн терапевтических отношений позволяет анализанту научиться понимать и принимать собственные реакции без критики и негатива, что является задачей *второго шага*. Посредством коррекции с использованием авторских рисунков, которые позволяют нейтрализовать сопротивление, благодаря спонтанности и непосредственности эмоционального выражения в безопасной ситуации, анализант осознает склонность к «вынужденному повторению» и постепенно разрешает себе проявление деструктивных эмоциональных реакций, отвечая на вопрос «Что я чувствую?» (рисунки на тему «Мое настроение», «Мои страхи», «Человек, которого я боюсь», «Обычное эмоциональное состояние близких мне людей» и др.).

Третьим шагом является соотнесение аффектов со сферой желаний и потребностей. Совместно с анализантом отвечаем на вопрос «А что я хочу?» (рисунки на тему «Мои желания», «Мои сновидения», «Мое прошлое, настоящее и будущее», «Я в семье родителей», «Мужчина, женщина и Я», «Несуществующее животное» и др.). На данном этапе мы акцентируем внимание на воспоминаниях, реконструирующих генезис личностной (психосоматической, невротической) проблемы. Анализант осознает свои проекции, искажающие восприятие реальности, учится анализировать свои социально-перцептивные искажения, жить по принципу «здесь-и-теперь», что позволяет объективировать вытесненные бессознательные желания идеальных либидных отношений (иллюзии симбиоза и фантазии всемогущества). *Четвертым шагом* является рефлексия на тему «Мои действия» (рисунки «Кризис и этапы выхода из него», «Человек под дождем», «Путь моей жизни», «Я иду навстречу беде» и др.). Важно помочь анализанту осознать бесперспективность привычного способа реагирования на фрустрирующие отношения и ситуации, расширить диапазон возможностей субъекта за счет понимания конструктивного пути развития личности. На этом этапе происходит разворот анализанта в сторону самоактуализации, чувствования собственных

возможностей. *Пятый шаг* психокоррекции закрепляет уверенность субъекта в самом себе, в своем жизненном самоопределении. Анализант испытывает удовольствие от принятия собственной личности, открываются перспективы адаптивного поведения и конструктивного общения.

Нарушенное чувство зависимости можно определить по симптоматике у лиц, имеющих те или иных проявления аддиктивных тенденций, включая стремление к риску, промискуитет, либо отказ от серьезных отношений, нарушение пищевого поведения, а также химические формы зависимости. Психоаналитическая работа направляется на восстановление самости, чувства «Я»; понимания собственных потребностей, желаний; ощущения нужности самому себе и окружающему миру.

Охарактеризуем последствия психической травмы в сравнении с симптоматикой тревожного расстройства и ПТСР (табл. 3.5.2).

Таблица 3.5.2

Эмпирические референты

Паттерны/ психические состояния	Психическая травма / К-ПТСР	ПТСР	Тревожное расстройство
Аффективные состояния	1. Наплывы неконтролируемых эмоциональных реакций (аффективные взрывы). 2. Диссоциация (отчуждение) чувств, проявляется в эмоциональной отстраненности (эмоциональная уплощенность, апатия. 3. Алекситимия (неспособность понимать чувства), потеря чувствительности, эмпатии. 4. Угроза идентификации и управление эмоциями в целом: – страх/ужас, что травма повторится; – страх идентифицироваться с агрессором и стать столь же разрушительным; – страх идентифицироваться с жертвами и отождествить себя с жертвой;	*Основной симптом:* 1. Повторяющиеся переживания травмирующего события (флэшбеки, представленные в навязчивых реминисценциях, ярких навязчивых воспоминаниях или повторяющихся снах). В большинстве случаев они неприятны и аффективно насыщенны. *Дополнительные:* Формирование депрессивных переживаний, эпизодическая или генерализованная тревожность. Постоянное внутреннее напряжение, в котором находится пострадавший (в связи с обострением инстинкта	Страх перед публичными выступлениями, например, перед докладом, презентацией или устным ответом. Страх покраснеть у других на виду. Страх принимать пищу в общественном месте и сопутствующих этому проявлений. Страх использовать общественный туалет. Страх перед большими скоплениями людей. Страх перед экзаменами Страх перед общением с незнакомыми людьми. Страх перед разговором с человеком, занимающим более высокую должность. Страх перед участием в общественных мероприятиях.

Паттерны/ психические состояния	Психическая травма / К-ПТСР	ПТСР	Тревожное расстройство
	– гнев и ярость; – грусть и горе; – вина за переживание гнева; – стыд по поводу беспомощности и опустошенности; – ненависть к себе и презрение, чувство неполноценности, испорченности, безнадежности; – экзистенциальное отчаяние.	самосохранения), затрудняет модуляцию аффекта: иногда пострадавшие не могут сдержать вспышки гнева даже по незначительному поводу. Могут отмечаться острые вспышки страха, паники или агрессии, вызванные воспоминаниями о травме. В дальнейшем, воспоминания о стрессовой ситуации становятся менее актуальными. Пациент старается активно избегать даже разговоров о пережитом, чтобы не «будить тяжёлых воспоминаний». В этих случаях иногда на первый план выступают раздражительность, конфликтность и даже агрессивность.	
Когнитивные	– травматические изменения восприятия/повторное переживание травмы (флешбэки, навязчивые аффекты, образы, звуки, ощущения, идеи, действия. – потеря чувствительности (деперсонализация, дереализация, конверсионная анестезия) – нарушение чувства и тестирование реальности	*Основной симптом:* 2. Избегание действий и ситуаций, напоминающих о травме (фактическое избегание, чувство «онемения» и эмоционального притупления, отрешенности, невосприимчивости к окружающему, эмоциональная отстраненность, ангедония, ограничительное поведение)	Самокритика Снижение концентрации внимания, памяти. Снижение работоспособности.

Паттерны/ психические состояния	Психическая травма / К-ПТСР	ПТСР	Тревожное расстройство
	– неспособность к размышлению о травме. Избегание мыслей и разговоров о ней. – амнезия травмы. – гипермнезия травмы, навязчивые размышления. – временная дезориентация во времени и пространстве (флешбэки стирают границу между прошлым и настоящим) – самокритика, самонаказание или мести за себя, в связи с навязчивыми размышлениями о действиях, которые могли привести к травме – нарушение функций Эго. Расстройство самости, снижается способность интегрировать переживания, нарушается чувство непрерывности себя и своего опыта	*Дополнительные:* Психогенная амнезия, либо частичная, либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора. Субъективно воспринимаемые нарушения памяти: затруднения запоминания; снижение ретенции в памяти той или иной информации; трудности воспроизведения. Ввиду фиксации пациента с ПТСР на травматические переживания, расстройства памяти не связаны с истинными нарушениями различных функций памяти, а обусловлены, в первую очередь, затруднением концентрации внимания на фактах, не имеющих прямого отношения к травматическому событию и угрозе повторного его возникновения.	
Соматические состояния.	–раздражительность, –психологическое перевозбуждение, –нарушение сна, ночные кошмары, бессонница и попытка самоизлечения при помощи психоактивных веществ и поведенческих	*Основной симптом:* Чрезмерное физиологическое возбуждение (бессонница, связанная с наплывом неприятных воспоминаний о травматическом	Человек внимательно и тревожно следит за тем, как функционирует его тело. Собственное тело скрупулёзно мониторится и зачастую какой-либо

Паттерны/ психические состояния	Психическая травма / К-ПТСР	ПТСР	Тревожное расстройство
	аддикций (еда, секс, шопинг, трудоголизм, самоповреждение.	событии, гипервигилитет – сверхнасторожённость, повышенная реакция испуга). *Дополнительные:* Нарушения сна – бессонница (затруднение засыпания), ночные кошмары. Другими явлениями, присущими ПТСР и связанными со сном, являются: сомнамбулизм, сноговорение, гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации, уменьшение представленности 4-й стадии сна. Также при ПТСР нередко обнаруживаются расстройства дыхания во сне. Повышенный рефлекс четверохолмия на внезапные раздражители внешней среды (световые, зрительные, слуховые, тактильные) может легко возникнуть вздрагивание, вскакивание, вскрикивание или наоборот, «застывание». Иногда сопровождается вегетативными проявлениями (повышением артериального	болевой приступ или чувство дискомфорта может стать причиной для беспокойства. Беспокойство могут усилить найденные в интернете сведения о различных заболеваниях. Тревожность о здоровье не исчезает даже после того, как врач с помощью исследований или анализов исключает заболевание. Крайний вариант – паническая атака: – учащённое сердцебиение или пульс; – ощущение нехватки воздуха или удушья; – боль в груди; – тошнота или боль в животе; – слабость; – головокружение или ощущение падения в обморок; – чувство нереальности происходящего; – страх смерти, сумасшествия или полной потери контроля над собой; – усиленное потоотделение; – дрожь; – некоторое онемение рук и ног; – приливы холода или жара.

Паттерны/ психические состояния	Психическая травма / К-ПТСР	ПТСР	Тревожное расстройство
		давления, появлением тахикардии и пр.). Обусловлен связями тектума (верхних холмиков четверохолмия у человека) с шейными и грудными сегментами спинного мозга. Обострение (или диагностируются впервые) хронических соматических заболеваний, особенно тех, в основе которых участвуют психосоматические механизмы формирования (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, холецистит, холангит, колит, запоры, бронхиальная астма и др.). Сексологические нарушения: снижение либидо и эрекции.	
Паттерны отношений.	– нарушенное чувство зависимости (навязчивая привязанность к либидному объекту или крайняя обособленность от окружающих, отчуждение). При этом ранее вполне самодостаточная личность начинает ощущать беспомощность, одиночество, потерю смысла жизни; – страх отвержения со стороны других людей, критики, строгой оценки;	Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и *numbing* – блокировка эмоциональных реакций, оцепенение (не наблюдалось до травмы) может выражаться в следующих проявлениях: 1. Усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой. 2. Усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают	Сильный страх и тревожность в ситуациях, при которых необходимо общаться, выступать перед другими или находиться в центре внимания. Стремление избегать провоцирующие тревогу ситуации общения и деятельности, оцениваемые как дискомфортные.

Паттерны/ психические состояния	Психическая травма / К-ПТСР	ПТСР	Тревожное расстройство
	– чувство недоверия, настороженности, невозможность строить близкие отношения.	воспоминания о травме. 3. Неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия). 4. Заметно сниженный интерес или участие в ранее значимых видах деятельности. 5. Чувство отстраненности или отделенности от остальных людей. 6. Сниженная выраженность аффекта (неспособность, например, к чувству любви). 7. Чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей или пожелания долгой жизни).	

Сравнительный анализ симптомов психической травмы, ПТСР и тревожного расстройства, представленный в таблице дает основание предполагать наличие единого фундамента образования психических расстройств и нарушений функционирования, природа которого описана как психическая травма. Опираясь на опыт психоаналитической работы, можно утверждать, что основным фактором возникновения психотравмы является нарушенное чувство зависимости.

В условиях военного конфликта увеличивается количество запросов на психотерапевтическую помощь лиц с паническими атаками, которые происходят неожиданно и регулярно повторяются [2; 6; 9]. В промежутках между ними человек боится очередной панической атаки и беспокоится о повторении этих эпизодов вновь и вновь. Главный двигатель панической атаки – катастрофическая интерпретация телесных ощущений.

В основе панической атаки лежит острейшая активация сипатической нервной системы – механизма «бей, беги, замри» – древней, инстинктивной рекции на смертельную угрозу [11].

Что происходит в теле?

1. «Сигнал тревоги»: в мозге (в миндалевидном теле – центре страха) по какой-то причине формируется сигнал об опасности.

2. Выброс адреналина и норадреналина: надпочечники получают комнду выбросить в кровь огромное количество гормонов стресса.

3. Физиологические изменения: тело мгновенно перестраивается для спасения, появляются следующие симптомы:

- учащенное сердцебиение: Сердце качает кровь быстрее, чтобы снабдить мышцы кислородом для бегства или борьбы.
- учащенное дыхание (гипервентиляция): Организм пытается получить больше кислорода. Это приводит к падению уровня CO_2 в крови, что вызывает головокружение, ощущение нереальности, онемение конечностей.
- приток крови к мышцам: Кровь отливает от кожи и внутренних органов (кроме сердца и легких). Отсюда — бледность, холодный пот, тошнота.
- расширенные зрачки: Чтобы лучше видеть угрозу.
- дрожь: Мышечное напряжение готовится к разрядке.

Парадокс в том, что эта мощная, жизнесберегающая реакция запускается при отсутствии реальной физической угрозы. Тело реагирует так, будто на человека напал опасный зверь, хотя он просто едет в общественном транспорте или смотрит телевизор.

Формируется порочный круг:

1. Пусковой фактор (триггер). Им может быть все что угодно: учащенное сердцебиение после кофе, духота в помещении, легкое головокружение, стрессовая мысль или даже просто воспоминание о прошлой панической атаке.

2. Фиксация на телесных ощущениях: человек замечает, например, что сердце бьется чаще или медленнее.

3. Катастрофическая интерпретация: мозг интерпретирует зафиксированное ощущение как признак неминуемой катастрофы: «У меня сердечный приступ!», «Я задыхаюсь и сейчас умру!», «Я схожу с ума! Я теряю контроль!».

4. Рост страха и тревоги. Мысли о внезапной смерти вызывают сильный страх, который, в свою очередь, усиливает выброс адреналина.

5. Усиление физических симптомов. Сердце начинает биться еще чаще, дыхание сбивается, головокружение нарастает.

6. Подтверждение катастрофы. Усилившиеся симптомы кажутся человеку подтверждением его ужасных мыслей: «Вот видишь, мне действительно плохо! Я умираю!».

7. Пик панической атаки: Круг замыкается и раскручивается до пика, который длится обычно от 5 до 20 минут.

Таким образом, паническая атака – это результат сбоя в системе оповещения, когда безобидный сигнал тела воспринимается как угроза, что и запускает полномасштабную аварийную реакцию.

Каковы предрасполагающие факторы, почему система дает сбой?

Панические атаки редко возникают на пустом месте. Обычно есть фон:

- ✓ Генетика. Предрасположенность к тревожным расстройствам может наследоваться.
- ✓ Хронический стресс. Постоянное напряжение истощает нервную систему, делая ее более уязвимой.
- ✓ Темперамент. Люди с высокочувствительной нервной системой более склонны к паническим атакам.
- ✓ Психотравма и стрессовые события. Необработанная травма, особенно хроническая, создает высокий уровень «фоновой тревоги», на котором легко возникают панические атаки.
- ✓ Соматические заболевания. Проблемы с щитовидной железой, сердцем, низкий уровень сахара в крови и др.

После первой панической атаки развивается «страх перед страхом». Человек начинает жить в постоянной тревоге: «А когда это повторится?». Он начинает избегать мест и ситуаций, где, как ему кажется, атака будет особенно опасной или откуда трудно будет получить помощь (метро, самолеты, толпа, мосты, очередь в магазине). Это избегание называется агорафобией и является главным осложнением панического расстройства.

Панические атаки случаются как у взрослых (мужчин и женщин), так и у детей. Человек ощущает себя умирающим и таким его видят окружающие, когда атака происходит в первый раз. Ключевой посыл. Паническая атака – это ужасно, но не опасно. Она не приводит к смерти, сумасшествию или потере контроля. Понимание ее истинной природы – это первый и главный шаг к выздоровлению.

Особенностью работы с паническими пациентами является то, что они очень застревающе описывают свои ощущения, не имея сил выйти из фабулы переживаний за свое здоровье. Рефлексия, необходимая для анализа отсутствует. Весь запрос в том, чтобы помогли избавиться от ужаса панической атаки.

Случай 5. Девушка С., 16 лет, ученица выпускного класса школы, обратилась к психологу в связи с паническими атаками по рекомендации врача скорой помощи. Страх был настолько сильный, что девушка боялась оставаться одной, даже ночью. Впервые она почуствовала атаку, когда в школе ей нужно было готовиться к экзамену и одновременно готовить мероприятие выпускного, выучить стихотворение на конкурс и еще целый ряд задач. Причем об этих задачах было рассказано только после того, как несколько раз психолог просила рассказать о том, чем занималась в тот период, что было

Собрать психологический анамнез было сложно, в связи с постоянным уходом в описание ощущений. Поэтому метод психокатализа был использован на ранних этапах работы, для объективации ощущений и «выведении их из организма». Как правило все первые сессии начинались с психокатализа. Затем добавлялся аутотренинг. И только после установления стабильно уравновешенного состояния можно было переходить к собиранию психологического анамнеза.

Анализ показал следующее. С. – старший ребенок в семье. В шестилетнем возрасте появился младший брат. Мать – красивая женщина с инвалидностью (слабослышащая). С. с детства слышала от бабушки, что она – «уши» матери, должна быть рядом и помогать. С. была для маленького брата, по сути, второй матерью, умела пеленать и мыть, кормить его. Отец по характеру легко раздражительный, склонный к аресссивным высказываниям. В 10-летнем возрасте С. семья уехала из родного города. Родители долго не могли найти работу на новом месте, С. вспоминает, что им было трудно жить в однокомнатной квартире и скромным бюджетом на еду. Отец начал выпивать и в их квартире стали появляться незнакомые люди, которые часто оставались ночевать. С. не могла уснуть, когда случались «ночные гости», она их боялась и охраняла сон мамы и брата. Родители конфликтовали. Один раз, отец в сильном опьянении начал избивать мать, обвиняя ее в неверности, С. сильно испугалась, ей показалось, что отец может убить маму. С. сильно закричала, и отец отпустил маму. С этого времени она стала ненавидеть папу особенно, когда он пил. Примерно через год семья решила веруться в обратно. По дороге с отцом случился эпилептитческий припадок и С. подумала, что он умрет и хорошо, им будет легче, но сразу же испугалась этих мыслей. По приезду С. вернулась в свою школу, она не захотела жить с родителями, поселившись в доме бабушки и дедушки вместе с младшим братом. К родителям почти не ходила. Через полгода с ней случилась первая паническая атака.

Психоанализ с опорой на рисунки, пространственные модели из камней позволил девушке осознать, что панические атаки возникали всякий раз, когда близкие люди перед С. ставили сложные взрослые задачи и ей приходилась их решать вместо матери, бабушки, учительницы и даже родителей одноклассников. Она не могла сказать «нет». Ее желания никого не интересовали уже давно, она чувствовала себя эмоционально и физически уставшей.

Весь процесс работы с девушкой продолжался чуть больше трех месяцев, что говорит о достаточно быстром результате. С. благополучно окончила школу и поступила в университет.

Природа панических атак, согласно нашим исследованиям, состоит в страхе смерти, который был пережит гораздо ранее возникших ощущений и обусловил формирование первичной психотравмы. Паническая атака – симптом неотработанной психотравмы, поэтому и метод психотерапии должен быть выбран соответствующий. По нашему мнению, психоанализ в сочетании с психокатализом в случаях с панической атакой работает эффективнее других методов.

Обобщая вышеизложенное, отметим, что психотравма – это не событие, а реакция психики человека на ситуацию, которая была воспринята, как угрожающая жизни и здоровью, безопасности, целостности или идентичности личности. Травматические последствия могут вызвать любые события, на которые была сильнейшая аффективная рекация в виде ужаса, страха, стыда, вины, душевных страданий. Однако, чтобы психотравма сформировалась

недостаточно одного даже очень сильного, переживания, особая роль в появлении психической травмы принадлежит индивидуальной восприимчивости человека, генетически обусловленной конституции, пренатальному опыту, особенностям жизни в раннем возрасте. Нарушенное чувство зависимости, как следствие деструктивного раннего опыта создает фундамент для развития психотравмы у взрослого. Одним из маркеров психотравмы можно определить наличие панических атак (тревожно-фобического расстройства).

Литература

1. Абрахам К., Гловер Э., Ференци Ш. Классические психоаналитические труды. М.: Когито-Центр, 2009. 223 с.
2. Бауэр Е.А. Травматерапия и процесс психологической адаптации мигрантов: Учебное пособие. М: Московская гуманитарно-техническая академия, 2019. 27 с.
3. Беллак Л. Руководство по Тесту детской апперцепции ; [пер. с англ. Е. Ю. Коржовой, Е. П. Савченко, Л. Ф. Бурлачука]. СПб.: Иматон, 2000. 70 с.
4. Винникотт Д. В. Маленькие дети и их матери ; [пер. с англ.]. М.: Добросвет, 2000. 387 с.
5. Винникотт Д. В. Пигля. Отчет о психоаналитическом лечении маленькой девочки. М.: Класс, 1999. 176 с.
6. Капарова З.Б., Амурбеков З.Е. Природа и понятие о психологической травме. Методология современной психологии. 2024. 21. С. 81-94.
7. Лапланш Ж. Словарь по психоанализу. М.: Высш. шк., 1996. 623 с.
8. Максименко Е.Г. Программа психологического тренинга личностного роста подростков и юношества. Травматерапия. Преодоление последствий психотравмирующих событий. Книга 2: монография. Авторский коллектив. Под общ. ред. Е.Г. Максименко, В.В. Седнева, А.В. Гордеевой. Донецк. 2022. С. 313-339.
9. Максименко Е.Г. Психология самодепривации личностного развития субъекта: дис. д-ра психол. н., Киев, 2017.
10. Малер М. С. Психологическое рождение человеческого младенца: Симбиоз и индивидуация. М. Когито-Центр, 2011. 413 с.
11. Малюченко Г. Н. Проблемы и пути комплексной проработки последствий боевого стресса и боевых травм. Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. 2023. Т. 23. 4. С. 438-444.
12. Ранк О. Травма рождения и ее значение для психоанализа ; [пер. с нем Е. Н. Баканова]. Москва; 2009. 239 с.
13. Фрейд З. Либидо. М.: Гуманитарий, 1996. 477 с.
14. Фрейд З. Бесстрашие истины. Вступ. ст., сост., С. Капелуш, А. Литвинов. М.: Вагриус, 2006. 512 с.
15. Фрейд З. Бесстрашие истины. вступ. ст., сост. : С. Капелуш, А. Литвинов. М.: Вагриус, 2006. 512 с.
16. Фрейд З. Влечения и их судьба. М.: ЭКСМО-ПРЕСС, 1999. 432 с.
17. Фрейд З. Психоаналитические этюды. Мн. : Попурри, 1998. 608 с.
18. Фрейд З. Психология бессознательного. СПб.: Питер, 2010. 400 с.
19. Фрейд З. Я и Оно / З. Фрейд // Очерки по психологии сексуальности. Мн.: Попурри, 1999. С. 105–139.
20. Эльконин Д. Б. Психология развития. М. Академия, 2001. 144 с.
21. Энциклопедия глубинной психологии. Т. I. Зигмунд Фрейд: жизнь, работа, наследие. М.: Когито-Центр, МГМ, 1998. 800 с.

22. Юнг К. Г. Аналитическая психология: Прошлое и настоящее. М. : Мартис, 1995. 320 с.
23. Юнг К. Г. Божественный ребенок : Аналитическая психология и воспитание. М. Олимп; АСТ-ЛТД, 1997. 400 с.
24. Ялом И. Экзистенциальная изоляция, ответственность и вина. Психология личности под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, А. А. Пузыря, В. В. Архангельской. М.: АСТ: Астрель, 2009. с. 226-241.
25. Яценко Т. С., Кмит Я.М., Алексеенко Б.Н. Активное социально-психологическое обучение: теория, процесс, практика: учеб. пособие. Хмельницкий: НАПВУ; М.: СИП РИА, 2002. 792 с.
26. Яценко Т. С., Андрущенко В.П. Философско-психологические проблемы методологии познания психики [Электронный ресурс]. К., 2013. URL: http://yacenko.org.ua/article/110-st.

МАКСИМЕНКО ЕЛЕНА ГЕОРГИЕВНА, доктор психологических наук, доцент, заведующая кафедрой общей психологии, директор ресурсного центра практической психологии ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет», e-mail: emaksimenkodon@gmail.com

3.6. Разработка лечебно-реабилитационных программ при непсихотических психических расстройствах у участников специальной военной операции

С. В. Титиевский, В. С. Воеводина, И. М. Гостюк, В. А. Пехтерев

Современные формы вооруженных конфликтов существенно отличаются от предыдущих опытов локальных военных действий в Афганистане, Сирии, на Северном Кавказе и в других «горячих точках» последних десятилетий [1]. Масштаб и интенсивность специальной военной операции (СВО) указывают на то, что большая часть участников военных действий подвергается влиянию боевого стресса, и распространенность у них боевой психической травмы составляет от 3 до 11% [2, с. 5]. При этом, у раненых военнослужащих психические расстройства пограничного уровня развиваются минимум в 30% случаев, а удельный вес посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) составляет от 10 до 14% [1]. В то же время, характер и структура непсихотических психических расстройств у участников СВО до сих пор остаются малоизученными.

С целью разработки лечебно-реабилитационных программ при непсихотических психических расстройствах у участников СВО нами проанализирована медицинская документация 2069 случаев госпитализаций участников СВО в ГБУ ДНР «Республиканская клиническая психиатрическая больница – психотерапевтический центр» (РКПБ-ПТЦ) на протяжении 2022-2024 гг.

Структура всех выявленных в результате данного анализа заключительных диагнозов в соответствии с МКБ-10 была следующей (рис. 3.6.1): органические (аффективные) расстройства настроения (F06.3) – 94 чел. (4,5%) (в основном, депрессивное расстройство органической природы (F06.32) – 86 чел. (4,2%)), тревожное расстройство органической природы (F06.4) – 123 чел. (5,9%), органическое диссоциативное расстройство (F06.5) – 2 чел. (0,1%), органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6) – 87 чел. (4,2%), другие уточненные психические расстройства вследствие повреждения и дисфункции головного мозга и физической болезни (преимущественно церебрастенический синдром как следствие боевых травм (контузий) головного мозга в различных их периодах) (F06.8) – 316 чел. (15,3%), органическое расстройство личности) (F07) – 336 чел. (16,2%) (включая посткоммоционный синдром (F07.2) – 29 чел. (1,4%)), параноидная шизофрения (F20.0) – 1 чел. (0,05%), шизотипическое расстройство (F21) – 5 чел. (0,25%), острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2) – 1 чел. (0,05%), шизоаффективное расстройство (F25) – 3 чел. (0,14%), депрессивный эпизод (умеренный и тяжелый без психотических симптомов, включая реактивную депрессию, согласно МКБ-10) (F32) – 421 чел. (20,3%), рекуррентное депрессивное расстройство (текущие эпизоды умеренной тяжести и тяжелые без психотических симптомов и с психотическими симптомами)

(F33) – 153 чел. (7,4%), дистимия (F34.1) – 2 чел. (0,1%), паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) (F41.0) – 4 чел. (0,2%), генерализованное тревожное расстройство (F41.1) – 7 чел. (0,3%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) – 10 чел. (0,5%), другие уточненные тревожные расстройства (F41.8) – 2 чел. (0,1%), ПТСР (F43.1) – 466 чел. (21,6%), расстройства адаптации (F43.2) – 15 чел. (0,7%), диссоциативная амнезия (F44.0) – 1 чел. (0,05%), диссоциативные расстройства моторики (F44.4) – 1 чел. (0,05%), смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44.7) – 1 чел. (0,05%), соматоформные расстройства (F45) – 1 чел. (0,05%), легкая умственная отсталость (F70) (в основном, с минимальными поведенческими нарушениями или без таковых) – 17 чел. (0,8%).

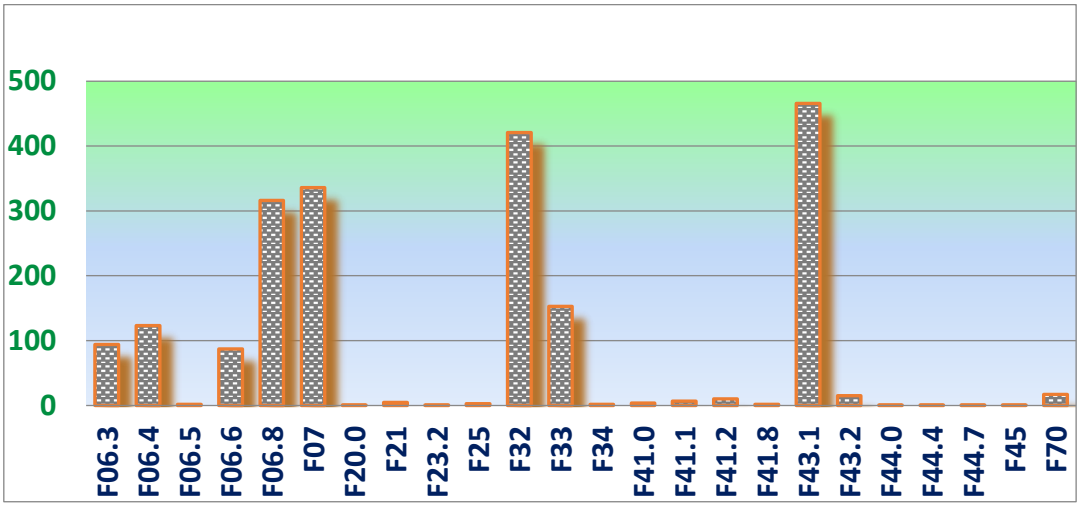


Рис. 3.6.1. Диагнозы (коды МКБ-10) случаев госпитализаций участников СВО в РКПБ-ПТЦ на протяжении 2022-2024 гг. (количество случаев).

Обращает на себя внимание преобладание при непсихотических психических расстройствах следующих их групп (кластеров): 1) широкого спектра органических психических нарушений (46,2%) (F06.8, F06.6, F06.3, F06.4, F06.5, F07, т.е., от легких неврозоподобных (астенических) до личностных), как этапов их динамики на протяжении периода наблюдения больных, во многом, – за счет перенесенных (зафиксированных или нет) контузий, часто повторных, головного мозга, на фоне перманентного боевого стресса; 2) аффективных расстройств (расстройств настроения) (27,8%), в основном, F32 и F33, включая реактивную депрессию (диагностировавшуюся как собственно реактивная либо эндореактивная на основе наличия или отсутствия «соматических» симптомов согласно МКБ-10); 3) ПТСР (21,6%).

Всё вышеупомянутое свидетельствует в пользу как «микстового» характера органической психической патологии у участников СВО, так и высокой степени патогенности боевого стресса, которому они подвергаются в театре военных действий.

Можно предположить, что такой уровень патогенности определяется не только масштабом и интенсивностью военных действий как таковых при

проведении СВО, но также – масштабом и интенсивностью применения самой современной компьютеризированной военной техники, в том числе, позволяющей наносить поражающие удары на большом расстоянии от непосредственной зоны ведения боевых действий, без тесного соприкосновения противоборствующих сторон. В этой связи один из находившихся на лечении военнослужащих, сотрудник силовых структур, ранее воевавший в Чечне и Дагестане, на вопрос, где было труднее, – там или в Донбассе, ответил: «Там воевали люди, а здесь – машины».

В последнее время мощным дополнительным фактором психогенного воздействия, значительно повышающим интенсивность боевого стресса у участников СВО, стали беспилотные летательные аппараты (БПЛА). Эти «птички» разного размера и назначения создают у военнослужащих круглосуточный «эффект присутствия» противника в их расположении, вызывая ощущение постоянной уязвимости и беззащитности (в ночное время БПЛА, помимо тепловизоров, используют осветительные приборы («фары»)). Даже сидя в окопе, боец не чувствует себя защищенным от средств поражения беспилотника, которые могут обладать значительной разрушительной силой, причём, БПЛА очень точно управляются операторами, и сами трудно уязвимы. Данный фактор отягощает воздействие боевого стресса, способствуя повышению психического истощения воюющих и, соответственно, увеличению количества пациентов с ПТСР в условиях СВО, в отличие от предшествующих современных локальных военных действий.

Пережившие опыт контактов с БПЛА больные в безопасных стационарных условиях демонстрируют отчетливые клинические признаки избегающего поведения. Например, один из пациентов, просыпаясь ночью, видел на потолке над собой светящийся индикатор противопожарного устройства, которое ассоциировалось у него с БПЛА. Возникала паническая тревога, для борьбы с которой данный больной перемещал свою кровать до тех пор, пока не добивался такого её расположения, при котором красный огонёк при пробуждении был ему не виден. Другой страдающий ПТСР больной, даже с отчетливым нетерпением ожидая посещения родственников, которые должны были привезти заказанные им любимые продукты, не выходил при этом улицу, а оставался до самого прибытия родных в вестибюле больничного здания и встречал их лишь там.

Таким образом, при непсихотических психических расстройствах у участников СВО при разработке лечебно-реабилитационных программ одним из принципов, с нашей точки зрения, должно быть включение в их структуру таргетного воздействия на органическую (во многом, за счет травм головного мозга), стресс-индуцированную (в основном, ПТСР) и аффективную (в основном, реактивные депрессии) психическую патологию, с учётом специфики (важной для психотерапевтической работы с больными) тревожно-фобической симптоматики, связанной с применением современной компьютеризированной военной техники, включая БПЛА, в театре военных действий.

В настоящее время внимание психиатров стал привлекать тот факт, что у большинства людей, переживших стихийные бедствия или другие травмирующие события, не развивается посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) либо другое продолжительное психическое расстройство, хотя у них могут в течение определенного периода возникать «временные волнения на поверхности эмоциональной жизни» и субклинические симптомы [3]. В связи с природными катастрофами, войнами, политическими конфликтами повышается интерес к резилентности человека, определение которой менялось по мере того, как формировалось понятие о развивающихся системах [4]. В настоящее время резилентность в широком смысле определяется как способность системы благополучно адаптироваться к факторам, угрожающим её жизнеспособности, функционированию и развитию [5]. Это определение применимо к самым разным системам, включая обособленного индивида или целую семью, предприятие, сообщество, экономику или экосистему, что представляется особенно важным в рамках интеграции концепций и знаний о резилентности человека, полученных разными дисциплинами на разных уровнях [4].

В психиатрии и психологии резилентность определяется как положительная адаптация человека к жизненным задачам в стрессовых и неблагоприятных социальных ситуациях либо как позитивный рост, влияющий на скорость восстановления после каких-либо нарушений [6, 7, 8]. Указанная концепция описывает динамическую способность к копингу в отношении факторов риска (например, стрессовых жизненных событий, таких как болезнь, потеря социальной поддержки, финансовые трудности) [9]. На психологическую резилентность может влиять взаимодействие внутренних факторов (например, когнитивных способностей, личности, физического здоровья) и внешних ресурсов (например, социального статуса, финансовой стабильности) [10]. Их можно использовать – наряду с биологическими, психологическими, социальными и экологическими защитными и стимулирующими факторами – для перевода человека с пути невзгод и разрушений к адаптации, выздоровлению, благополучию и даже росту [11].

Обнаружена обратная корреляция между резилентностью и тяжестью психических расстройств, например, тревожных расстройств [12], депрессии [13] и ПТСР [14]. Лица с более высоким уровнем тяжести симптомов более склонны к демонстрации более низкого уровня резилентности [15].

Некоторые исследования показали, что показатель наследуемости резилентности колеблется в пределах от 33% до 52% [3].

Исследования резилентности выявили генетические вариации экспрессии нейропептида Y и регуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, а также полиморфизмы в норадренергической и дофаминергической системах и генах транспортёра серотонина [16].

И, с другой стороны, эпигенетические факторы включают метилирование, деметилирование и изменения гистонов после стресса, особенно стресса в раннем возрасте, который может изменять экспрессию

генов, но не структуру ДНК, в течение вариабельных временных периодов, способствуя психической уязвимости [17].

Относящиеся к недавней пандемии результаты крупного исследования медицинских работников, оказывающих помощь госпитализированным пациентам с COVID-19, указывают на связь психологической резилентности с положительными эмоциями, самоэффективностью, чувством цели в жизни и социальной поддержкой (включая поддержку руководства), а также с избеганием неадаптивного поведения, такого как злоупотребление психоактивными веществами [18].

В целом же, резилентность представляется многообещающей, но малоизученной областью психиатрических исследований [3].

Как следует из указанного выше, резилентность индивида определяется резилентностью связанных с ним систем. При этом, их взаимозависимость обращает на себя внимание особенно в периоды крупных катастроф, когда одновременно нарушается несколько систем [4].

В связи с необходимостью создания специализированного комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий при связанных с участием в военных действиях психических расстройствах у участников СВО изучение их резилентности мы сочли особенно актуальным.

С помощью русскоязычной версии краткой шкалы резилентности (BRS) [19] нами обследованы 46 участников боевых действий, госпитализированных в связи с наличием непсихотических психических расстройств в РКПБ-ПТЦ на протяжении СВО.

Также использовался разработанный нами краткий опросник для исследования ряда факторов, по данным литературы связанных с формированием резилентности.

Изученным больным, наряду с комплексным клиническим обследованием, проводилось экспериментально-психологическое исследование, включавшее оценку памяти (метод запоминания 10 слов), внимания (таблицы Шульте), эмоциональной сферы (метод цветовых выборов Люшера, тест Зунга, тест Спилбергера-Ханина), личностных особенностей (тест СМИЛ). Полученные данные исследования обработаны с помощью пакета компьютерных статистических программ STATISTICA.

Все обследованные – мужчины, их средний возраст составил 39,4 лет (SD=9,9). Распределение пациентов в соответствии с диагностическими категориями МКБ-10 было следующим. У 1 чел. (2,2%) диагностировано рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести с соматическими симптомами (F33.11), у 9 чел. (19,7%) – реактивная депрессия (умеренный депрессивный эпизод, F32.1) как изолированный диагноз, у 6 чел. (13,0%) – ПТСР (F43.1) как изолированный диагноз, у 1 чел. (2,2%) – соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3). В 18 (39,1%) случаях отмечен клинически отчетливый церебрастенический синдром (F06.8) в подостром периоде сотрясения головного мозга в результате минно-взрывной травмы. При этом, у 9 чел. (19,6%) выявлены, а у 2 чел. (4,3%) отсутствовали проявления

боевого посттравматического стресса доклиничесекого уровня. Коморбидный с церебрастеническим синдромом диагноз ПТСР существовал в 1 случае (2,2%), а диагноз реактивной депрессии – в 6 случаях (13,0%). В 13 случаях (28,3%) на фоне энцефалопатии небоевого характера проявлялись признаки посттравматического стресса различной степени выраженности (у 5 чел. (10,8%) диагностировано депрессивное расстройство органической природы (F06.32), у 4 чел. (8,7%) – тревожное расстройство органической природы (F06.4) и у 2 чел. (4,3%) – органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (F06.6)). Результаты экспериментально-психологического изучения обследованных представлены в табл. 3.6.1.

Таблица 3.6.1

Результаты экспериментально-психологического изучения обследованных

Показатель		Среднее значение	Минимальное значение	Максимальное значение	Стандартное отклонение (SD)
Краткая шкала резилентности (BRS) (баллы)		13,0	6,0	26,0	3,8
Воспроизведения теста 10 слов (количество слов)	1	4,4	1,0	7,0	1,3
	2	5,4	2,0	9,0	1,7
	3	6,2	2,0	10,0	1,9
	4	6,3	1,0	10,0	1,8
	5	6,6	3,0	9,0	1,6
Количество слов, воспроизведенных через час после повторения (тест 10 слов)		4,4	0,0	9,0	2,1
Таблицы теста Шульте (с)	1	70,1	34,0	180,0	29,4
	2	66,4	31,0	140,0	27,6
	3	65,4	31,0	126,0	27,6
	4	65,5	30,0	138,0	28,0
	5	67,4	33,0	147,0	29,2
Уровень достоверности профиля теста СМИЛ (F-K) (баллы)		5,1	-15,0	20,0	9,0
Шкалы теста СМИЛ (баллы)	1	89,5	59,0	114,0	10,0
	2	90,7	61,0	131,0	14,1
	3	77,0	53,0	101,0	10,0
	4	72,0	38,0	98,0	13,3
	5	55,5	11,0	71,0	12,9
	6	68,0	41,0	100,0	15,5
	7	81,0	52,0	112,0	13,9
	8	89,4	52,0	128,0	17,1
	9	66,4	43,0	99,0	12,7
	0	67,9	45,0	85,0	10,0
Выборы теста Люшера (уровень тревоги, баллы)	1	3,8	0,0	11,0	3,3
	2	3,5	0,0	11,0	3,1
Тест	Реактивная	47,3	25,0	65,0	9,1

Показатель		Среднее значение	Минимальное значение	Максимальное значение	Стандартное отклонение (SD)
Спилбергера-Ханина (баллы)	тревожность				
	Личностная тревожность	58,2	34,0	78,0	10,4
Уровень депрессии (тест Зунга) (баллы)		52,9	29,0	74,0	9,7

При обследовании с помощью методики СМИЛ средний уровень достоверности профиля F-K составил 5,1 балла (SD=9,0) при, в целом, преобладании положительных величин данного фактора (т.е., определённых аггравационных тенденций).

Результаты применения шкалы BRS (рис. 2) свидетельствуют о широком варьировании (в диапазоне от 6 до 26 баллов) у обследованных показателя резилентности (при максимальном его значении, равном 30 баллам). Наиболее низкий уровень резилентности (6 баллов) отмечен при реактивной депрессии, как диагностированной изолированно, так и коморбидной с церебрастеническим синдромом при сотрясении головного мозга.



Рис. 3.6.2. Показатели краткой шкалы резилентности (BRS) у 46 участников СВО с наличием непсихотических психических расстройств

Корреляционный анализ по Спирмену позволил установить следующие взаимосвязи показателя резилентности теста BRS с другими показателями, характеризующими обследованных участников боевых действий.

Следует отметить, что достоверные непосредственные корреляции данного показателя с наличием (отсутствием) какого-либо диагноза не выявлены. Определена недостоверная слабая положительная связь резилентности с наличием церебрастенического синдрома без проявлений и с проявлениями боевого посттравматического стресса доклиничесекого уровня

(ρ= 0,30) и отрицательная связь – с наличием как церебрастенического синдрома в сочетании с реактивной депрессией (ρ=-0,34), так и депрессивного расстройства органической природы (ρ= -0,26).

Достоверно отрицательно показатель BRS коррелировал с возрастом обследованных (ρ= -0,36, p≤0,05).

Обнаружена достоверная отрицательная корреляционная связь показателя BRS с рядом результатов экспериментально-психологического исследования: временем отыскивания чисел в таблицах Шульте, уровнями депрессии теста Зунга, реактивной и личностной тревожности теста Спилбергера-Ханина, а также показателями шкал пессимистичности (2), импульсивности (4), тревожности (7), интроверсии (0) теста СМИЛ и наличием шизофренических (шизофреноподобных) расстройств согласно заключению теста СМИЛ (табл. 3.6.2).

Особо можно упомянуть положительную корреляционную связь показателя BRS с высоким уровнем эмоционального стресса (метод Люшера), повышающимся во втором выборе (ρ= 0,38, p≤0,05), и отрицательную связь с аггравационными тенденциями (F-K теста СМИЛ) (ρ= -0,45, p≤0,01).

При этом, наличие церебрастенического синдрома в сочетании с реактивной депрессией достоверно положительно коррелировало со временем отыскивания чисел, а также истощаемостью внимания по результатам применения теста «Таблицы Шульте» (табл. 3.6.3). Можно, таким образом, констатировать достоверную положительную корреляционную связь наличия церебрастенического синдрома в сочетании с реактивной депрессией и ряда показателей (свидетельствующих об ухудшении внимания), в свою очередь, отрицательно коррелирующих с уровнем резилентности, что косвенно подтверждает положительную связь данной «наиболее тяжёлой» патологии при травмах головного мозга у обследуемых с их более низкой резилентностью.

Таблица 3.6.2. Корреляционные связи показателя резилентности (BRS) у обследованных (ρ по Спирмену)

Показатель	BRS (баллы)
Время отыскивания чисел в таблицах Шульте - таблица 1 (с)	-0,54*
Время отыскивания чисел в таблицах Шульте - таблица 2 (с)	-0,49*
Уровень депрессии теста Зунга (баллы)	-0,42*

Таблица 3.6.3. Корреляционные связи церебрастенического синдрома у обследованных (ρ по Спирмену)

Показатель		Наличие церебрастени-ческого синдрома в сочетании с реактивной депрессией
Показатель теста «Таблицы Шульте»	Время отыскивания чисел в таблице 1 (с)	0,50*
	Время отыскивания чисел в таблице 2 (с)	0,56*
	Время отыскивания чисел	0,53*

Реактивная тревожность теста Спилбергера-Ханина (баллы)	-0,59**
Личностная тревожность теста Спилбергера-Ханина (баллы)	-0,57**
Шкала пессимистичности (2) СМИЛ (баллы)	-0,46*
Шкала импульсивности (4) СМИЛ (баллы)	-0,64***
Шкала тревожности (7) СМИЛ (баллы)	-0,45*
Шкала интроверсии (0) СМИЛ (баллы)	-0,44*
Наличие шизофренического (шизофреноподобного) расстройства (согласно заключению теста СМИЛ)	-0,43*

	в таблице 3 (с)	
	Время отыскивания чисел в таблице 4 (с)	0,59*
	Наличие истощаемости внимания (согласно заключению теста)	0,54*

Примечание: * - p≤0,05.

Примечание:
* - p≤0,05, ** - p≤0,01, *** - p≤0,001.

Интересной представляется корреляция уровня депрессии теста Зунга и личностной тревожности теста Спилбергера-Ханина с нарушениями памяти и внимания у обследованных. Так, уровень депрессии обнаружил отрицательную связь с количеством слов, воспроизведенных через час после повторения (ρ= -0,51, p≤0,05), и положительную связь – с наличием долговременной памяти ниже среднего уровня (ρ= 0,56, p≤0,05), временем отыскивания чисел (таблица 1: ρ= 0,61, p≤0,01; таблица 2: ρ= 0,63, p≤0,01; таблица 3: ρ= 0,62, p≤0,01; таблица 4: ρ= 0,63, p≤0,01; таблица 5: ρ= 0,57, p≤0,05), а также с наличием определяемого при помощи таблиц Шульте снижения концентрации внимания (ρ= 0,64, p≤0,01). Личностная тревожность продемонстрировала положительную корреляцию со временем отыскивания чисел (таблица 1: ρ= 0,56, p≤0,05; таблица 2: ρ= 0,68, p≤0,01; таблица 3: ρ= 0,58, p≤0,05; таблица 4: ρ= 0,50, p≤0,05; таблица 5: ρ= 0,51, p≤0,05), а также с наличием определяемых при помощи таблиц Шульте снижения концентрации (ρ= 0,50, p≤0,05) и истощаемости (ρ= 0,35, p≤0,05) внимания. Это позволяет предположить связь когнитивных нарушений у обследованных в большей степени с выраженностью у них тревоги и депрессии (в свою очередь, связанных с низкой резилентностью).

Из факторов, предположительно связанных с формированием резилентности, положительную корреляцию с ней обнаружило наличие (с точки зрения обследуемого) способности справляться со стрессом («Можно ли сказать, что Вы справлялись с перенесенными стрессовыми событиями?») (ρ= 0,62, p≤0,01). При этом, нужно отметить, что наличие стрессовых ситуаций в

возрасте до 7 лет отрицательно коррелировало с материальным благополучием семьи (ρ= -0,43, p≤0,05) и поддержкой со стороны окружающих (вне семьи) (ρ= -0,54, p≤0,05), и материальное благополучие семьи отрицательно коррелировало как с наличием стрессовых ситуаций в возрасте от 7 до 10 лет (ρ= -0,62, p≤0,01), так и с их количеством (ρ= -0,53, p≤0,05).

Таким образом, можно сделать следующие выводы в отношении психологической резилентности при непсихотических психических расстройствах у обследованных нами участников боевых действий.

У данных больных выявлены косвенные признаки обратной корреляции между резилентностью и тяжестью психических расстройств: положительная связь коморбидных церебрастенического синдрома и реактивной депрессии («наиболее тяжелой» патологии) с показателями, отрицательно коррелирующими с резилентностью. Резилентность обследованных достоверно обратно пропорциональна их возрасту, выявленным у них временем отыскивания чисел в таблицах Шульте, уровнями депрессии (тест Зунга, шкала пессимистичности (2) СМИЛ) и тревоги (тест Спилбергера-Ханина (реактивная и личностная тревожность), шкала тревожности (7) СМИЛ), а также выраженности таких личностных качеств как импульсивность (шкала 4 СМИЛ) и интроверсия (шкала 0 СМИЛ) и наличию шизофренических (шизофреноподобных) расстройств по данным СМИЛ. Показатель BRS прямо пропорционален высокому уровню эмоционального стресса с его повышением во втором выборе (метод Люшера) и обратно пропорционален аггравационным тенденциям (F-K теста СМИЛ). Отмечена достоверная отрицательная корреляционная связь уровня депрессии (тест Зунга) с отсроченным воспроизведением и положительная – с долговременной памятью ниже среднего уровня, временем отыскивания чисел и снижением концентрации внимания. Личностная тревожность теста Спилбергера-Ханина положительно коррелировала со временем отыскивания чисел, снижением концентрации и истощаемостью внимания. Можно предположить связь когнитивных нарушений у обследованных в большей степени с выраженностью у них тревоги и депрессии (в свою очередь, связанных с низкой резилентностью). Из факторов, предположительно связанных с формированием резилентности, положительную корреляцию с ней обнаружило наличие способности справляться со стрессом. Наличие стрессовых ситуаций в возрасте до 7 лет отрицательно коррелировало с материальным благополучием семьи и поддержкой вне семьи. Материальное благополучие семьи отрицательно коррелировало как с наличием стрессовых ситуаций в возрасте от 7 до 10 лет, так и с их количеством.

Мы включили шкалу BRS в диагностический блок лечебно-реабилитационных программ при непсихотических психических расстройствах у участников СВО, и нами проводится дальнейшее углубленное исследование проблемы резилентности при непсихотических психических расстройствах у участников СВО.

При изучении данных современной доказательной медицины о профилактике и лечении боевых стрессовых расстройств мы отобрали следующую наиболее релевантную достижению поставленной нами цели разработки лечебно-реабилитационных программ при непсихотических психических расстройствах у участников СВО информацию [20, 21].

Для профилактики ПТСР у лиц, подвергшихся травме, недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать или не рекомендовать психотерапию либо фармакотерапию в период непосредственно после травмы.

Для профилактики ПТСР у пациентов с диагнозом острого стрессового расстройства показана травма-фокусированная когнитивно-поведенческая психотерапия.

Для профилактики ПТСР у пациентов с диагностированными острой стрессовой реакцией/острым стрессовым расстройством недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать какую-либо фармакотерапию либо возражать против её применения.

Что представляет собой травма-фокусированная психотерапия? Обсуждение травматического события не обязательно делает терапию травма-фокусированной. Важно то, как именно обсуждается травма.

Травма-фокусированная психотерапия определяется как любая терапия, которая использует когнитивные, эмоциональные или поведенческие техники для облегчения переработки травматического опыта, и в которой фокус на травме является центральным компонентом терапевтического процесса. Например, человек может ярко и неоднократно рассказывать подробности травмирующего события. Вместо того, чтобы говорить о деталях события (или одновременно с этим), индивидуум может неоднократно конфронтировать с ситуациями, вызывающими напоминания о травме, или фиксироваться на бесполезных связанных с травмой убеждениях о себе и мире [22].

Специфические типы травма-фокусированной психотерапии включают: варианты когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), такие как длительная экспозиция (PE) [22], когнитивно-процессуальная терапия (CPT) [22] и когнитивная терапия [23]; типы когнитивно-поведенческой терапии, такие как тренинг прививки от стресса (SIT) [24] и терапия принятием и ответственностью (ACT) [25], которые не являются отчетливо ориентированными на травму, но могут применяться в рамках травма-ориентированного воздействия; альтернативные форматы проведения экспозиционной терапии, такие как виртуальная реальность и письмо; десенсибилизация и переработка движением глаз (EMDR) [22] и терапия ускоренного разрешения (APT) [26]; комбинированные методы лечения, такие как краткая эклектичная психотерапия [27], сочетающая когнитивно-поведенческие и динамические элементы. Существует литература по травма-фокусированной психотерапии у детей, в частности, травма-фокусированной когнитивно-поведенческой терапии [22].

Одним из видов травма-фокусированной психотерапии является травма-фокусированная КПТ. Травма-фокусированная КПТ – это целенаправленный

подход, сочетающий в себе принципы когнитивно-поведенческой терапии со специфическими стратегиями работы с травмой. Данный метод: предназначен как для взрослых, так и для подростков и ориентирован на преодоление негативных мыслей и страданий, связанных с травмами; объединяет научно обоснованные принципы КПТ со стратегиями, чувствительными к травмам, уделяя особое внимание тому, чтобы помочь людям понять и обработать свой травматический опыт; обращаясь к мыслям, чувствам и поведению, связанным с травмой, направлен на облегчение последующего психологического дистресса. Терапия основана на когнитивно-поведенческой модели, которая предполагает, что наши мысли, чувства и поведение взаимосвязаны. Травма-фокусированная КПТ акцентирует повествование (нарратив) о травме, помогая людям перерабатывать свой опыт посредством изложения историй и когнитивной обработки, что может уменьшить симптомы ПТСР и улучшить психическое здоровье. Данный вид психотерапии базируется на важности встречи лицом к лицу с воспоминаниями о травме вместо их избегания.

D.L. Chambless и S.D. Hollon [28] определили эмпирически подтверждённые методы лечения как «чётко определённые психологические методы лечения, эффективность которых доказана в контролируемых исследованиях с участием определённой группы пациентов». Можно констатировать, что травма-фокусированная когнитивно-поведенческая терапия более чем соответствует этому определению. На сегодняшний день травма-фокусированная когнитивно-поведенческая терапия имеет наибольшее количество эмпирических подтверждений своей эффективности в лечении ПТСР и коморбидных ему состояний [29, 30, 31]. К наиболее подтверждённым методам лечения относятся PE [22], CPT [22], когнитивная терапия [23] и другие комбинации когнитивной и/или экспозиционной терапии [32, 33], в то время как данные о некоторых когнитивно-поведенческих методах лечения, которые могут применяться в травма-фокусированном формате, таких как ACT [25], пока ещё весьма предварительны.

КПТ использует различные техники, чтобы помочь людям изменить вредные модели мышления и поведения. Эти методы составляют основу того, как КПТ и ее специализированные формы, такие как травма-фокусированная КПТ, достигают эффективных результатов. Основные техники КПТ включают в себя: выявление негативных мыслей: обучение распознаванию и выделению негативных, автоматических мыслей, усиливающих эмоциональный дистресс; когнитивную реструктуризацию: оспаривание и изменение иррациональных или неадаптивных мыслей для ослабления эмоционального дистресса и достижения более позитивных результатов; поведенческие эксперименты: проведение экспериментов для проверки убеждений о себе или мире, помощь в изменении этих убеждений на основе наблюдаемых результатов; экспозиционную терапию: постепенную и контролируемую конфронтацию со страхами для уменьшения избегания и сенситизации к вызывающему страх объекту или сценарию; планирование активности: планирование позитивных занятий для улучшения настроения и вовлеченности в жизнь, борьба со

стереотипами избегания и бездействия; методы релаксации: применение стратегий ослабления стресса, таких как глубокое дыхание или осознанность, для управления тревогой и редукции симптомов физиологического стресса; навыки решения проблем: разработку стратегий эффективного разрешения стрессовых ситуаций, совершенствование механизмов совладания в сложных обстоятельствах; тренинг уверенности в себе: улучшение коммуникативных навыков для четкого и уважительного выражения потребностей и ограничений, способствующего более здоровому межличностному взаимодействию.

PE, например, включает в себя как экспозицию в воображении, так и in vivo, с домашними заданиями по экспозиции для облегчения переработки памяти о травме; дополнительные компоненты, не фокусированные на травме, включают психообразование и переподготовку дыхания (breathing retraining). CPT использует сократовский метод опроса и ежедневные рабочие листы, чтобы помочь пациентам выявить проблемные места в собственных убеждениях и оспорить эти убеждения; также существует психообразование и письменное повествование (нарратив) о травме, хотя когнитивный вариант CPT (CPT-Cognitive) является эффективным методом, не требующим нарратива [34]. При других вариантах применения травма-фокусированной когнитивно-поведенческой терапии используются комбинации компонентов, которые различаются (например, экспозиция с когнитивной реструктуризацией или без нее), но сходны в том, что делают переработку травмы центральной частью терапевтического процесса [32, 33].

Три подхода травма-фокусированной КПТ основаны на теории о том, что негативные эмоции, связанные с воспоминаниями о травмирующем событии, и то, как человек думает о нём, приводят к симптомам ПТСР. Эти три методики используют разные подходы к облегчению симптомов ПТСР, но все три одинаково эффективны.

Когнитивно-процессинговая терапия (CPT). CPT фокусируется, в основном, на нереалистичных и/или бесполезных мыслях человека о своем травматическом опыте и/или о том, как травма повлияла на его убеждения о себе, других и мире. Эти мысли могут привести к тому, что воспоминания или напоминания о травме будут очень неприятными, поскольку мысли могут привести к сильным негативным чувствам, таким как страх или чувство вины. Идея состоит в том, чтобы планомерно выявить и изменить нереалистичные или бесполезные мысли. Когда человек размышляет более реалистичным и полезным образом, воспоминания о травме или внешние напоминания о ней не так расстраивают, и индивидуум может вернуться к нормальной жизни.

Длительная экспозиция (PE). PE направлена на уменьшение сильных негативных эмоций, вызванных воспоминаниями или напоминаниями о травме. Основные негативные эмоции, сопровождающие воспоминания, – страх и стыд. Идея состоит в том, что запланированное столкновение с травмирующими воспоминаниями или напоминаниями в конечном итоге стирает негативные эмоции, связанные с воспоминаниями. Благодаря этому воспоминания или напоминания о травме не так расстраивают. Когда воспоминания или

напоминания не так уж расстраивают, человеку не нужно их избегать, и он может вести более нормальную жизнь.

Подход к лечению с использованием общих элементов (CETA). CETA уделяет особое внимание симптомам посттравматического стресса, тревоги и/или депрессии у людей, пострадавших от травматического опыта. Цель состоит в том, чтобы выбрать компоненты лечения, соответствующие конкретным симптомам человека, а затем предоставить компоненты лечения, которые действуют на конкретные симптомы, более всего влияющие на клиента. Обычно сеансы охватывают один компонент лечения за один сеанс. Для некоторых компонентов может потребоваться более одного сеанса. Клиническую цель и компоненты терапии можно корректировать по ходу лечения, в зависимости от того, как оно работает. Когда человек сможет уменьшить тревожные симптомы, он будет способен вернуться к нормальной жизни.

Некоторые виды психотерапии, которые обычно не подразумевают фокус на травме, могут включать в себя фокусировку на травме. SIT является рекомендуемым методом лечения первой линии в руководстве по ПТСР Министерства по делам ветеранов/Департамента обороны США [35]. При этом методе используются различные техники развития навыков совладания со стрессом и тревогой, включая релаксацию, ролевые игры, скрытое моделирование (covert modeling) и управляемый самодиалог (guided self-dialogue) [24]. В Кокрейновском обзоре эта терапия была описана как не фокусированная на травме когнитивно-поведенческая терапия [29] и иногда использовалась в качестве метода сравнения при оценке экспозиционной терапии [36]. Такие техники, как экспозиция in vivo или когнитивная реструктуризация, могут использоваться для усиления фокусировки на травме, но имеются лишь ограниченные доказательства эффективности травма-фокусированной SIT [37].

ACT, ещё один метод лечения, обычно не фокусирующийся на травме, представляет собой поведенческую терапию третьей волны, которая использует метафоры и упражнения, чтобы помочь пациентам прояснить свои ценности и принять решение изменить поведение, чтобы жить в соответствии с этими ценностями [25]. ACT является эффективной альтернативой традиционным когнитивно-поведенческим подходам к лечению тревожности и депрессии [38, 39]. ACT может фокусироваться на травме, используя процессы ACT для работы со связанными с ПТСР мыслями, чувствами и поведением, например, принятие и осознанность при симптомах избегания в структуре ПТСР и когнитивное разделение (cognitive defusion) для повышения гибкости связанных с травмой убеждений о себе, других и мире. Хотя неконтролируемые пилотные данные предполагают, что ACT с фокусом на травме может быть эффективной при ПТСР [22], нет рандомизированных клинических испытаний (РКИ) травма-фокусированной ACT. РКИ не фокусированной на травме ACT, в котором 82% участников-ветеранов войны страдали ПТСР, показало, что ACT

не была более эффективной, чем метод сравнения, терапия, центрированная на настоящем, при лечении дистресса и других последствий [22].

Некоторые варианты травма-фокусированной КПТ включают её альтернативные форматы. Экспозиция в виртуальной реальности (virtual reality exposure) использует компьютерную технологию для наглядной имитации воздействия травматического события как способ облегчения переработки воспоминаний о травме. Экспозиция в виртуальной реальности эффективней в сравнении со списком ожидания [40], однако новое РКИ, оценивавшее РЕ, показало, что непосредственный контакт имел более длительные эффекты, чем контакт в виртуальной реальности [22]. Хотя результаты не различались в зависимости от модальности сразу после лечения, личная (непосредственная) РЕ превосходила РЕ, проводимую с использованием виртуальной реальности, через 3 и 6 месяцев наблюдения. Письменные протоколы экспозиции, обычно использующие простой формат бумаги и карандаша, представляют противоположный конец технологического спектра проведения экспозиции. Нарративная экспозиционная терапия (narrative exposure therapy) [22] была разработана специально для нужд переживших насилие и конфликты в не-западных культурах. Как и РЕ, она также включает в себя экспозицию в воображении (хотя и проводимую менее интенсивно и в течение меньшего количества сеансов, чем при стандартном протоколе РЕ), однако отличительной её особенностью является построение повествования (нарратива) пациента о жизни, которое интегрирует травматический опыт. Утверждается [41], что нарративная экспозиционная терапия имеет результаты, сопоставимые с РЕ, хотя проведено лишь небольшое количество РКИ с выборками взрослых, где все участники страдают ПТСР, и поэтому данные результаты оцениваются как положительные, но не окончательные. В письменной экспозиционной терапии (written exposure therapy) терапевт зачитывает пациенту повторяемые в течение пяти 30-минутных сеансов инструкции по письменному изложению травматического опыта, но не проводит экспозицию и не обсуждает травму. Первое из РКИ продемонстрировало многообещающие результаты в сравнении со списком ожидания в выборке пострадавших при автокатастрофах [42].

Существует несколько других видов травма-фокусированной когнитивно-поведенческой терапии при ПТСР с разной степенью доказательности и эффективности. Краткосрочная эклектическая терапия [27] сочетает когнитивно-поведенческую терапию (экспозицию и когнитивную реструктуризацию) с другими элементами, особенно, психодинамическими. Было проведено несколько РКИ, демонстрирующих ее эффективность [43]; совсем недавно исследователи не смогли обнаружить разницу между краткосрочной эклектической терапией и EMDR, хотя EMDR обеспечивала более быстрое улучшение [44]. Образная репетиционная терапия (IRT), лечение, при котором сочетаются определенная форма переписывания сценариев травматических ночных кошмаров с когнитивными и другими техниками для облегчения кошмаров и улучшения качества сна, также изучалась в качестве лечения при ПТСР. И, хотя недавний метаанализ сообщил

о скромных пре-пост эффектах IRT на тяжесть ПТСР [45], в недавнем обзоре выявлены значительные методологические проблемы большей части литературы по IRT [46].

EMDR [22] – ещё один эмпирически подтверждённый метод лечения ПТСР, эффективность которого, согласно метаанализам, сопоставима с эффективностью когнитивно-поведенческой терапии [30, 31.]. EMDR включает 8 этапов, 3 из которых фокусируются на воспоминаниях о травме: оценка когнитивных, эмоциональных и физических ощущений, связанных с воспоминаниями; десенсибилизация и переработка воспоминаний; формирование альтернативного позитивного когнитивного образа, связанного с воспоминаниями. Следующий этап – сканирование тела для выявления остаточного напряжения, которое может указывать на необходимость дополнительной переработки; также может рассматриваться как травма-фокусированный этап, поскольку прорабатываются физические ассоциации с памятью о травме. Во время переработки травмы пациент вслед за совершаемыми рукой терапевта движениями назад-вперёд, осуществляет быстрые саккадические движения глазами, которые, как предполагается, способствуют переработке травмы. ART – это краткосрочная терапия, связанная с EMDR и использующая экспозицию в воображении, а также переписывание сценариев в воображении, сочетающихся с движениями глаз. Существует только одно опубликованное рандомизированное контролируемое исследование APT, демонстрирующее ее преимущество перед контрольным методом списка ожидания у ветеранов [26], и поэтому преждевременно считать APT эмпирически подтвержденным методом лечения ПТСР.

Травма-фокусированная психотерапия охватывает широкий спектр эффективных методов лечения, но существуют и альтернативные подходы. Возможно, наиболее изученным видом психотерапии при ПТСР, не фокусирующимся на проработке травмы, является терапия, центрированная на настоящем (present-centered therapy) (PCT) [47, 48], разработанная для контроля при выявлении неспецифических преимуществ психотерапии в рандомизированных исследованиях. Американская психологическая ассоциация классифицировала PCT как эмпирически подтвержденный метод лечения при ПТСР [22]. Метаанализ показал, что при PCT вдвое ниже показатель отказа от участия в исследовании, чем при травма-фокусированной психотерапии [49], что делает её приемлемой альтернативой психотерапии, фокусированной на травме. Интерперсональная (межличностная) терапия – ещё один не фокусированный на травме метод лечения, продемонстрировавший свою эффективность при ПТСР в отдельных исследованиях индивидуального [50] и группового [51] форматов. Фактически, исследование индивидуальной межличностной терапии [50] показало, что она не уступает PE в редуцировании симптомов ПТСР, хотя PE была эффективнее релаксации как контрольного метода. Отдельные виды лечения, не фокусированного на травме, такие как PCT и IPT, предлагают альтернативу травма-фокусированной психотерапии для

пациентов, которые не могут или не желают участвовать в травма-фокусированном лечении.

Следовательно, возникает вопрос, необходим ли фокус на травме. В настоящее время ведутся споры по поводу ответа на этот вопрос. Что касается отсева, то тот же метаанализ, который выявил более низкий уровень отсева при PCT, не обнаружил связи между более высоким уровнем фокусирования на травме и более высоким уровнем отсева [49]. Что касается эффективности, то метаанализ 17 сравнительных исследований, сосредоточенных на том, что авторы определили как «достоверные» методы лечения ПТСР – предназначенные для терапии, а не просто для контроля, – не обнаружил различий между травма-фокусированными и не фокусированными на травме видами лечения ПТСР и других сходных состояний [52]. Критики этого метаанализа утверждали, что в процессе отбора в него не были включены исследования, продемонстрировавшие превосходство травма-фокусированного лечения, а также, что недостаточно учитывалось естественное выздоровление [53]. В частности, в данный метаанализ не вошло большинство исследований, проведенных с применением поддерживающей терапии, хотя этот подход использует техники, считающиеся терапевтическими, и широко практикуется, а не просто применяется в качестве контрольного в исследованиях [54]. Например, не было включено исследование, в котором сравнивались травма-фокусированная когнитивно-поведенческая терапия, поддерживающее консультирование и лист ожидания [55]. Травма-фокусированная терапия оказалась более эффективной, чем поддерживающая терапия, которая, в свою очередь, была эффективнее листа ожидания, что демонстрирует терапевтическую (т.е., «достоверную») ценность поддерживающего подхода. Ответ вышеупомянутых авторов [56] опроверг критику [53], но вопрос о необходимости фокусировки на травме остаётся далеким от разрешения. Тем не менее, с момента появления метаанализа [52] в 2008 году было опубликовано множество исследований. Дополнительные исследования, в которых использовались для сравнения группы как поддерживающей терапии, так и листа ожидания, показали лучшие результаты при фокусированной на травме терапии [57], а метаанализ выявил, что травма-фокусированные виды терапии более эффективны, чем не фокусированные на травме [22]. Обзор Кокрейна продемонстрировал, что травма-фокусированная когнитивно-поведенческая терапия, EMDR и когнитивно-поведенческая терапия, не фокусированная на травме, одинаково эффективны сразу после лечения, однако травма-фокусированные методы лечения оказались более эффективными на этапе последующего наблюдения [29].

Следует, таким образом, отметить, что, хотя и имеются некоторые доказательства в поддержку ориентированных на настоящее и межличностных подходов, а также когнитивно-поведенческой терапии, не фокусированной на травме, травма-фокусированные виды психотерапии, тем не менее, имеют наибольшую эмпирическую поддержку и являются наиболее эффективными при ПТСР и сходных расстройствах. Травма-фокусированные виды

психотерапии рекомендованы в значимых обзорах и руководствах [29] для применения у пациентов разного пола, возраста, воинского статуса и типа травмы. Эти методы терапии продемонстрировали свою эффективность не только в западных англоязычных государствах, но и при других культурных нормах (например, в Японии) [58], а также в неиндустриализированных странах с ограниченными уровнем грамотности и ресурсами в области психического здоровья (например, в Демократической Республике Конго) [59]. Наибольшие и наилучшие доказательства получены для когнитивно-поведенческих видов терапии, таких как пролонгированная экспозиция, когнитивно-процессуальная терапия и когнитивная терапия при ПТСР, а также для EMDR. У описанных в руководствах (мануализированных) «небрендированных» видов терапии, состоящих из экспозиции и когнитивной реструктуризации, также имеются веские доказательства [32, 33]. Однако не все варианты травма-фокусированной терапии имеют одинаковые уровни поддержки, и поэтому нецелесообразно рассматривать положительные эффекты всего класса методов данного лечения как эффекты конкретных методов лечения внутри класса. Например, нарративная экспозиционная терапия и письменная экспозиционная терапия представляются многообещающими, однако данный тип экспозиции значительно отличается от того, который используется в традиционных протоколах экспозиции в воображении и in vivo. Точно так же можно сказать, что, хотя ART и произошла от EMDR, эти методы лечения различаются. Необходимы дальнейшие исследования указанных новых методов лечения, включая сравнительные исследования эффективности их и уже существующих методов лечения. Также необходимы дополнительные исследования не фокусированной на травме терапии, чтобы определить необходимость фокусирования на травме для оптимального восстановления после ПТСР. Тем не менее, несмотря на эти остающиеся вопросы, травма-фокусированная психотерапия предлагает ряд эффективных стратегий, помогающих больным восстановиться после ПТСР [22].

Для лечения ПТСР рекомендованы когнитивно-процессинговая терапия, десенсибилизация и переработка движением глаз или длительная экспозиция вместо фармакологических вмешательств. Показаны следующие индивидуальные мануализированные методы психотерапии: когнитивная терапия Элерс при ПТСР, терапия, центрированная на настоящем или письменная экспозиционная терапия.

Предлагается снижение стресса на основе осознанности (**mindfulness-based stress reduction**) для лечения ПТСР.

Рекомендовано использовать защищенную видеотелеконференцию для проведения когнитивно-процессинговой терапии, десенсибилизации и переработки движением глаз, длительной экспозиции, когнитивной терапии Элерс при ПТСР, терапии, центрированной на настоящем, письменной экспозиционной терапии, если это лечение одобрено для использования в виде видеотелеконференции, или в случаях, когда другие методы недоступны.

Из медикаментозных средств рекомендованы пароксетин, сертралин или венлафаксин. Не рекомендованы дивалпроекс, гуанфацин, кетамин, празозин (в

качестве монотерапии), рисперидон, тиагабин, вортиоксетин, а также бензодиазепины. Не рекомендованы арипипразол, азенапин, брекспипразол, карипразин, илоперидон, луматеперон, луразидон, оланзапин, палиперидон, кветиапин, рисперидон либо зипразидон в качестве дополнения (аугментации) к препаратам для лечения ПТСР.

Предлагается празозин для лечения ночных кошмаров, связанных с ПТСР.

Ehlers A. и Clark D.M. (2000) [60] предложена когнитивная модель сохранения ПТСР. Данная модель основана на предположении, что ПТСР становится постоянным, когда люди перерабатывают травму таким образом, что это приводит к ощущению серьезной, текущей угрозы. Ощущение угрозы возникает вследствие: 1) чрезмерно негативных оценок травмы и/или ее последствий и 2) нарушения автобиографической памяти, характеризующегося плохими проработкой и контекстуализацией (обработкой смысла ситуации, ее упорядочиванием и помещением в контекст), сильной ассоциативной памятью и сильным перцептивным праймингом (формой скрытой памяти) для стимулов, которые были временно связаны с травматическим событием, т.е., наблюдается снижение порога восприятия для этих стимулов; вследствие снижения порога восприятия сигналы, которые были связаны с травмой и которые, следовательно, могут напрямую вызвать воспоминание о травме, будут замечены с большей вероятностью; поскольку скрытые следы памяти плохо отличаются от других следов памяти, смутного физического сходства будет достаточно для восприятия стимулов как похожих на те, которые возникают в травматической ситуации (плохое различение стимулов) и, таким образом, запуска симптомов повторного переживания, даже если контекст, в котором наблюдается конфигурация стимула, совершенно иной: например, пациент, попавший ночью в автомобильную аварию, заметил, что яркий солнечный свет на его лужайке вызвал ожившее вторжение (интрузию) света фар, двигавшихся в его сторону. Изменение негативных оценок и памяти о травме предотвращается рядом проблемных поведенческих и когнитивных стратегий.

Данная модель согласуется с основными клиническими чертами ПТСР, помогает объяснить несколько явно загадочных феноменов и предоставляет основу для лечения, определяя три ключевые цели для изменений: 1) проработать воспоминания о травме и интегрировать их в контекст предшествующего и последующего опыта человека, чтобы уменьшить навязчивые повторные переживания; 2) изменить проблемные оценки травмы и/или её последствий, которые поддерживают ощущение текущей угрозы; 3) отказаться от дисфункциональных поведенческих и когнитивных стратегий, препятствующих переработке воспоминаний, усугубляющих симптомы или затрудняющих переосмысление проблемных оценок. Методы, используемые для достижения максимальных изменений в данных трех целевых областях: 1) оценка (оценочное интервью); 2) обоснование лечения; 3) эксперимент по подавлению мыслей (Например, терапевт может сказать пациенту: «Неважно, о чём вы будете думать в ближайшие несколько минут, главное, чтобы вы не думали ни о чём конкретном. Крайне важно, чтобы вы не думали об этом… Это

флуоресцентный зелёный кролик, который ест мои волосы!». Большинство пациентов обнаруживают, что у них сразу же возникает образ кролика, и им трудно от него избавиться. Последующее обсуждение помогает им понять, что увеличение частоты мыслей-мишеней – нормальное следствие подавления мыслей. Этот результат можно использовать для составления домашнего задания, в котором пациенту предлагается собрать данные для проверки идеи о том, что подавление мыслей может усиливать вторжения (интрузии). Эксперимент заключается не в попытках вытеснить вторжения из сознания, а в том, чтобы просто позволить им появляться и исчезать, наблюдая за ними, как за поездом, проходящим через станцию. Часто пациенты отмечают, что этот простой эксперимент приводит как к снижению частоты вторжений, так и к снижению убежденности в том, что вторжения являются признаком надвигающегося безумия или потери контроля. Аналогичный подход можно использовать и для руминаций («мыслительной жвачки»)); 4) образование (Знание порядка действий полиции, скорой помощи и больниц, приема лекарств и других вопросов может помочь исправить многие другие ошибки в оценке. Например, пациент считал, что его организм получил необратимые повреждения в результате несчастного случая, несмотря на отрицательные результаты медицинского обследования. Подтверждением этого вывода послужил тот факт, что его моча в течение нескольких дней после несчастного случая имела очень тёмно-жёлтый цвет. Он с огромным облегчением узнал, что это было следствием принимаемых им лекарств.); 5) возвращение своей жизни (пациентов призывают «вернуть» себе прежнее состояние, возобновив виды деятельности, которые выпали из их жизни); 6) возрождение с помощью когнитивной реструктуризации (повторное проживание опыта в присутствии терапевта и выражение этого опыта словами или написание подробного отчета о событии); 7) экспозиция in vivo (например, место, похожие ситуации, действия, чувства, запахи и звуки); 8) выявление триггеров вторгающихся (интрузивных) воспоминаний и эмоций (содействие лучшему различению тех стимулов, которые возникли во время травмы, и тех, которые встречаются в настоящее время); 9) методы визуализации в воображении (Например, человек, чей друг погиб от взрыва, не мог мысленно попрощаться с ним, пока не представил его мертвым, но неразорванным. Человек, которого лоб в лоб ударила другая машина, чувствовал вину, поскольку считал, что другой водитель, должно быть, осознавая надвигающуюся смерть, испытывал сильнейшие, длительные страдания, которые были сильнее любых его собственных страданий. Когда он представил себе аварию с точки зрения другого водителя, то понял, что она, должно быть, увидела его машину незадолго до столкновения и, должно быть, погибла мгновенно).

Недавние исследования предоставили предварительную поддержку нескольким аспектам вышеописанной модели.

Снижение стресса на основе осознанности (MBSR) – это стандартизированная программа медитации, разработанная J. Kabat- Zinn в 1979 году путем интеграции буддийской медитации осознанности с

современной клинической и психологической практикой [61]. Изначально она была разработана для облегчения страданий пациентов с хронической болью и облегчения адаптации к заболеваниям и предлагает систематическое обучение медитации осознанности как методу саморегуляции, снижения стресса и управления эмоциями [62].

Метод MBSR оказался чрезвычайно эффективным у пациентов с хроническими заболеваниями и истощающими состояниями, а также людей с психологическими проблемами, такими как тревога и паника [63]. J. Cohen-Katz et al. (2005) [64] кратко описали процедуру MBSR следующим образом: «MBSR преподается как 8-недельная программа, которая занимает примерно 2,5 часа в неделю и включает 6-часовой дневной ретрит между 6-й и 7-й неделями. Участников просят практиковать техники осознанности 6 дней в неделю в качестве «домашнего задания», и для облегчения этого предоставляют аудиокассеты. Групповые занятия включают в себя сочетание соответствующих дидактических инструкций по таким темам, как навыки общения, реакция на стресс и сострадание к себе, а также практических упражнений, помогающих участникам интегрировать эти концепции». Программа подробно описана в учебнике Д. Кабат-Зинна «Полная жизнь в катастрофе: использование мудрости вашего тела и разума для борьбы со стрессом, болью и болезнями» [64]. Участники обязуются уделять не менее 45 минут в день, шесть дней в неделю, выполнению упражнений MBSR в течение периода обучения. MBSR является структурированной групповой программой, хотя существуют примеры её проведения в индивидуальной форме [65, 66]. MBSR использует навыки снижения стресса, включающие сидячую медитацию, хатха-йогу и соматически фокусированную технику, называемую сканированием тела [62]. Д. Кабат-Зинн объясняет, что цель 8-недельной программы – научить участников «концентрировать внимание определенным образом: целенаправленно, в настоящем моменте и без осуждения». Обучаясь развитию осознанности настоящего момента, практикующие становятся более внимательными к своим мыслям, эмоциям, ощущениям и общему самоощущению. Данный подход предполагает, что более высокая осведомленность обеспечит более достоверное восприятие, уменьшит негативный аффект и улучшит жизненный тонус и копинг [67].

Программа MBSR рекомендует использовать медитацию, йогу, тренинг релаксации и стратегии, позволяющие интегрировать эти практики в повседневную жизнь. Также преподаётся ряд других техник осознанной медитации: осведомленность о дыхании, осознанная ходьба, осознанный процесс еды и осознанное общение. Во время всех этих практик участники проходят тренинг полной концентрации внимания на текущем моменте, выбирая выработанный навык реагирования, а не автоматический ответ на внешние события, а также мысли, эмоции или ощущения по мере их возникновения [63].

В результате проведенной работы мы включили в комплекс лечебно-реабилитационных программ при непсихотических психических расстройствах у участников СВО:

1) травма-фокусированную когнитивно-поведенческую психотерапию для профилактики ПТСР у пациентов с диагнозом острого стрессового расстройства;

2) когнитивно-процессинговую терапию, десенсибилизацию и переработку движением глаз, длительную экспозицию, индивидуальные мануализированные методы психотерапии (когнитивную терапию А. Элерс при ПТСР, терапию, центрированную на настоящем, письменную экспозиционную терапию) для лечения ПТСР;

3) снижение стресса на основе осознанности для лечения ПТСР;

4) использование защищенной видеотелеконференции для проведения терапии когнитивной обработки, десенсибилизации и переработки движением глаз, длительной экспозиции, когнитивной терапии А. Элерс при ПТСР, терапии, центрированной на настоящем, письменной экспозиционной терапии в случаях, когда другие методы недоступны (в основном, в практике амбулаторной психотерапевтической службы РКПБ-ПТЦ);

5) применение пароксетина, сертралина, венлафаксина для лечения ПТСР;

6) назначение празозина для лечения связанных с ПТСР ночных кошмаров.

Таким образом, масштаб, интенсивность СВО, применение в настоящий момент в театре военных действий современной компьютеризированной военной техники указывают на то, что большая часть участников СВО подвергается влиянию боевого стресса, причём, у значительной части этих военнослужащих развиваются непсихотические психические расстройства.

В то же время, для совершенствовования специализированной помощи при непсихотических психических расстройствах у участников СВО необходимо дальнейшее изучение характера и структуры данных расстройств, факторов, предрасполагающих к их возникновению и данных современной доказательной медицины, относящихся к их профилактике и лечению.

Внедрение лечебно-реабилитационных программ, включающих исследование резилентности больных, комплексное таргетное воздействие на органическую, стресс-индуцированную и аффективную непсихотическую психическую патологию, с учётом специфики тревожно-фобической симптоматики, связанной с применением современной компьютеризированной военной техники, а также травма-фокусированную когнитивно-поведенческую психотерапию для профилактики ПТСР при остром стрессовом расстройстве, когнитивно-процессинговую терапию, десенсибилизацию и переработку движением глаз, длительную экспозицию, индивидуальные мануализированные методы психотерапии (когнитивную терапию Анке Элерс при ПТСР, терапию, центрированную на настоящем, письменную экспозиционную терапию), снижение стресса на основе осознанности, применение пароксетина, сертралина, венлафаксина для лечения ПТСР, применение празозина для лечения ночных кошмаров, связанных с ПТСР, использование защищенной видеотелеконференции для проведения когнитивно-процессинговой терапии,

десенсибилизации и переработки движением глаз, длительной экспозиции, когнитивной терапии А. Элерс при ПТСР, терапии, центрированной на настоящем, письменной экспозиционной терапии в случаях, когда другие методы недоступны, содействуют совершенствовованию специализированной помощи при непсихотических психических расстройствах у участников СВО.

Литература

1. Паценко М.Б. Особенности стресс-индуцированной соматической патологии у ветеранов боевых действий (часть II). Госпитальная медицина: наука и практика. 2022; 5(2): 33-38.
2. Сакович П.В. Персонализированная многоосевая диагностика риска формирования стресс-ассоциированных психических расстройств у комбатантов: дис. … канд.мед.наук. Архангельск; 2024. 111.
3. Tucker Ph. Exploring resiliency. What Is Resilience? PsychiatricTimes. 2021; 38(7): 9-10.
4. Masten A.S. Resilience from a developmental systems perspective. World Psychiatry. 2019 Feb; 18(1): 101-102. doi: 10.1002/wps.20591
5. Masten A.S. Global perspectives on resilience in children and youth. Child Dev. 2014 Jan-Feb; 85(1): 6-20. doi: 10.1111/cdev.12205
6. Pęciłło M. The concept of resilience in OSH management: a review of approaches. Int. J. Occup. Saf. Ergon. 2016; 22(2): 291-300.
7. Haddidi P., Ali Besharat M. Resilience, vulnerability and mental health. Procedia – Social and Behavioral Sciences. 2010; 5: 639-642.
8. Richardson G.E. Resilience and resiliency. In: U. Kumar (Ed.), The Routledge International Handbook of Psychosocial Resilience. Routledge; 2017: 124-135.
9. Angeler D.G., Allen C.R., Persson M.-L. Resilience concepts in psychiatry demonstrated with bipolar disorder. Int. J. Bipolar Disord. 2018; 6(1): 2.
10. Laird K.T., Krause B., Funes C., Lavretsky H. Psychobiological factors of resilience and depression in late life. Transl. Psychiatry. 2019; 9(1): 88.
11. Ungar M., Theron L., Murphy K., Jefferies P. Researching multisystemic resilience: a sample methodology. Front. Psychol. 2021; 11: 607994. URL: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.607994/full (дата обращения 12.08.2025) doi: 10.3389/fpsyg.2020.607994
12. Uzunova G., Pallanti S., Hollander E. Presentation and management of anxiety in individuals with acute symptomatic or asymptomatic COVID-19 infection, and in the post-COVID-19 recovery phase. Int. J. Psychiatry Clin. Pract. 2021 Jun; 25(2): 115-131. doi: 10.1080/13651501.2021.1887264
13. Verdolini N., Amoretti S., Montejo L. et al. Resilience and mental health during the COVID-19 pandemic. J. Affect. Disord. 2021; 283: 156-164.
14. Zheng P., Gray M.J., Duan W.-J. et al. An exploration of the relationship between culture and resilience capacity in trauma survivors. J. Cross-Cultural Psychology. 2020; 51(6): 475-489.
15. Acar Sivri G., Ezgi Ünal F., Güleç H. Resilience and personality in psychiatric inpatients. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology. 2019; 29(4): 650-655.
16. Wu G., Feder A., Cohen H. et al. Understanding resilience. Front. Behav. Neurosci. 2013; 7: 10.
17. Dudley K.J., Li X., Kobor M.S. et al. Epigenetic mechanisms mediating vulnerability and resilience to psychiatric disorders. Neurosci. Biobehav. Rev. 2011; 35(7): 1544-1551.
18. Pietrzak R.H., Feingold J.H., Feder A. et al. Psychological resilience in frontline health care workers during the acute phase of the COVID-19 pandemic in New York City. J. Clin. Psychiatry. 2020; 82(1): 20I13749.

19. Маркова В.И., Александрова Л.А., Золотарева А.А. Русскоязычная версия краткой шкалы резилентности: психометрический анализ на примере выборок студентов, многодетных родителей и родителей детей с инвалидностью. Национальный психологический журнал. 2022; 1: 65-75. doi: 10.11621/npj.2022.0106
20. Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder Work Group. (2023). *VA/DoD clinical practice guideline for management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder.* Department of Veterans Affairs & Department of Defense. Washington DC: U.S. Government Printing Office. URL: https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/ (дата обращения: 12.08.2025).
21. Schnurr P.P., Hamblen J.L., Wolf J., Coller R. et al. The Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder: Synopsis of the 2023 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guideline. Ann. Intern. Med. 2024 Mar; 177(3): 363-374. doi: 10.7326/M23-2757
22. Schnurr P.P. Focusing on trauma-focused psychotherapy for posttraumatic stress disorder. Curr. Opin. Psychol. 2017; 14: 56-60.
23. Ehlers A., Clark D.M., Hackmann A., McManus F., Fennell M. Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder: development and evaluation. Behav. Res. Ther. 2005; 43: 413-431.
24. Veronen L.J., Kilpatrick D.G. Stress management for rape victims. In: D. Meichenbaum, M.E. Jaremko (Eds.), Stress reduction and prevention. New York, NY: Plenum Press; 1983: 341-374.
25. Hayes S.C., Luoma J.B., Bond F.W., Masuda A., Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav. Res. Ther. 2006, 44: 1-25.
26. Kip K.E., Rozenzweig A., Hernandez D.F. et al. Randomized controlled trial of accelerated resolution therapy (ART) for symptoms of combat-related post-traumatic stress disorder (PTSD). Mil. Med. 2013; 178:1298-1309.
27. Gersons B.P., Schnyder U. Learning from traumatic experiences with brief eclectic psychotherapy for PTSD. Eur. J. Psychotraumatol. 2013; 4: 21369
28. Chambless D.L., Hollon S.D. Defining empirically-supported therapies. J. Cons. Clin. Psychol. 1998; 66: 7-18.
29. Bisson J.I., Roberts N.P., Andrew M., Cooper R., Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013, Issue 12. Art. No.: CD003388. doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub4
30. Cusack K., Jonas D.E., Forneris C.A., Wines C.M., Sonis J., Middleton J.C., Feltner C., Brownley K.A., Olmstead K.R., Greenblatt A. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. Clin. Psychol. Rev. 2016; 43: 128-141.
31. Watts B.V., Schnurr P.P., Mayo L., Weeks W., Young-Xu Y., Friedman M.J. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. J. Clin. Psychiatry. 2013; 74: 541-550.
32. Bryant R.A., Moulds M.L., Guthrie R.M., Dang S.T., Nixon R.D.V. Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. J. Cons. Clin. Psychol. 2003; 71: 706-712.
33. Marks I., Lovell K., Noshirvani H., Livanou M., Thrasher S. Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: a controlled study. Arch. Gen. Psychiatry. 1998; 55: 317-325.
34. Resick P.A., Galovski T.E., Uhlmansiek M.O., Scher C.D., Clum G.A., Young-Xu Y. A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. J. Cons. Clin. Psychol. 2008; 76: 243-258.
35. Department of Veterans Affairs and Department of Defense. Management of Post-Traumatic Stress. Department of Veterans Affairs and Department of Defense; 2010. 230.

36. Foa E.B., Dancu C.V., Hembree E.A., Jaycox L.H., Meadows E.A., Street G.P. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. J. Cons. Clin. Psychol. 1999; 67(2): 194-200.
37. Chemtob C.M., Novaco R.W., Hamada R.S., Gross D.M. Cognitive-behavioral treatment for severe anger in posttraumatic stress disorder. J. Cons. Clin. Psychol. 1997; 65(1): 184-189.
38. Powers M.B., Zum Vorde Sive Vording M.B., Emmelkamp P.M.G. Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. Psychother. Psychosom. 2009; 78(2): 73-80.
39. Kahl K.G., Winter L., Schweiger U. The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? Curr. Opin. Psychiatry. 2012; 25(6): 522-528.
40. Difede J.A, Cukor J., Jayasinghe N., Patt I., Jedel S., Spielman L., Giosan C., Hoffman H.G. Virtual reality exposure therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder following September 11, 2001. J. Clin. Psychiatry. 2007; 68(11): 1639-1647.
41. Mørkved N., Hartmann K., Aarsheim L.M., Holen D., Milde A.M., Bomyea J., Thorp S.R. A comparison of narrative exposure therapy and prolonged exposure therapy for PTSD. Clin. Psychol. Rev. 2014; 34(6): 453-467.
42. Sloan D.M., Marx B.P., Bovin M.J., Feinstein B.A., Gallagher M.W. Written exposure as an intervention for PTSD: a randomized controlled trial with motor vehicle accident survivors. Behav. Res. Ther. 2012; 50(10): 627-635.
43. Lindauer R.J., Gersons B.P.R., van Meijel E.P., Blom K., Carlier I.V., Vrijlandt I., Olff M. Effects of brief eclectic psychotherapy in patients with posttraumatic stress disorder: randomized clinical trial. J. Trauma. Stress. 2005; 18(3): 205-212.
44. Nijdam M.J., Gersons B.P.R., Reitsma J.B., de Jongh A., Olff M. Brief eclectic psychotherapy v. eye movement desensitisation and reprocessing therapy for post-traumatic stress disorder: randomised controlled trial. Br. J. Psychiatry. 2012; 200(3): 224-231.
45. Hansen K., Höfling V., Kröner-Borowik T., Stangier U., Steil R. Efficacy of psychological interventions aiming to reduce chronic nightmares: a meta-analysis. Clin. Psychol. Rev. 2013; 33(1): 145-155.
46. Harb G.C., Phelps A.J., Forbes D., Ross R.J., Gehrman P.R., Cook J.M. A critical review of the evidence base of imagery rehearsal for posttraumatic nightmares: pointing the way for future research. J. Trauma. Stress. 2013; 26(5): 570-579.
47. Schnurr P.P., Friedman M.J., Lavori P.W., Hsieh F.Y. Design of Department of Veterans Affairs Cooperative Study no. 420: group treatment of posttraumatic stress disorder. Control. Clin. Trials. 2001; 22(1): 74-88.
48. Schnurr P.P., Friedman M.J., Engel C.C., Foa E.B., Shea M.T., Resick P.M., James K.E., Chow B.K. Issues in the design of multisite clinical trials of psychotherapy: VA Cooperative Study No. 494 as an example. Contemp. Clin. Trials. 2005; 26(6): 626-636.
49. Imel Z.E., Laska K., Jakcupcak M., Simpson T.L. Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. J. Cons. Clin. Psychol. 2013; 81(3): 394-404.
50. Markowitz J.C., Petkova A., Neria Y., Van Meter P.E., Zhao Y., Hembree E., Lovell K., Biyanova T., Marshall R.D. Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. Am. J. Psychiatry. 2015; 172(5): 430-440.
51. Krupnick J.L., Green B.L., Stockton P., Miranda J., Krause E., Mete M. Group interpersonal psychotherapy for low-income women with posttraumatic stress disorder. Psychother. Res. 2008; 18(5): 497-507.
52. Benish S.G., Imel Z.E., Wampold B.E. The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: a meta-analysis of direct comparisons. Clin. Psychol. Rev. 2008; 28(5): 746-758.
53. Ehlers A., Bisson J., Clark D.M., Creamer M., Pilling S., Richards D., Schnurr P.P., Turner S., Yule W. Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? Clin. Psychol. Rev. 2010; 30: 269-276.

54. Ehlers A., Gene-Cos N., Perrin S. Low recognition of posttraumatic stress disorder in primary care. London J. Prim. Care (Abingdon). 2009; 2(1): 36-42.
55. Blanchard E.B., Hickling E.J., Devineni T., Veazey C.H., Galovski T.E., Mundy E., Malta L.S., Buckley T.C. A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. Beh. Res. Ther. 2003, 41(1): 79-96.
56. Wampold B.E., Imel Z.E., Laska K.M., Benish S., Miller S.D., Flückiger C., Del Re A.C., Baardseth T.P., Budge S. Determining what works in the treatment of PTSD. Clin. Psychol. Rev. 2010; 30(8): 923-933.
57. Ehlers A., Hackmann A., Grey N., Wild J., Liness S., Albert I., Deale A., Stott R., Clark D.M. A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. Am. J. Psychiatry. 2014; 171(3): 294-304.
58. Asukai N., Saito A., Tsuruta N., Kishimoto J., Nishikawa T. Efficacy of exposure therapy for Japanese patients with posttraumatic stress disorder due to mixed traumatic events: a randomized controlled study. J. Trauma. Stress. 2010; 23(6): 744-750.
59. Bass J.K., Annan J., McIvor Murray S., Kaysen D., Griffiths S., Cetinoglu T., Wachter K., Murray L.K., Bolton P.A. Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence. N. Engl. J. Med. 2013; 368(23): 2182-2191.
60. Ehlers A., Clark D.M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behav. Res. Ther. 2000; 38(4): 319-345.
61. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. Clin. Psychol. Sci. Prac. 2003; 10(2): 144-156.
62. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. Gen. Hosp. Psychiatry. 1982; 4(1): 33-47.
63. Nehra D.K., Sharma N., Kumar P., Nehra S. Mindfulness based stress reduction: an overview. In: D. Hooda, N.R. Sharma (Eds.), Mental health risk and resources. Delhi, India: Global Vision Publishing House; 2013: 197-231.
64. Cohen-Katz J., Wiley S.D., Capuano T., Baker D.M., Kimmel S., Shapiro S. The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part II: A quantitative and qualitative study. Holist. Nurs. Pract. 2005; 19(1): 26-35.
65. Weiss M., Nordlie J.W., Siegel E.P. Mindfulness-based stress reduction as an adjunct to outpatient psychotherapy. Psychother. Psychosom. 2005; 74(2): 108-112.
66. Nehra D.K., Sharma N.R., Kumar P., Nehra S. Efficacy of MBSR program in treating depression, anxiety and perceived stress in coronary heart disease patients. Indian Journal of Positive Psychology. 2012; 3(1): 91-95.
67. Grossman P., Niemann L., Schmidt S., Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. J. Psychosom. Res. 2004; 57(1): 35-43.

ТИТИЕВСКИЙ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии, психосоматики и психотерапии с лабораторией психического здоровья ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького», e-mail: sergeytitievsky@mail.ru

ВОЕВОДИНА ВАЛЕРИЯ СЕРГЕЕВНА, главный врач ГБУ ДНР «Республиканская клиническая психиатрическая больница – психотерапевтический центр» МЗ ДНР, г. Донецк, РФ, e-mail: rkpb-mpc@zdravdnr.ru

ГОСТЮК ИВАН МИХАЙЛОВИЧ, заведующий отделением ГБУ ДНР «Республиканская клиническая психиатрическая больница – психотерапевтический центр» МЗ ДНР, г. Донецк, РФ, e-mail: rkpb-mpc@zdravdnr.ru

ПЕХТЕРЕВ ВАЛЕНТИН АРХИПОВИЧ, заведующий отделением ГБУ ДНР «Республиканская клиническая психиатрическая больница – психотерапевтический центр» МЗ ДНР, г. Донецк, РФ, e-mail: rkpb-mpc@zdravdnr.ru

Приложение А

Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (C-SSRS)

СУИЦИДАЛЬНЫЕ ИДЕИ		
Задайте вопросы 1 и 2. Если в обоих случаях ответ отрицательный, переходите к разделу «Суицидальное поведение». Если на вопрос 2 получен ответ «да», то задайте вопросы 3, 4 и 5. Если на вопрос 1 и/или 2 получен ответ «да», заполните ниже секцию «Интенсивность суицидных идей».		
1. Желание умереть. Пациент подтверждает, что его посещают мысли о желании умереть или перестать жить, или же о желании заснуть и не просыпаться. Возникало ли у Вас желание умереть или заснуть и не просыпаться? Если да, опишите:	Да	Нет
2. Активные неспецифические мысли о самоубийстве Общие неспецифические мысли о желании покончить с собой/совершить самоубийство «Я думал(а) о том, чтобы убить себя» при отсутствии размышлений о способах самоубийства/сопутствующих средствах, намерения или плана в период наблюдения за пациентом. Думали ли Вы, в самом деле, о том, чтобы убить себя? Если да, опишите:	Да	Нет
3. Актуальные суицидальные идеи, включая размышления о способе самоубийства (не о плане), при отсутствии намерения действовать Пациент подтверждает, что его посещают мысли о самоубийстве и что в течение периода наблюдения он/она думал(а) хотя бы об одном способе самоубийства. Данная ситуация отлична от такой, когда пациент разработал конкретный план: время, место или детали метода самоубийства (например, пациент думал о способе самоубийства, но не о конкретном плане). Сюда относятся люди, которые скажут: «Я думал(а) о передозировке таблеток, но так и не построил(а) конкретного плана о том, когда, где и как осуществить это.... И я бы никогда не довел(а) дело до конца». Думали ли Вы о том, как Вы могли бы это сделать? Если да, опишите:	Да	Нет
4. Актуальные суицидальные идеи, включая некоторое намерение действовать при отсутствии конкретного плана. Активные мысли о самоубийстве при заявлении пациента о некотором намерении действовать в ---------- соответствии с этими мыслями, в отличие от подобного ---------- утверждения: «Такие мысли посещают меня, но я определенно не стану ничего предпринимать». Посещали ли Вас подобные мысли, и было ли у Вас какое-нибудь намерение действовать в соответствии с ними? Если да, опишите:	Да	Нет
5. Актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением. Мысли о самоубийстве, включая план с полностью или частично проработанными	Да	Нет

деталями и некоторое намерение пациента осуществить этот план. Начали ли Вы разрабатывать или уже разработали детальный план самоубийства? Намереваетесь ли Вы осуществить этот план? Если да, опишите:		

ИНТЕНСИВНОСТЬ СУИЦИДАЛЬНЫХ ИДЕЙ	
Тип идеи Тип N (1 - 5) Описание идеи Первое исследование --- Наиболее опасные идеи: _____	Вся жизнь – момент, когда он/она испытывал(а) самое сильное желание покончить с собой
Следующие ниже характеристики должны быть оценены по отношению к самой сильной по интенсивности суицидной идеи (по шкале от 1 до 5, где 1 – наименьший по интенсивности показатель, а 5 - наибольший). Спросите его/ее, когда он/она испытал(а) самое сильное желание покончить с собой.	Наиболее опасные
Частота Сколько раз Вас посещали подобные мысли?	-
1. Реже одного раза в неделю	
2. Раз в неделю	
3. 2 - 5 раз в неделю	
4. Каждый день или почти каждый день	
5. Многократно каждый день	
Продолжительность Когда подобные мысли посещают Вас, как долго они длятся?	-
1. Они мимолетны - несколько секунд или минут	
2. Менее часа/недолго	
3. 1 - 4 часа/долго	
4. 4 – 8 часов/большую часть дня	
5. Более 8 часов/они устойчивы или постоянны	
Контролируемость Могли/можете ли Вы при желании прекратить думать о самоубийстве или желании умереть?	-
1. С легкостью может контролировать такие мысли	
2. Может контролировать такие мысли с незначительными затруднениями	
3. Может контролировать такие мысли с некоторыми затруднениями	

4.	Может контролировать такие мысли с большими затруднениями	
5.	Не в состоянии контролировать такие мысли	
6.	Не пытается контролировать такие мысли	
Сдерживающие факторы Есть ли что-то или кто-то (например, семья, религия, страх перед болью/смертью), что удержало Вас от стремления к смерти или от попыток осуществления мыслей о самоубийстве?		-
1.	Сдерживающие факторы определенно удержали Вас от попытки самоубийства	
2.	Вероятно, сдерживающие факторы удержали Вас	
3.	Вы не уверены, что сдерживающие факторы не удержали Вас	
4.	Скорее всего, сдерживающие факторы не удержали Вас	
5.	Сдерживающие факторы определенно не удержали Вас	
6.	Данный пункт не применим	
Основания суицидальных идей Какие основания были у Вас для того, чтобы думать о желании умереть или самоубийстве? Вы хотели умереть для того, чтобы прекратить боль или перестать испытывать то, что Вы испытывали (иными словами, Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы испытывали), или же Вашей целью было привлечение внимания, месть или получение отклика других людей? Или и то, и другое?		-
1.	Исключительно для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей	
2.	Большей частью для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей	
3.	В равной степени для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей и для того, чтобы прекратить/остановить боль	
4.	Большей частью для того, чтобы прекратить/остановить боль (Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы испытывали)	
5.	Исключительно для того, чтобы прекратить или остановить боль (Вы не могли продолжать жить, испытывая эту боль или то, что Вы чувствовали)	
6.	Данный пункт не применим	

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (Отметьте все, что имело место, при условии, что речь идет о разных случаях; Вы должны спросить обо всех типах попытки суицида)	Вся жизнь

Истинная попытка самоубийства: Акт, потенциально направленный против самого себя, совершенный, по крайней мере, с некоторым желанием умереть в результате данного акта. Осуществленные действия отчасти замышлялись как способ убить себя. Намерение убить себя необязательно должно быть стопроцентным. Акт может считаться истинной попыткой самоубийства, если с данным актом ассоциируется хоть какое-нибудь намерение/желание умереть. Реальное нанесение себе повреждений или увечий необязательно, достаточно потенциальной возможности нанесения себе повреждений или увечий. Если человек нажимает на курок, держа пистолет во рту, но пистолет сломан, и поэтому человек не наносит себе повреждений, то это считается попыткой самоубийства. Установление преднамеренности: Даже если человек отрицает свое намерение/желание умереть, преднамеренность его действий может быть клинически установлена на основании его поведения или на основании обстоятельств. Например, случаи, когда речь идет о смертельно опасном действии, которое определенно не является несчастным случаем, и, следовательно, самоубийство является единственным возможным объяснением подобного действия (например, выстрел в голову, прыжок из окна с высокого этажа). Также можно сделать вывод о преднамеренности попытки самоубийства, если человек отрицает свое намерение умереть, однако считал, что его действия могут привести к смерти.		
Предпринимали ли Вы попытку самоубийства?	Да	Нет
Предпринимали ли Вы какие-либо действия с целью нанести себе вред?	Да	Нет
Предпринимали ли Вы какие-либо опасные действия, которые могли привести к Вашей смерти? Что Вы предпринимали? Опишите_____	Да	Нет
Совершали ли Вы _____ в качестве способа покончить с собой?	Да	Нет
Хотелось ли Вам умереть (хотя бы немного), когда Вы _____?	Да	Нет
Пытались ли Вы покончить с собой, когда Вы _____?	Да	Нет
Или полагали ли Вы, что можете умереть от _____?	Да	Нет
Или Вы сделали это по совершенно другим причинам/безо всякого намерения убить себя (например, с целью снять напряжение, почувствовать себя лучше, вызвать сострадание или потому, что хотели, чтобы что-нибудь случилось)? (Самоповреждающее поведение, без намерения совершить самоубийство)	Да	Нет
Если да, опишите:	Общее количество попыток	
Отмечалось ли у пациента несуицидальное самоповреждающее поведение?	Да	Нет

Прерванная попытка самоубийства: Когда человека прерывают и ему не удается (по причине обстоятельств) начать действие, потенциально направленное против самого себя (иначе произошла бы истинная попытка самоубийства).	Да	Нет
Передозировка: Человек держит в руке таблетки, но ему не дают их проглотить. Как только человек проглатывает таблетки, попытка самоубийства считается скорее истинной, а не прерванной. Выстрел: Человек направил на себя пистолет, но кто-то забирает у него оружие или кто-то/что-то помешало ему нажать на курок. Как только человек спустил курок, даже если происходит осечка, попытка самоубийства считается истинной. Прыжок: Человек готов прыгнуть, но его хватают и стаскивают с края. Повешение: Человек завязал петлю вокруг шеи, но еще не повесился - его остановили. Случалось ли, что, когда Вы начинали совершать какие-либо действия с целью покончить с собой, кто-то или что-то останавливал(о) Вас прежде, чем Вы фактически совершали что-либо? Если да, опишите:	Общее количество прерванных попыток	
Остановленная попытка самоубийства: Когда человек начинает предпринимать шаги с целью осуществить попытку самоубийства, но останавливает себя раньше, чем фактически начинает совершать самодеструктивные действия. Примеры остановленных попыток самоубийства схожи с примерами прерванных попыток самоубийства, за исключением того, что человек останавливает себя сам, а не что-то другое останавливает его/ее. Случалось ли, что когда Вы начинали совершать какие-либо действия с целью покончить с собой, Вы останавливали себя прежде, чем Вы фактически совершали что-либо? Если да, опишите:	Да	Нет
	Общее количество остановленных попыток	

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (Отметьте все, что имело место, при условии, что речь идет о разных случаях; Вы должны спросить обо всех типах попытки суицида)	Вся жизнь	
Подготовительные действия или поведение: Действия, служащие приготовлением к предстоящей попытке самоубийства. К таким действиям можно отнести все, что выходит за рамки вербализации или мыслей, как-то: приобретение средств для реализации конкретного способа самоубийства (например, покупка таблеток, оружия) или приготовления к собственной смерти в результате суицида (например, раздача своих вещей, написание предсмертной записки).	Да	Нет
Предпринимали ли Вы какие-либо шаги с целью осуществить попытку самоубийства или приготовиться к самоубийству (например, приобретали таблетки, оружие, раздавали ценные вещи или писали предсмертную записку)? Если да, опишите:	Да	Нет
Суицидальное поведение:	Да	Нет

Суицидальное поведение было выявлено во время периода наблюдения.				
Отвечать только для истинных попыток самоубийства		**Дата самой недавней попытки:**	**Дата наиболее тяжелой/опасной попытки:**	**Дата самой первой попытки:**
0.	Реальная опасность/ущерб здоровью: Физических повреждений нет, или они весьма незначительны	Ввести код	Ввести код	Ввести код
1.	(например, неглубокие царапины).	-		
2.	Незначительные физические повреждения (например, вялая речь, ожоги первой степени, легкое кровотечение, растяжения).		-	-
3.	Физические повреждения умеренной тяжести; требуется медицинская помощь (например, пациент в сознании, но сонлив, отчасти реагирует на внешние раздражители, ожоги второй степени, кровотечение из крупного сосуда).			
4.	Физические повреждения средней тяжести; требуется госпитализация и, вероятно, интенсивная терапия (например, коматозное состояние с сохранением рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие менее 20% кожи, сильная, однако не смертельная потеря крови, серьезные переломы).			
5.	Тяжелые физические повреждения; требуется госпитализация и интенсивная терапия (например, коматозное состояние без сохранения рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие более 20% кожи, сильная потеря крови с нестабильными признаками жизни, серьезные повреждения жизненно важных органов).			
6.	Смерть.			
Потенциальная опасность: Отвечать, только если реальная опасность = 0		Ввести код	Ввести код	Ввести код
Вероятная опасность истинной попытки самоубийства при отсутствии ущерба здоровью (в представленных ниже примерах, хотя определенные действия и не привели к реальным физическим повреждениям, они потенциально могли привести к фатальному исходу: человек		-	-	-

сунул пистолет в рот и нажал на курок, но произошла осечка, и поэтому не было нанесено физических повреждений; человек лег на рельсы, по которым к нему приближался поезд, но его оттащили, и поезд его не переехал). 0 = Поведение, которое вряд ли приведет к травмам 1 = Поведение, которое, вероятно, приведет к травмам, но вряд ли повлечет за собой смерть 2 = Поведение, которое, вероятно, приведет к смерти, несмотря на возможность оказания медицинской помощи			

Сумма баллов:

Ключ (интерпретация): Оценка в тяжести суицидальных идей в «3» балла и выше свидетельствует о серьезном риске суицида. Оценка в «5» баллов, а также любые выявленные суицидальные действия означают наличие крайне высокого риска и абсолютной необходимости ургентных терапевтических мероприятий и госпитализации.

Раздел «интенсивность суицидальных идей» позволяет более точно оценить тяжесть состояния, а также спрогнозировать его динамику.

Приложение Б

ПРОГРАММА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТРЕНИНГА «ТЕХНИКИ БЕСКОНФЛИКТНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ВОЕННОСЛУЖАЩИМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ С ЛИЦАМИ, УВОЛЕННЫМИ С ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ»

С. В. Ковальчишина

Пояснительная записка

Проведение тренинга по развитию коммуникативной компетенции бесконфликтного общения с разными категориями граждан в том числе военнослужащими/ветеранами позволит расширить понимание природы межличностных конфликтов в ситуации профессионального общения, их видов и причин, что будет способствовать изменению восприятия конфликтных ситуаций. Программа будет способствовать развитию толерантного и чуткого отношения у участников тренинга, что снизит социальное напряжение в ситуациях межличностного взаимодействия. Развитие эмоциональной осознанности и эмоционального интеллекта, позволит участникам лучше контролировать свои реакции, избегая импульсивного поведения и провокаций.

Проведение тренинга по развитию и формированию навыков эффективной коммуникации и управлению конфликтным поведением будет более эффективным благодаря сочетанию теоретических знаний и практической отработке полученных знаний в групповом взаимодействии. Участники получат ясное понимание природы конфликтов, их видов и причин, что будет способствует изменению восприятия конфликтных ситуаций. Развитие эмоциональной осознанности, основанное на принятии и понимании собственных эмоций, позволит участникам лучше контролировать свои реакции, избегая импульсивного поведения. Интерактивные методы обучения, помогут участникам применять навыки на практике, что укрепит их уверенность в способности управлять эмоциями и конфликтным поведением. Групповая поддержка и возможность рефлексии обеспечат постоянное совершенствование умений, что в итоге приведет к улучшению межличностной коммуникации с различными категориями граждан.

Цель тренинговой программы: повысить навыки эффективной коммуникации и бесконфликтного взаимодействия в ситуации профессионального общения государственного служащего и военнослужащего/демобилизованного. эмоциональную устойчивость в межличностном взаимодействии конфликтами.

Целевая аудитория: государственные служащие, которые по роду выполнения своих функциональных обязанностей находятся в ситуациях профессионального общения с военнослужащими и демобилизованными при

решении вопросов их социальных гарантий и выплат, а также ряда других актуальных вопросов.

Задачи тренинговой программы:

1. Расширить представления участников тренинга о психологии военнослужащего/демобилизованного и формах конструктивной коммуникации с ними.
2. Расширить представления участников тренинга о психологии конфликта и сформировать навыки управления конфликтными ситуациями.
3. Способствовать повышению уровня саморегуляции государственного служащего в ситуации профессионального общения с различными категориями граждан в том числе с военнослужащими и демобилизованными.
4. Способствовать развитию эмоциональной устойчивости государственного служащего к конфликтным ситуациям.
5. Профилактика эмоционального выгорания частников тренинга.

Методы и приемы работы: психологические упражнения и игры; мини-лекции и беседы; сюжетно-ролевые игры; моделирование ситуаций; групповые дискуссии и мозговой штурм; обсуждение конкретных жизненных ситуаций; рефлексия различных состояний; самодиагностика и диагностика; конструирование позитивных моделей.

Планируемые результаты реализации программы:

Профессиональные: повышение коммуникативной компетентности и психологической грамотности в сфере конструктивной межличностной коммуникации; укрепление мотивации к целенаправленной социально значимой деятельности; освоение техник активного слушания, конструктивной обратной связи, методам разрешения конфликтов.

Личностные: повышение стрессоустойчивости, целеустремленности и осознанности; повышение эмоционального интеллекта, снижение уровня внутриличностной тревоги и агрессии; позитивное отношения к себе, окружающим людям и жизни в целом.

Критерии определения уровня достижения планируемых результатов: 1. Развитие основных коммуникативных навыков. 2. Владение приемами самопрезентации в группе. 3. Расширение и углубление самопознания. 5. Умение принимать конструктивные решения в сложных и проблемных ситуациях общения. 6. Владение навыками саморегуляции. 8. Сформированность представлений о возможных последствиях своего поведения и поведения других людей, знание этикета, сформированность умений анализировать и оценивать ситуацию.

Инструменты оценки эффективности программы: беседа, наблюдение, тестирование, анкетирование, диагностические методики.

План программы тренинга «Техники бесконфликтного взаимодействия с военнослужащими и демобилизованными»

Время проведения	Форма работы	Методика проведения
Первый тематический блок: Эффективная коммуникация и управление конфликтом		
09.00-09.30	Вступительная часть. Знакомство с группой. Обозначение темы, целей и задач тренинга.	*Тема:* Техники бесконфликтного взаимодействия с военнослужащими и демобилизованными *Цель тренинговой программы:* повысить навыки эффективной коммуникации и бесконфликтного взаимодействия в ситуации профессионального общения государственного служащего и военнослужащего/ демобилизованного, а также других категорий граждан. *Задачи тренинговой программы:* 1. Расширить представления участников тренинга о психологии военнослужащего/демобилизованного и формах конструктивной коммуникации с ними. 2. Расширить представления участников тренинга о психологии конфликта и сформировать навыки управления конфликтными ситуациями. 3. Способствовать повышению уровня саморегуляции государственного служащего в ситуации профессионального общения с различными категориями граждан в том числе с военнослужащими и демобилизованными. 4. Способствовать развитию эмоциональной устойчивости государственного служащего к конфликтным ситуациям. 5. Профилактика эмоционального выгорания участников тренинга.
09.30-10.00	Ожидания и опасения участников тренинга	Участники выбирают из колоды ассоциативных метафорических карт свои ожидания и опасения от участия в тренинге
10.00-10.15	Утверждение правил группы	Тренер вывешивает правила поведения участников тренинга, озвучивает каждое и выносит на утверждение группе. По желанию группы тренер может добавить одно-два правила, которые важны для комфортной работы этой группы.
10.15-10.30	Разминка на коммуникацию «Карусель»	*Цель:* создать комфортную атмосферу в группе, познакомить участников друг с другом, подготовить к работе в первом тематическом блоке. *Инструкция:* • Участники группы формируют два круга по принципу «карусели»: один круг остается неподвижным, а другой – двигается, лицом к членам первого круга с последующими мини-диалогами друг с другом

Время проведения	Форма работы	Методика проведения
		• Упражнение включает серию встреч с различными людьми. • Задача состоит в том, чтобы легко вступить в контакт, поддержать разговор и затем попрощаться. *Обсуждение в группе:* как чувствуете себя в ходе выполнения упражнения? Что было легко? Где испытывали затруднение?
10.30-11.15	Интерактивная мини-лекция: «Психология эффективной коммуникации»	*Ключевые вопросы мини-лекции:* 1. Понятие об эффективной коммуникации 2. Квадрат коммуникации 3. Процесс приема и получения информации 4. Роль восприятия в получении и переработке информации.
11.15-11.45	Упражнение формата графического диктанта «Рисунок из геометрических фигур под диктовку».	*Цель:* продемонстрировать участникам тренинга разность восприятия информации *Инструкция:* Тренер раздает участникам листы формата А-4 на планшетах. Когда все участники будут готовы к выполнению упражнения тренер начинает называть по очередности геометрические фигуры, не показывая целого изображения, которые они должны нарисовать. Можно использовать любые способы объяснения, кроме называния предметного изображения. Например, можно сказать: «Нарисуй квадрат, а сверху треугольник», но нельзя говорить: «Это домик». Участники, следуя инструкциям тренера, одновременно рисуют на планшетах геометрическую фигуру, не подглядывая друг к другу в планшеты (желательно рассадить участников подальше друг от друга). После того как тренер закончил «Графический диктант» рисунки участников вывешиваются на одну поверхность. *Обсуждение в группе:* есть ли одинаковые рисунки? Почему рисунки разные? Как разность восприятия влияет на процесс коммуникации?
11:45-12:00	Перерыв	
12:00-12:30	Упражнение «Комплименты»	*Цель:* тренировать коммуникативные навыки в большой группе или коллективе. Упражнение направлено на развитие эмпатии. *Инструкция:* • Участники выбирают себе из группы партнёра для выполнения этого задания. • Обмен комплиментами должен быть организован в формате диалога. • Задача участникам упражнения: убедиться, что они не только получили комплимент, но и обязательно вернули его своему партнёру.

Время проведения	Форма работы	Методика проведения
		Обсуждение в группе: с чем было легко справится? Что вызывало затруднение?
12.30-12.45	Групповое обсуждение «Барьеры коммуникации» / анализ коммуникативных трудностей в ситуации профессионального общения государственного служащего.	Ведущий тренинга предлагает группе проанализировать трудности профессионального общения государственного служащего и обсудить следующие вопросы: ✓ С какими *субъективными (личностными)* барьерами коммуникации государственный служащий сталкивается в профессиональной деятельности. ✓ С какими *объективными (внешними)* барьерами в коммуникации государственный служащий сталкивается в профессиональной деятельности.
12:45-13:00	Упражнение «Активное слушание»	*Цель*: научиться слушать и понимать собеседника *Инструкция:* • Участники объединяются в пары. • Один из участников (Спикер) рассказывает о чем-то, что его беспокоит, в течение 3-5 минут, не перебиваемый. • Второй участник (Слушатель) должен использовать техники активного слушания, такие как перефразирование и уточняющие вопросы. • После этого пары меняются ролями. *Обсуждение в группе:* какие чувства возникли у каждого участника на разных этапах?
13:00-14:00	Перерыв на обед	
Второй тематический блок «Управление эмоциями в ситуации скрытого и открытого конфликта»		
14:00-14:15	Упражнение-разминка «Зеркало эмоций»	*Цель:* создать комфортную атмосферу в группе, познакомить участников друг с другом, подготовить к работе во втором тематическом блоке. *Инструкция:* • По хлопку тренера участники начинают свободно перемещаться по комнате внимательно присматриваясь друг другу. • Задача участникам выбрать человека, с которым предположительно будет трудно найти общий язык. • После того, как такой человек будет найден, попробовать понять, что он чувствует, и проговорить это про себя. • По следующему хлопку тренера подойти к этому человеку и поделиться с ним своими переживаниями. • После чего сравнить свои предположения с реальной реакцией человека. *Обсуждение в группе:* что нового я узнал про себя? Что нового узнал про других?
14.15-14.30	Интерактивная	*Ключевые вопросы:*

Время проведения	Форма работы	Методика проведения
	мини-лекция «Управление эмоциями в ситуации скрытого и открытого конфликта»	1. Психология конфликта (формула конфликта). 2. Негативное влияние конфликта на психоэмоциональное здоровье профессионала. 3. Эмоциональная саморегуляция в профессиональном общении.
14.30-15.00	Индивидуальная работа участников группы «Эмоциональный круг»	*Цель:* развивать способность идентифицировать и выражать эмоции. На основе рефлексии научиться управлять своими эмоциями и эмоциями собеседника. *Инструкция:* • Дайте участникам картинку с кругом, разделенным на сектора, каждый из которых представляет определенную эмоцию (гнев, страх, радость, грусть и т.д.). • Попросите участников подумать о ситуации в профессиональном общении, когда они столкнулись с неуравновешенным человеком (военнослужащий, человек с трудным характером, возбужденный человек, человека пожилого возраста и т.д.), и выбрать одну эмоцию из круга, которую они чувствовали в тот момент. • Затем каждый участник записывает на листке (блокноте): – Какая эмоция указывает на то, что он оказался в конфликте? – Какая реакция в теле сопровождает эту эмоцию? – Какие действия предпринимаются для выхода из конфликтной ситуации? После того, как каждый участник выполнил упражнение «Эмоциональный круг», участники формируют подгруппы, в которых обсуждают полученный результат, обращая внимание на наиболее понравившиеся и эффективные стратегии выхода из конфликтной ситуации. *Обсуждение в группе:* с какими чувствами вы столкнулись, в процессе выполнения упражнения? Что нового узнали о себе? Что нового узнали о других?
15:00-15:15	Упражнение «Стратегии саморегуляции в конфликте» (обсуждение и выбор наиболее подходящих).	*Цель:* сформировать стратегию саморегуляции в ситуации профессионального общения на основе профессионального опыта участников. *Инструкция:* • Участники группы объединяются в две подгруппы, каждая из которых создает проект «Стратегии саморегуляции в конфликте». • Презентация групповых проектов. *Обсуждение в группе:* Какой способ реагирования и саморегуляции в конфликте я выбираю для себя на сегодня?
15:15-15:30	Перерыв	

Время проведения	Форма работы	Методика проведения
15:30-15:40	Разминка «Самурай»	*Цель:* активизировать психические процессы память, внимание, мышление. Настроить участников на следующий тематический блок «Стратегии бесконфликтного общения». *Инструкция:* Участники становятся в две шеренги друг на против друга и одновременно показывают одну из предложенных тренером стратегий «Самурай», «Бабушка», «Тигр». Стратегия «Самурай» побеждает «Тигра», «Тигра» побеждает «Бубушку», «Бабушка» побеждает «Самурая». Игра продолжается до трех очков. *Обсуждение в группе:* как чувствуете себя в ходе выполнения упражнения? Что было легко? Где испытывали затруднение?
15:40-16:00	Интерактивная мини-лекция «Стратегии бесконфликтного общения»	*Ключевые вопросы:* 1) Деэскалация конфликта: как напряжение и агрессию переводить в конструктивное русло 2) Коммуникационные техники: использование «доброго» невербального общения: тон, мимика, жесты; установление границ: как это сделать корректно 3) Работа с вопросами: как задавать открытые и закрытые вопросы. Искусство уточняющих вопросов.
16:00-16:15	Мозговой штурм «Типичные конфликты в профессиональной деятельности»	*Цель:* активизировать профессиональный опыт участников и проявить наиболее трудные аспекты профессионального общения. *Инструкция:* • Группа методом мозгового штурма записывает наиболее типичные конфликтные ситуации, с которым государственный служащий сталкивается в профессиональной деятельности. • После того, как все ситуации были записаны, методом голосования группа выбирает три наиболее распространенных.
16:15-17:00	Ролевая игра «Конфликтный гражданин» (метод кейсов).	*Цель:* практиковать техники бесконфликтного общения в безопасной среде и апробировать на практике разработанную группой стратегию саморегуляции в конфликте и усвоенные в ходе мини-лекции стратегии бесконфликтного общения. *Инструкция:* • Объединить участников в подгруппы Раздать каждой группе сценарий по выбранным ранее конфликтным ситуациям. • Задача для участников: разыграть роли участников конфликта, применяя техники активного слушания, деэскалации конфликта и «Я-сообщений» и активного слушания. *Обсуждение в группе:* какие техники были эффективны? что можно улучшить?

Время проведения	Форма работы	Методика проведения
17:00-17:15	Перерыв	
Третий тематический блок «Психология эффективной коммуникации с военнослужащим»		
17:15-17:30	Разминка-упражнение «Чужеземцы»	*Цель*: активизировать психические процессы память, внимание, мышление. Настроить участников на третий тематический блок. *Инструкция:* • Группа объединяется в две подгруппы «племя Тумба-юмба», «племя Чукки-юкки»; • В течении 10-ти минут «племена» придумывают способ коммуникации, приветствия и бракосочетания, торговли и других видов жизнедеятельности своего племени. • По истечении времени племена разыгрывают сцену общения вождей разных племен. *Примечание: цель, с которой встречаются вожди известна только вождю,* (цель для одного вождя это бракосочетание, для другого – торговля ценными товарами). • Задача для вождей организовать эффективную коммуникацию и понять коммуникативную цель друг друга. *Обсуждение в группе:* какие чувства и осознания возникли у вас в ходе выполнения этого упражнения?
17:30-17:40	Интерактивная мини-лекция «Психология эффективной коммуникации с военнослужащим»	*Ключевые вопросы:* 1. Психологические особенности личности военнослужащего 2. ПТСР и боевая травма. Ее влияние на личность военнослужащего и особенности коммуникации с социумом *3.* Стратегии эффективной коммуникации с военнослужащим.
17:40-18:00	Групповая работа «Глазами друг друга»	*Цель:* показать, как существующие установки и разность восприятия могут создавать препятствия в общении. *Инструкция:* • Группа объединяется в две подгруппы. • Задача каждой группы создать коллективный портрет: – 1-я подгруппа «Военнослужащий глазами государственного служащего»; – 2 -я группа «Государственный служащий глазами военнослужащего». *Обсуждение в группе:* роль восприятия в процессе общения.
18:00-18:30	Подведение итогов тренинга (обсуждение полученных знаний, обмен	Участникам группы предлагается ответить на следующие вопросы: ✓ Что полезного я вынес для себя? ✓ Чем хотел бы поделиться со своим близким? ✓ Что хотел бы пожелать группе?

Время проведения	Форма работы	Методика проведения
	впечатлениями и пожеланиями).	Так же заполняют листок обратной, для чего участникам предлагается продолжить предложения 1. На тренинге мне понравилось…. 2. На тренинге мне не хватило… 3. Для усовершенствования программы мне хотелось бы добавить.

Литература

1. Вагин И., Киршева Н. «Переговоры. Выиграй каждый раунд». СПб «Питер» 2002.
2. Вачков В.И. Основы технологии группового тренинга. Психотехники: Учебное пособие. М.: М: Ось-89, 1999
3. Вачков В.И. Психология тренинговой работы. М.: Эксмо 2007. - 357 с.
4. Волобуева Ю.М. Социально-психологический тренинг как средство коррекции Я-концепции раненых и инвалидов войны. Психологическая реабилитация участников боевых действий. М.: ВУ, 2003.
5. Почепцов Г. Г. Теория коммуникации. М.: Рефлбук, 2001. 656 с
6. Персикова Т. Н. Межкультурная коммуникация и корпоративная культура: учеб. пособие. М.: Логос, 2012. 289 с.
7. Психологический тренинг: учебно-методическое пособие / М. А. Реньш, Е. Г. Лопес. Екатеринбург: Изд-во Рос. гос. проф.- пед. ун-та, 2016. 235 с
8. Резник С.Г. «Всегда выигрывай деловые переговоры» Ростов–на-Дону «Феникс» 2006.
9. Сидоренко Е. В. Тренинг коммуникативной компетентности в деловом взаимодействии. Санкт-Петербург: Речь, 2008. 208 с
10. 18 программ тренингов: Руководство для профессионалов / Под науч. ред. В. А. Чикер. СПб.: Речь, 2007. 368 с.
11. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. Санкт-Петербург: Питер, 2001. 240 с.
12. . Фопель К. Технологии ведения тренинга. Москва: Генезис, 2003. 272 с.
13. Тюрин А. А. Психофизиологические механизмы адаптации и дезадаптации военнослужащих. МНКО. 2015. 6–1. С. 208–214.

КОВАЛЬЧИШИНА СВЕТЛАНА ВЛАДИМИРОВНА, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет», e-mail: s.kovalchishina.dongu@mail.ru

Приложение В

ПРОСВЕТИТЕЛЬСКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ СЕМЕЙ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЗОНЕ СВО «ТЕХНИКИ БЕСКОНФЛИКТНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ВОЕННОСЛУЖАЩИМИ, В ТОМ ЧИСЛЕ С ЛИЦАМИ, УВОЛЕННЫМИ С ВОЕННОЙ СЛУЖБЫ»

Л.А. Головчанская, А.Х. Бубнова, Е.Н. Скулкина, И.С. Гомозова, Т.В. Шевцова

Пояснительная записка

В жизни каждого человека могут происходить такие события, которые кардинально меняют привычный образ жизни, наносят травму. Боевые действия и чрезвычайные ситуации оказывают сильное эмоциональное влияние на любого человека вне зависимости от возраста. По наблюдениям исследователей, наиболее длительной, интенсивной и разрушительной оказывается реакция человека на угрозу, исходящую от других людей: пытки, теракты, изнасилование, военные действия. Экстремальные ситуации антропогенного характера разрушительно действуют на личность, дезорганизуют ее поведение, нарушают базовые структуры всей личностной организации. Разрушается привычная картина мира, а вместе с ней вся система «жизненных координат».

Война – это всегда трагедия, связанная с потерей близких. Негативные изменения происходят не только у непосредственного участника боевых действий, но и у его близкого окружения, так как для них отсутствие близкого человека, ожидание его, неизвестность дальнейшей его судьбы, является травмирующим событием, что может привести к кратковременным и хроническим нарушениям в эмоциональной, познавательной и поведенческой сферах. В таких ситуациях у детей и взрослых может снижаться самооценка, ухудшаться эмоциональная и поведенческая саморегуляция, проявляются страхи и тревожность, теряется ориентирование на длительную жизненную перспективу, могут проявляться симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Во взаимоотношениях может проявляться физическая дистанция, психологические барьеры – утрачивается доверие и гармония в отношениях между партнерами и другими членами семьи.

В настоящее время военный стресс актуален для многих людей, но его влияние на всех разное, так как зависит от интенсивности стрессовых факторов, индивидуальной значимости происходящих событий, стрессоустойчивости, опыта преодоления трудностей и ресурсов совладания с ними.

Просветительско-профилактическая программа «Техники бесконфликтного взаимодействия с военнослужащими, в том числе с лицами, уволенными с военной службы» предназначена для жен, матерей, ближайшего

взрослого окружения участника боевых действий на этапе его реадаптации к гражданской жизни.

Цель программы: создание условий для получения членами семьи участника специальной военной операции (далее – СВО) знаний и навыков совладания со спектром психологических проблем, с которыми они сталкиваются при возвращении близкого человека из зоны боевых действий в гражданскую жизнь.

Задачи программы:

1. Организация и проведение мероприятий психолого-просветительской направленности с членами семьи комбатанта для распознания и осознания у них чувства тревоги, страха неизвестности, разрешения конфликтных ситуаций, нахождения ресурса для поддержания себя при возвращении военнослужащего домой.

2. Повышение уровня осведомленности членов семьи о возможных рисках и факторах, с которыми они могут столкнуться при возвращении близкого человека из зоны боевых действий.

3. Выявление внутренних ресурсов членов семьи для оказания помощи и поддержки комбатанту в период его адаптации к мирной жизни.

4. Содействие формированию психологической устойчивости членов семьи, повышение их жизнестойкости и способности к противодействию стресса.

Обоснование необходимости реализации данной программы для достижения указанных целей и задач.

Программа «Техники бесконфликтного взаимодействия с военнослужащими, в том числе с лицами, уволенными с военной службы» направлена на оказание помощи и поддержки в построении благоприятных и конструктивных взаимоотношений между членами семей участников (ветеранов) СВО, оказание им психологической помощи в процессе формирования адаптивного стиля совладания с ситуацией неопределенности и высокой тревоги за близкого – участника СВО.

В соответствии с поручением Президента Российской Федерации от 12 декабря 2023 г. № Пр-19 «Перечень поручений по итогам заседания Совета по развитию гражданского общества и правам человека» в пп. 6.а, 6.б особо отмечена необходимость адресного сопровождения участников СВО и членов их семей. Психологическая поддержка помогает им осознать и выразить свои эмоции, а также научиться справляться со своими чувствами, управлять своим поведением.

Одним из ключевых аспектов при разработке данной просветительско-профилактической программы является учет особенностей травматизации членов семей военнослужащих. Как правило, эти люди страдают от последствий военных действий, хотя непосредственно не участвуют в них. Разлука с родными на длительное время, стресс и тревожность из-за риска гибели близкого человека – все это может вызвать серьезные психологические проблемы в семье военнослужащих.

Основные принципы программы

1. *Индивидуальный подход.* Каждая семья уникальна и имеет свои особенности, поэтому при оказании психологической помощи учитываются индивидуальные потребности, возможности и ресурсы.

2. *Соблюдение этических принципов*. Педагогами-психологами в своей работе соблюдаются этические принципы.

3. *Принцип ответственности.* Педагоги-психологи знакомы со спецификой взаимодействия с участниками боевых действий, их родственниками и близкими, осознают свою профессиональную ответственность за результат психологической интервенции и ее последствия.

4. *Принцип безопасности.* В ходе взаимодействия специалист отслеживает динамику состояния человека, с которым проводится работа.

5. *Принцип профессиональной компетентности*. Педагог-психолог осознает границы своей профессиональной компетентности, отслеживает свое собственное физическое и психическое состояние в процессе оказания помощи другим.

6. *Принцип конфиденциальности*. Конфиденциальная информация может передаваться третьим лицам только в случае возникновения опасности для человека или окружающих.

7. *Принцип добровольности*. Педагог-психолог активно и ненавязчиво предлагает свою помощь людям, находящимся в трудной жизненной ситуации. Такая позиция позволяет, с одной стороны, обеспечить необходимую помощь людям, которые находятся в особом состоянии и часто не могут адекватно оценить потребность в помощи, с другой стороны, – не нарушает личных границ человека.

Содержание и структура программы: программа рассчитана на 14 часов и реализуется в течение 5 занятий. Занятия проводятся не реже, чем 1 раз в неделю. Длительность занятия составляет 2-3,5 часа (в зависимости от рассматриваемой темы). Время перерыва определяется на усмотрение специалиста, реализующего программу.

Содержание каждого занятия включает следующие блоки:

- *вводная часть* направлена на создание эмоционально благоприятной атмосферы, настрой на коллективную работу;

- *основная часть* включает информационный материал и практические задания, направленные на формирование коммуникативных навыков, умение самонаблюдения, разбор практических кейсов или конкретных жизненных ситуаций.

- *заключительная часть* предполагает формирование рефлексивных навыков, получение обратной связи от участников, выработку рекомендаций по рассматриваемой теме.

В конце каждого упражнения в основной части проводится рефлексия. В зависимости от рассматриваемой темы и содержания можно использовать следующие вопросы:

- ✓ понравилось/не понравилось (обрадовало, удивило, огорчило) и чем;

- ✓ что было необычного, нового;
- ✓ что из известного я увидел по-новому;
- ✓ что для меня было полезным;
- ✓ что именно я возьму для себя и буду применять, какой шаг может сделать для этого прямо сегодня.

Категория участников – взрослые члены семей военнослужащих, участников СВО (жены, матери).

Численность группы – 10-15 человек.

Приемы, методы работы: практические упражнения с элементами арт-терапии, проигрывание ситуаций, просмотр видеоматериала, мозговой штурм, обсуждение, работа в мини-группах.

Оборудование: ноутбук или компьютер с возможностью подключения экрана, тематические видеоролики, презентационный материал, бумага формата А-4, карандаши, ручки, планшеты, журналы для изготовления коллажа, ножницы (по количеству участников), клей канцелярский, резиновый мяч.

Для облегчения восприятия участниками подаваемого практического материала в процессе реализации программы и дальнейшей индивидуальной проработки, а также закрепления полученной информации предусмотрена «Рабочая тетрадь».

Этапы реализации программы:

1. Подготовительный этап. Предполагает информирование о проведении программы и набор группы через фонд «Защитники Отечества» (составление списка, сбор контактов участников и определение места проведения занятий).
2. Основной этап. Включает в себя установочный блок – 1 занятие (формирование доверительных отношений, создание атмосферы безопасности, стимулирование самораскрытия) и просветительско-профилактический блок – 3 занятия.
3. Заключительный этап. Предполагает 1 занятие, направленное на закрепление достигнутых результатов и оценку эффективности реализованной программы (посредством анкетирования участников, получение обратной связи).

Учебно-тематический план просветительско-профилактической программы «Техники бесконфликтного взаимодействия с военнослужащими, в том числе с лицами, уволенными с военной службы» приведен в таблице В.1.

Таблица В.1

Учебно-тематический план
просветительско-профилактической программы
«Техники бесконфликтного взаимодействия с военнослужащими, в том числе с лицами, уволенными с военной службы»

№ занятия	Тема	Содержание учебного материала	Длительность упражнения, мин	Длительность занятия, ч
1.	**«Знакомьтесь, это мы!»**	*Вводная часть* 1.Приветствие участников, ознакомление с регламентом работы группы и целью занятия. 2. Упражнение «Познакомьтесь, это Я!». 3. Упражнение «Принятие правил».	30-35	2
		Основная часть 1. Информационное сообщение «Человек в войне». 2. Упражнение «Мозговой штурм. Поведенческие изменения у комбатантов и членов его семьи». 3. Информационное сообщение об основных «векторах» развития личности в войне: «Расстройство–стойкость–трансформация». 4. Упражнение «Градусник принятия»	60-70	
		Заключительная часть 1. Рефлексия. 2. Упражнение «Комплимент в дорогу»	20	
2.	**«ПТСР. Жизнь заново»**	*Вводная часть* 1.Ознакомление с регламентом работы группы и целью занятия. 2. Упражнение «Здравствуй, уважаемый…». 3. Упражнение «История».	35	3,5
		Основная часть 1. Упражнение «Видеоролик о ПТСР. Синдром войны». 2. Информационное сообщение «ПТСР. Три основные группы симптомов». 3. Упражнение-кластер «6 причин для возврата». 4. Упражнение «Рюкзак». 5. Упражнение «Живое препятствие». 6. Упражнение «Лед и пламень». 7. Упражнение «Через 10 лет». 8. Упражнение «Безопасное место».	160	
		Заключительная часть 1. Рефлексия занятия. 2. Упражнение «Аплодисменты по кругу».	15	

№ занятия	Тема	Содержание учебного материала	Длительность упражнения, мин	Длительность занятия, ч
3.	**«Наша семья»**	*Вводная часть* 1.Ознакомление с регламентом работы группы и целью занятия. 2.Упражнение «Три факта за прошедшую неделю». 3.Упражнение «Поменяются местами те…». 4. Упражнение «Многие боятся».	35	3,5
		Основная часть 1. Информационное сообщение «Семья как система. Особенности детей войны». 2. Упражнение «Древо семейных ценностей». 3. Упражнение «Мозговой штурм. Признаки изменений в семьях комбатантов». 4. Упражнение «Семейные роли». 5. Упражнение «Плюсы и минусы». 6. Упражнение «Коллаж «Ресурсы».	160	
		Заключительная часть 1. Рефлексия занятия. 2. Упражнение «Я сегодня ...».	15	
4.	**«Управление эмоциями»**	*Вводная часть* 1. Ознакомление с регламентом работы группы и целью занятия 2. Упражнение «Хорошее событие» 3. Упражнение «Комплимент соседу» 4. Упражнение «Покажи…»	25	2,5
		Основная часть 1. Информационное сообщение «Стресс. Основные понятия». 2. Упражнение «Мое эмоциональное состояние». 3. Упражнение «Хорошие-плохие эмоции». 4. Упражнение «Телекинез». 5. Упражнение «Цветное дыхание». 6. Упражнение «5-4-3-2-1». 7. Упражнение-визуализация «Место силы».	100	
		Заключительная часть 1. Рефлексия занятия. 2. Упражнение «Сердце группы».	20	
5.	**«Ресурсы, точки опоры»**	*Вводная часть* 1. Ознакомление с регламентом работы группы и целью занятия. 2. Упражнение «Хорошее событие». 3. Упражнение «Сядьте так, как…».	20	2,5
		Основная часть 1. Информационное сообщение «Ресурсы личности». 2. Упражнение «Сильные и слабые стороны».	100	

№ занятия	Тема	Содержание учебного материала	Длительность упражнения, мин	Длительность занятия, ч
		3. Упражнение «Знакомство с телесным Я». 4. Упражнение «Заземление. Техника центрирования». 5. Упражнение «Благодарность себе».		
		Заключительная часть 1. Упражнение «Шеринг». 2. Упражнение «Чемодан в дорогу».	30	

Практический материал к занятиям просветительско-профилактической программы «Техники бесконфликтного взаимодействия с военнослужащими, в том числе с лицами, уволенными с военной службы» приведен в Приложении В.1. Рабочая тетрадь программы, разработанная для участников, приведена в Приложении В.2. Электронный доступ к видеоролику «Как выглядит ПТСР» https://cloud.mail.ru/public/M2ux/5tPbbEER7

Литература

1. Абдулаева Л.Д. Организация работы педагогов-психологов с обучающимися из семей участников (ветеранов) специальной военной операции/Методические рекомендации. – Махачкала, ГБОУ ДПО «Дагестанский институт развития образования» Центр воспитания, психологии и педагогики, 2025 – 55 с.
2. Информационно-методические материалы для специалистов психологической службы «Психологическая помощь и поддержка детям в кризисных ситуациях, ситуации психотравмы», Донецкий республиканский учебно-методический центр психологической службы системы образования, Донецк, 2023 г.
3. КараяниА.Г.//Семья как важнейший институт социально-психологической реадаптации, «Психологическая газета» от 13.09.2023 г. (ссылка на интернет-ресурс: https://psy.su/feed/11595/#)
4. Т. А. Кононова Т.А., Малюта В.И. Психологическая помощь участникам СВО и их семьям/Статья/ Герценовские чтения: психологические исследования в образовании/Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена, 2024. Выпуск 7
5. Модель психологического сопровождения семей участников (ветеранов) специальной военной операции Методические рекомендации Методические материалы подготовлены специалистами Федерального координационного центра по обеспечению психологической службы системы образования Российской Федерации ФГБОУ ВО МГППУ. – М., 2024
6. Обзор лучших практик по организации психолого-педагогического сопровождения обучающихся из семей участников (ветеранов) специальной военной операции/обзорное издание, ФГБОУ ВО «МГППУ» ФКЦ по обеспечению развития психолого-педагогической помощи в системе образования РФ.– Москва, 2025.– 34 с.
7. Организация работы с участниками специальной военной операции и членами их семей на базе учреждений социального обслуживания населения: методическое пособие для

специалистов учреждений социального обслуживания населения. – Красноярск, ГКУ «Ресурсно-методический центр системы социальной защиты населения», 2023. – 112 с.
8. Психолого-педагогическое сопровождение семей участников (ветеранов) специальной военной операции в образовании. – Москва МПГУ, методическое пособие, электронное издание сетевого распространения, 2024. –149 с.
9. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство – М.: Независимая фирма «Класс», 2005.
10. Сборник статей «Современный интегративный подход в профилактике кризисных состояний» / Под общей ред. Н. А. Скляновой. – Новосибирск, МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр», 2020.
11. Станкович О.М. Программа психологического сопровождения и поддержки членов семей участников специальной военной операции, в том числе погибших «Вместе».– Пыть-Ях, БО Ханты-Мансийского АО – Югры «Пыть-Яхский комплексный центр социального обслуживания населения», 2023 год. – 37 с.

ГОЛОВЧАНСКАЯ ЛАРИСА АНАТОЛЬЕВНА, методист ГБОУ «Донецкий республиканский учебно-методический центр психологической службы системы образования», e-mail: lag.nn@rambler.ru

БУБНОВА АЛЕКСАНДРА ХАРЛАМПИЕВНА, методист отдела практической психологии и социальной работы Донецкого республиканского учебно-методического центра психологической службы системы образования; e-mail: aleks_bubnova@mail.ru

СКУЛКИНА ЕКАТЕРИНА НИКОЛАЕВНА, врио начальника отдела организационного сопровождения Республиканской межведомственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав в Донецкой Народной Республике, e-mail: GoloborodkoE@mail.ru

ГОМОЗОВА ИРИНА СЕРГЕЕВНА, методист ГБОУ «Донецкий республиканский учебно-методический центр психологической службы системы образования», e-mail: bdacha2017.5@gmail.com

ШЕВЦОВА ТАТЬЯНА ВИКТОРОВНА, методист учебно-методического отдела ГБОУ «Донецкий республиканский учебно-методический центр психологической службы системы образования», e-mail: tsevcova77@gmail.com

Приложение В.1

Приложение 1

Практический материал к занятиям просветительско-профилактической программы «Техники бесконфликтного взаимодействия с военнослужащими, в том числе с лицами, уволенными с военной службы»

1. Занятие «Знакомьтесь, это мы»

Вводная часть. Представление ведущих занятия, приветствие участников, ознакомление с регламентом работы группы и кратким содержанием 1 дня работы.

Время: 5-7 минут.

Упражнение «Познакомьтесь, это Я!»

Цель упражнения: знакомство участников друг с другом и снижение уровня эмоционального напряжения.

Время: 20 минут.

Оборудование: бейджики на каждого участника группы, фломастеры, рабочие тетради, набор МАК (ресурсные колоды).

Ход упражнения: ведущий дает следующую инструкцию: «Возьмите бейджик и фломастер любого понравившегося вам цвета и подпишите свой бейджик так, как хотели бы, чтобы вас называли в группе. У вас есть несколько минут, чтобы подготовить о себе небольшой рассказ по следующему алгоритму:

1. представиться, именем с бейджа;
2. рассказать три факта о себе;
3. прописать в рабочей тетради (п.1), а затем озвучить ваши ожидания от данного мероприятия, что вы хотите получить, узнать, пережить, прочувствовать и т.д.;
4. обозначить свое настроение сегодня.

Далее каждый участник оформляет свой бейджик, представляется по кругу по заданному алгоритму.

Для озвучивания своего настроения может быть использованы метафорические карты (ресурсные колоды). Предварительно участники выбирают карту, которая будет ассоциироваться с их настроением.

Ведущий подводит итог упражнения, нацеливая всех участников на плодотворную работу.

Упражнение «Принятие правил»

Цель упражнения: обсуждение и принятие общих правил работы в группе, настрой на работу.

Время: 5-7 минут.

Оборудование: плакат с правилами работы в группе.

Ход упражнения: ведущий акцентирует внимание участников, что мероприятие практико-ориентировано, предполагает обмен личными переживаниями, мнениями. Поэтому необходимо принять правила, чтобы обеспечить корректное и уважительное отношение между участниками и сделать работу максимально плодотворной и психологически комфортной. Предлагает участникам предварительно подготовленный и наглядно оформленный (в форме презентации или на листах бумаги, размещенных на видном месте) перечень Правил работы в группе.

Это могут быть следующие правила:

- *«Здесь и сейчас»* – предметом разговора могут быть мысли и чувства, происходящие в данный момент.
- **«***Взаимоуважение»* – доброжелательное отношение к мнению окружающих и умение слышать и слушать.
- *«Правило личной активности и обратной связи»* – каждый участник проявляет активность, участвует в создании творческой рабочей атмосферы.
- *«Конфиденциальность»* – информация личного характера, высказываемая участниками, не должна являться предметом дальнейшего обсуждения вне группы.
- ***«****Мобильные телефоны»* − всем участникам рекомендуют отключить звуковые сигналы на телефонах.

Правила принимаются всей группой. По инициативе участников предлагаются новые правила, которые включатся в общий перечень.

Основная часть.

Информационное сообщение «Человек в войне»

Ведущий: «Все мы переживали и переживаем военный стресс, но его влияние на всех разное, зависит от его интенсивности, от стрессоустойчивости/жизнестойкости, от опыта преодоления трудностей, от внутренних ресурсов, имеющихся навыков совладания и пр.

Война – это всегда трагедия. По наблюдениям исследователей на психическое состояние человека наиболее тяжелое воздействие оказывают трагедии, вызванные умышленными действиями людей. Наиболее длительной, интенсивной и разрушительной оказывается реакция пострадавшего на человеческий стрессор, т.е. угрозу, исходящую от других людей: пытки, терракты, изнасилование, военные действия. Чрезвычайные происшествия природного происхождения обычно переживаются гораздо легче, чем антропогенные. Землетрясение, наводнение пострадавшие от них расценивают как Божью волю либо действие безликой природы, – тут ничего нельзя изменить. А вот экстремальные ситуации антропогенного характера разрушительно действуют на личность, не только дезорганизуют поведение человека, но и «взрывают» базовые структуры всей его личностной

организации. У человека разрушается привычная картина мира, а вместе с ней – вся система жизненных координат.

Комбатанты – люди, которые принимают непосредственное участие в боевых действиях – прошли и проходят ситуацию «выживания» или «слома». Это экстремальная ситуация, радикально изменяющая жизненную ситуацию и мировоззрение. В этих условиях происходят серьезные внутриличностные изменения. Эти изменения направлены на то, чтобы человек выжил и, прежде всего, психологически. В ходе такой экспресс-эволюции у военнослужащего обостряется работа органов чувств, притупляются эмоции, повышается бдительность и осторожность, происходит наращивание так называемого «психологического панциря». Прикасаясь к смерти, видя её вокруг, и принимая непосредственное участие в ликвидации людей, невозможно оставаться мягким. Человеку приходится прятать свои болезненные переживания по этому поводу глубоко внутрь, не вспоминать о них. С одной стороны, такая «заморозка» чувств помогает совладать с ежеминутными трагедиями, быть эффективными в бою. С другой, когда военный возвращается в гражданскую жизнь и полностью демобилизуется со службы, все качества, которые они «взрастили» в ходе военных действий, не нужны в мирной жизни, могут негативным образом влиять на качество взаимоотношений с другими.

Заключение, сделанное американскими социологами-катастрофологами (хоть и не касающееся напрямую наших ветеранов): настоящее бедствие наступает тогда, когда кончается действие стихии и начинается оказание помощи пострадавшим. Во-первых, только в посткатастрофный период можно реально определить степень деструктивного влияния катастрофы на динамику психопатологических расстройств, психических состояний, психологических взаимодействий людей. Во-вторых, посткатастрофный период чреват дополнительной травматизацией (отсутствие безопасного места обитания, поддержки близких, взаимодействия с социальными институтами и организациями, отвечающими за оказание помощи).

Все военные переживают на фронте травматический стресс. Это особая форма общей стрессовой реакции. Когда стресс перегружает психологические, физиологические, адаптационные возможности человека и разрушает защиту. Гражданские люди, пережившие подобное, иногда могут казаться странными или ненормальными, хотя на самом деле таковыми не являются. Такое состояние, возникает у человека, который пережил нечто, выходящее за рамки обычного человеческого опыта, например, угрозу жизни, смерть или ранение другого человека, участие в боевых действиях, насилие, стихийные бедствия и катастрофы и т. п.

Если сейчас предложить вам вспомнить самые важные события своей жизни, самые основные её вехи? Какие это будут воспоминания, о чем, почему? Потому что они являются значимыми, поворотными, вызывают в нас самые сильные чувства.

По интенсивности переживаемых чувств, травматический стресс соразмерен со всей предыдущей жизнью. Из-за этого он кажется наиболее

существенным событием жизни, как бы «водоразделом» между происшедшим до и после травмирующего события, а также всем, что будет происходить потом. Люди, пережившие какие-то серьезные катастрофы (даже если не брать во внимание военное время), всегда делят жизнь на «до» событий и «после». О чем бы человек ни рассказывал, он будет обязательно упоминать: «Это было до...» или «Это случилось уже после...». Так же, как говорят наши бабушки/дедушки, родители: это было до войны или уже после. Сейчас мы с вами говорим также: «Это было в довоенное время».

Кроме того, что жизнь делится на «до» и «после», ещё и искажается виденье прошлого. Из-за сильнейших эмоций, которых человек не испытывал ранее, случившееся событие со временем вообще может быть идеализировано. Время, когда была пережита травматическая ситуация, несмотря на болезненные, трагические потрясения, именно из-за большой интенсивности пережитых чувств, вспоминается с большой теплотой. Примеров тому существует множество, и самый характерный – в большинстве своем теплые чувства, с которыми ветераны Великой Отечественной войны вспоминают тяжелое и страшное военное время.

По этой причине всегда достаточно велика вероятность для таких людей повторения травматической ситуации в будущем, так как они стремятся вернуться в то время и прожить его вновь и вновь. Особенно это касается военнослужащих, которые имеют боевой опыт (например, ветераны войны в Афганистане и Чечне ехали воевать в другие горячие точки). По наступлению мирного времени жизнь будет казаться им пресной.

Для того чтобы помочь своему близкому, вернувшегося из зоны боевых действий, необходимо понять, что с ним не так. Следующее упражнение позволит вам более полно осознать изменения, говорящие о травматическом стрессе».

Упражнение «Мозговой штурм. Поведенческие изменения у комбатантов и членов его семьи»

Цель упражнения: знакомство участников с психологическим портретом бойца в боевой обстановке и по выходу из нее; подведение участников к осознанию своих чувств и состояний на сегодняшний день.

Время: 30 минут.

Оборудование: доска, ручки, рабочие тетради (п.2)

Ход упражнения: участникам дается 5-7 минут на прописывание признаков индивидуально в своих рабочих тетрадях, затем все признаки озвучиваются по кругу и заносятся ведущим на доску, дополняя список от участников не названными ранее.

Ведущий обращает внимание на общий список, который позволяет участникам понять, какие трансформации происходят с близкими людьми и понять, что прежними они уже не будут. Стоит отметить, что эти изменения могут быть как положительными, так и отрицательными.

Рефлексия упражнения.

Информационное сообщение об основных векторах развития личности в войне: «Расстройство–стойкость–трансформация»

Работа адаптационных механизмов проявляется в трех векторах их влияния на психику воина. От способности личности справиться с чрезвычайным событием, преодолеть его последствия и адаптироваться, зависит дальнейшая судьба психотравмы: либо она встраивается в жизненный опыт человека, либо она становится для него проблемой. Магомед-Эминов М.Ш., автор теории роста личности после травматического события, говорит о том, что из любого критического события есть три варианта выхода: в дезадаптацию, в адаптацию, и в развитие. В его авторском изложении они представлены триадой экстремальности: «страдание – стойкость – рост» («расстройство – стойкость – трансформация»). А.Г. Караяни и Ю.М. Караяни также отмечают три варианта (вектора) развития:

1. Положительный вектор влияния войны. Войны участников боевых действий приводят к формированию у них следующих положительных психологических образований:

– глубокое и всестороннее самопознание: познание своих интеллектуальных, эмоциональных, волевых возможностей;

– приобретение уникального опыта жизнедеятельности и поведения в экстремальных условиях, боевого опыта и житейской мудрости;

– приобретение опыта открытого, спонтанного, бесхитростного общения;

– тренировка аппарата стрессового реагирования, закалка своего здоровья.

В процессе приспособительной активности психика воина радикально перестраивается, «военизируется», приобретает свойства «сверхчувствительности», «сверхреактивности», «сверхпонимания» и др. У человека в условиях войны формируется как бы «специальный психологический орган», позволяющий мгновенно понимать «логику» движений элементов зрительного поля, звуковых стимулов, значение слов, жестов и поступков других людей и т. п. Этот орган «оттачивает» свою работу и становится мощным регулятором поведения военнослужащего.

При этом привычка открытого, простого поведения приводит к детренированности механизмов психологической защиты вследствие их бездействия. Вернуть такого «психологически обнаженного» человека в мирную жизнь без предварительной специальной подготовки – значит создать условия для его социальной дезадаптации и даже для развития психологических расстройств.

2. Нейтральный вектор влияния войны. Связан с обострением (формированием) у комбатантов некоторых специфических потребностей:

– потребности быть понятым обществом, ближайшим окружением в отношении мотивов, двигавших им на войне; аргументов, объясняющих необходимость, социальную значимость участия в жестоком насилии;

– потребности быть принятым в систему социальных связей и отношений со своим возвысившимся статусом, статусом защитника Родины, человека-воина;

– потребности быть признанным в качестве человека, честно и добросовестно выполнившего свой гражданский и воинский долг;

– потребности в избавлении от неактуальной психической напряженности, накопившейся на войне.

3. Отрицательный вектор влияния войны. Проявляется в процессе длительной психотравматизации военнослужащих. Факт переживания травматического стресса для некоторых людей становится причиной появления у них в будущем посттравматического стрессового расстройства (далее ПТСР). По данным статистики у 15% бойцов может быть выраженное ПТСР. Тем не менее, можно наблюдать некоторые отдельные признаки у большего количества участников боевых действий. Поэтому важно и нужно знать, с чем вы можете столкнуться. От вашего принятия этих изменений будет зависеть успешность периода реадаптации воина, вернувшегося с СВО в семью.

Ведущий обращает внимание, участники могут делать заметки в рабочей тетради (п.3).

Упражнение «Градусник принятия»

Цель упражнения: дать возможность осознать степени принятия личностных изменений у близкого человека.

Время: 10 минут.

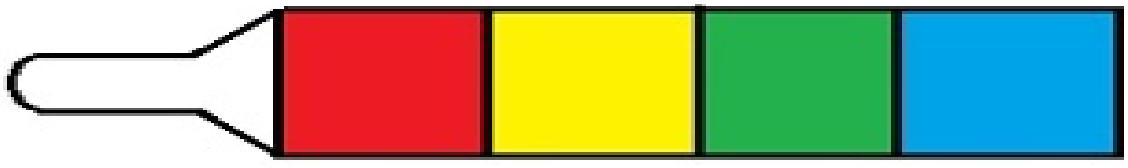
Оборудование: слайд с нарисованным цветовым градусником с делениями и рабочие тетради с шаблоном к упражнению (п.4).

Ход упражнения:

Ведущий предлагает участников посмотреть на цветной градусник в рабочей тетради, где каждый цвет означает какую-то степень принятия:

- от 1 до 3 – не принимаю (частые конфликты, эмоциональный холод);
- от 4 до 5 – принимаю частично (есть конфликты и разногласия);
- от 5 до 8 – принимаю, но возникает внутреннее раздражение;
- от 8-10 – принимаю, потому что понимаю (не включаюсь в конфликт эмоционально, могу объяснить себе причинно-следственную связь его поведения)

Далее ведущий просит участников пометить на градуснике уровень принятия своего родственника-комбатанта. Обсуждение полученных результатов позволяет осознать, как принятие растёт и переходит в полное понимание.



Рефлексия упражнения.

Заключительная часть.

Упражнение «Рефлексия»

Цель упражнения: получение обратной связи от участников.

Время: 20 минут.

Ход упражнения: ведущий предлагает участникам по кругу высказать свое впечатление о занятии, ответив на следующие вопросы*:*

1. Чем для вас была полезна сегодняшняя встреча?
2. Оправдались ли ваши ожидания от первого дня?
3. Есть ли пожелания ведущим на следующий день встречи?

Упражнение «Комплимент в дорогу»

Цель упражнения: сплочение участников группы, позитивное завершение работы.

Время: 5-10 минут.

Ход упражнения: ведущий**:** «Давайте закончим нашу сегодняшнюю встречу на позитивной ноте. Ничто так не радует человека как доброе слово. Сейчас я предлагаю сделать круг комплиментов. Для этого я прошу каждого из вас придумать комплимент своему соседу слева, а затем по очереди по часовой стрелке проговорить их. Комплимент может касаться как самой встречи сегодня, так и каких-то качеств, проявлений человека. Например: «у вас такая шикарная улыбка», «вы – активный человек» и т.д.

Рефлексия упражнения.

Ведущий обращает внимание участников на то, что последние два упражнения будут завершающими в конце каждой встречи цикла занятий.

2. Занятие «ПТСР. Жизнь заново»

Вводная часть. Приветствие участников, ознакомление с регламентом работы группы и кратким содержанием 2 занятия.

Время: 5-7 минут.

Упражнение «Здравствуй, уважаемый…»

Цель упражнения: нацеливание участников на командную работу, создание рабочей атмосферы.

Время: 10 минут.

Ход упражнения: ведущий предлагает участникам поздороваться друг с другом несколько необычно. Упражнение выполняется по кругу. Задача

первого участника – поздороваться со своим соседом справа, сказав ему: «Здравствуй, уважаемый... (имя соседа)» и выполнив какое-либо движение (жест). Следующий участник здоровается со своим соседом справа, повторяет жест, с которым обратились к нему, и добавляет свой жест. Жесты не должны повторяться.

Рефлексия упражнения.

Упражнение «История»

Цель упражнения: снижение психоэмоционального напряжения в группе Создание доверительных отношений в группе.

Время: 10-15 минут.

Ход упражнения: упражнение проводится в 2 этапа. Вначале ведущий предлагает участникам одним из вариантов игровых приемов («Первый – второй», «Солнце – месяц», «День – ночь» и др.) объединиться в 2 команды. Определяется время для выполнения задания первого этапа, например, 5 минут. За это время каждая команда сочиняет общую историю, используя реальные данные о себе. Например, «Мы живем в Донецке, Макеевке и Ясиноватой. Дома у нас на всех 9 собак, 14 кошек, 2 попугая и 1 черепаха. Трех наших участниц зовут Ольгами, а еще у нас две Саши, одна Полина и т.д.» По истечении назначенного времени каждая команда выбирает рассказчика, который будет презентовать составленную историю.

Рефлексия упражнения.

Основная часть.

Упражнение «Видеоролик о ПТСР. Синдром войны»

Цель упражнения: введение участников в тему ПТСР через призму восприятия мира близким человеком после участия в боевых действиях.

Время: общее 20-25 минут.

Оборудование: видеоматериал, ноутбук, демонстрационный экран, рабочие тетради (п.5), ручки.

Ход упражнения: ведущий предлагает к просмотру видеоролик «Как выглядит ПТСР» о проявлениях признаков ПТСР у воинов (эл. доступ: https://cloud.mail.ru/public/M2ux/5tPbbEER7). После просмотра видеоматериала необходимо в рабочей тетради участника (п.5) ответить на следующие вопросы:

1. Что вы увидели в этом ролике?
2. Что поразило в увиденном?»
3. Что вам отозвалось (с чем вы уже сталкивались в своей семье)?

В ходе обсуждения ведущий акцентирует внимание участников на том, что есть общие проблемы, общие личностные изменения у близких людей.

Рефлексия упражнения.

Информационное сообщение «ПТСР. Три основные группы симптомов»

Время: 10-15 минут.

Оборудование: рабочая тетрадь (п.6)

Посттравматическое стрессовое расстройство является заболеванием согласно международной классификации болезней (МКБ).

Данные о распространенности ПТСР очень различные. В 90-е гг. показатели частоты возникновения ПТСР отчетливо возросли: если в 80-х гг. они соответствовали 1–2%, то в недавних исследованиях, опубликованных в США, – 7,8%, причем имеются выраженные половые различия (10,4% для женщин, 5,0% для мужчин). В то же время отмечается, что на протяжении жизни ПТСР заболевает около 1% населения, а до 15% населения после тяжелых травм (связанных с физическим нападением или военными действиями) могут обнаруживать отдельные симптомы ПТСР.

Самое важное, что необходимо знать и помнить: ПТСР возникает, когда наше сознание не способно переработать и усвоить крайне тяжелый отрицательный опыт (убийства, смерть, страдания). Травмирующий опыт задерживается в неизменном виде, мучает, беспокоит человека и потому выталкивается сознанием вглубь – в подсознание. На его удержание тратится очень много психической энергии, из-за чего человек внутренне истощается.

При ПТСР выделяют три группы симптомов (рабочая тетрадь п.6):

1. Симптомы повторного переживания.
2. Симптомы избегания.
3. Симптомы физиологической гиперактивации.

1. Симптом повторного переживания или симптом «вторжения».

Прошлое «не отпускает»: навязчиво и неотступно возвращаются травматизирующие картины, постоянные мысли о том, «что было». В памяти внезапно всплывают ужасные, неприятные сцены, связанные с пережитым. Каждый намек, все, что может напомнить о том, что было именно с тобой: какое-то зрелище, запах, напоминающие «то», как будто извлекают из глубин этой «черной дыры» памяти картины и образы травматических событий. Сознание как бы раздваивается: ты дома, но одновременно и там, где весь этот кошмар происходил. Такого рода явления называются диссоциативной симптоматикой (ощущение эмоциональной зависимости, сужение сознания, дереализация с ощущением «там и здесь», деперсонализация). Пережившие военные действия рассказывают, что бывает достаточно услышать звук пролетающего вертолета, чтобы травмировавшие образы и представления вновь охватили сознание, чтобы человек вновь «вернулся» и вновь пережил «как наяву» наиболее травмировавшую его ситуацию.

Этот комплекс реакций включает несколько форм:

- *повторяющиеся и насильственно прорывающиеся, внедряющиеся в сознание воспоминания* о событии, включая образы, мысли или представления (человек всеми силами стремиться забыть о нем, но они всегда найдут способ, чтобы напомнить). Яркие образы прошлого обрушиваются на психику и вызывают сильный стресс. Такого рода явления называются «флэш-бэк-эпизодами». Главное отличие от обычных воспоминаний состоит в том, что

посттравматические «непрошеные воспоминания» сопровождаются сильными чувствами тревоги и страха.

Проиллюстрировать это явление можно на примере следующего задания: человеку сознательно предлагается не думать, забыть о желтой обезьяне. Однако, как бы он ни пытался выбросить мысль из головы, она обязательно найдет лазейку. Так же и с травматическим событием – человек всеми силами стремится забыть о нем, но оно всегда найдет лазейку, чтобы напомнить о себе.

- *повторяющиеся действия,* в которых отражаются элементы травматического события. Дети в таких случаях могут однообразно, монотонно навязчиво проигрывать один и тот же сюжет, не внося туда никаких изменений, никакого развития, динамики. Такие игры не приносят радости. Так, дети после землетрясения в Армении до 50 раз в день играли в землетрясение, в нахождение мертвых тел, в похороны и т.п., доводя родителей до умопомрачения, так как те, в свою очередь, мечтали поскорее забыть эти кошмарные события.

В чем это может выражаться у взрослых людей, особенно у ветеранов? – Это компьютерные игры в войну, это песни о войне, ролики о войне и пр. Всё то, что возвращает в ту атмосферу.

Стремление снизить уровень эмоционального дискомфорта в результате повторного переживания часто приводит к употреблению алкоголя, транквилизаторов или даже наркотиков с последующим формированием зависимости, при которой это самое переживание, в свою очередь, начинает играть роль оправдания.

- *повторяющиеся кошмарные сны о событии* – это самый частый (у 80% людей после травматического стресса) вариант повторного переживания травмы. Практически кошмарные сновидения беспокоят человека в первые 2-4 года после войны. Примером могут быть ветераны Великой отечественной войны, которые даже спустя годы видели сцены боев в своих снах.

Кошмарные сновидения могут сопровождаться обильным потоотделением. С точки зрения медицины ночной пот иногда рассматривают как самостоятельный симптом, поскольку многие пациенты просыпаются мокрыми от пота, но не помнят, что им снилось. Тем не менее, очевидно, потливость является реакцией именно на сновидение, независимо от того, запоминается оно или нет. Иногда во время подобного сна человек мечется в постели и просыпается со сжатыми кулаками, словно готовый к драке.

В целом, у ветеранов боевых действий могут проявляться проблемы со сном. Это могут быть как трудности с засыпанием, так и прерывистый сон ночью. Это может быть и по причине неосознаваемого страха вновь очутиться в плену кошмаров. Регулярное недосыпание, раннее пробуждение, приводящее к крайнему нервному истощению, дополняет картину симптомов посттравматического стресса, усугубляют тяжелое состояние, возникает усталость и апатия.

Признаком потребности в безопасности может служить тот факт, что человек ложится спать в одежде, готовый сразу перейти к действиям.

Чем можно помочь человеку в данной ситуации. Если это во время сна, то стоит успокоить, проговаривая, что он дома, в безопасности. Предложить выпить воды.

Утром после пробуждения можно осторожно поинтересоваться, предложить рассказать о кошмаре. Одним из приемов является «Рассказ о сне», который предполагает детальную вербализацию сна с выходом на понимание его «миссии» в жизни человека. Сразу после пробуждения необходимо написать все, что приснилось и что приходит в голову, ни на что, не отвлекаясь, не анализируя, не перебирая. Писать следует все подряд, без разбора, не думать о почерке, о стиле, о красоте написания. Записывать всё, ничего не отклоняя и не осуждая. Перечитывать не нужно.

Еще одним вариантом является прием «Завершение сна». Он предполагает его позитивное окончание. Например, представить, что сон на самом деле – съемка фильма и она благополучно завершена. Или человек может мысленно представить, что события разворачиваются по-другому, так, как ему бы хотелось, как бы «переписать» историю.

- действия или чувства, которые соответствуют переживаемым во время самого травмирующего события. Сюда относятся иллюзии, галлюцинации и так называемые «вспышки воспоминаний», когда в памяти всплывают эпизоды травматического события, часто еще более яркие и отчетливые, чем это было в действительности. Причем неважно, возникают они наяву, или во время сна, или же при интоксикации при употреблении психоактивных веществ;
- интенсивные негативные переживания при столкновении с чем-то, напоминающим (символизирующим) травматическое событие;
- физиологическая реактивность, которая проявляется реакциями со стороны тела (спазмы в желудке, головные боли и другое), если что-то напоминает или символизирует травматическое событие.

2. Симптом избегания.

Эта группа симптомов проявляется в том, что человек старается избегать мыслей и воспоминаний о пережитом, стремится не попадать в те ситуации, которые могли бы напомнить, вызвать эти воспоминания, пытается делать все так, чтобы не вызвать их снова. Как следствие – он становится неспособен вспомнить важные эпизоды травмы, то, что с ним происходило. Не планирует каких-либо действий в будущем, что приводит к социальной изоляции.

Эмоциональное избегание может быть эффективным в краткосрочной перспективе и может принести некоторое временное облегчение. В долгосрочной перспективе оно часто приносит больше вреда, поскольку избегающее поведение связано с усилением симптомов ПТСР. Психика человека также истощается.

Отмечаются следующие проявления симптомов избегания:

- Выраженное снижение интереса к тому, что раньше занимало. Человек становится равнодушным ко всему, его ничто не увлекает.

➢ Эмоциональное оскудение, притупление. Многие перенесшие сильный стресс жалуются, что после пережитого им стало намного труднее испытывать чувства любви и радости. У них реже возникают или вообще исчезают периоды творческого подъема.

➢ Утрата способности (полностью или частично) устанавливать близкие и дружеские отношения с окружающими людьми. Появление чувства отделенности от людей, отчужденности от окружающего мира. Оно вырастает из невозможности проявить эмоции, проявить сопереживание. При этом человек не верит чувствам близких в отношении себя– «им меня не понять». Отмечаются симптомы депрессии, человек начинает чувствовать себя никчемным и отвергнутым, развивается неуверенность в себе. В состоянии посттравматического стресса депрессия достигает самых беспросветных глубин отчаяния, человек утрачивает смысл существования, и все это сопровождается истощением и апатией.

➢ Появление чувства вины («Я виноват в том, что я что-то не сделал: не спас, не помог, не предугадал...»), которое способствует возникновению приступов самоуничижительных мыслей и поведения, вплоть до саморазрушающих поступков. Очень часто это чувство проявляется при потере близких людей в результате экстремальной ситуации.

Чувство «вины выжившего» возникает в трех видах:

➢ Во-первых, как вина за воображаемые грехи. Если, например, умирает кто-то, близкий, человек начинает анализировать свое поведение, приписывать себе причину того, что высшие силы забирают от него дорогих людей.

➢ Во-вторых, чувство вины за то, что он не сделал. Конечно, если проанализировать ситуацию, всегда можно найти нечто, что можно было бы сделать иначе и тем самым предотвратить трагедию: например, вовремя зайти в блиндаж, или не посылать товарища на задание и т.д. Это воображаемая вина.

➢ Но особенно тяжелы случаи, когда человек действительно виноват. Человек начинает ощущать эти изменения как глубоко затрагивающие его личность. Эти проявления очень тяжело переживаются людьми. Исчезают беззаботность, спонтанность, наблюдается уход от социальной жизни.

Вообще жертвы травматических ситуаций часто страдают от того, что названо «болезненным чувством ответственности», когда их заботит реальная или воображаемая ответственность за действия в прошлом. Ее еще называют «синдромом узников концентрационных лагерей». Выживший испытывает невероятную ответственность. Он как бы обязан жить теперь «за себя и за того парня», что тяжело и не нужно. Человек должен прожить только свою жизнь и ничью другую. Иначе ответственность слишком велика.

У подростков симптом избегания проявляется в чувстве укороченного будущего. Свойственно ощущение «отсутствия завтрашнего дня» (расстройство временной перспективы), что проявляется в виде пессимизма (будущее неперспективно, будущего нет), представления о кратковременности предстоящего отрезка жизни, ожидания несчастья в будущем. Подросток не может представить себе, что у него будет долгая жизнь, семья, карьера, дети и

т.д. Многие из них ожидают скорого конца света. В зависимости от особенностей региона одни убеждены, что взорвутся резервуары с хлором, у которых истек срок годности, другие ждут радиационного заражения или геноцида. Многие дети, живущие в зараженной зоне, убеждены, что скоро должны умереть.

При возникновении таких симптомов близкие должны отнестись с пониманием происходящего. Можно предложить поговорить на данную тему, вопросами показать иррациональность таких мыслей. Близкие могут рекомендовать приемы, которые помогали другим, привести пример (написать письмо погибшему, пойти в церковь, где можно заказать службу об упокоении, исповедаться; поговорить с умершим и извиниться)

3. Симптом физиологической гиперактивации.

Третья группа симптомов проявляется в повышенной раздражительности, трудностях концентрации внимания, вспышках гнева и взрывных реакциях, немотивированной сверхбдительности и повышенной готовности к «реакции бегства». Сюда можно отнести бессонницу и нарушения сна, если они вызваны высоким уровнем тревожности, неспособностью расслабиться, а также непреходящим чувством физической или душевной боли. Сон вообще относится к таким проявлениям, которые нарушаются в первую очередь при малейшем психологическом неблагополучии. Рассмотрим эти проявления более подробно.

- Возрастает в кратное число агрессивность, возникает стремление решать все жизненные коллизии с помощью силового давления. При этом не обязательно применяется грубая физическая сила, это может быть и речевая и эмоциональная агрессивность. Вспышки гнева, которые часто бывают маломотивированы и чаще всего возникают под влиянием алкогольного опьянения, превращаются в приступы яростного гнева.

Человек становится конфликтным, со всеми ссорится. Даже когда человек хочет контролировать свое поведение, у него ничего не получается. В качестве примера: один девятилетний мальчик в работе с последствиями психотравмы с психологом признался, что теперь он стал «сумасшедшим»: «Иногда мне кажется, что я могу убить того, кто меня сердит». Попросту говоря, человек склонен применять силовое давление на окружающих всякий раз, когда хочет добиться своего, даже если цель не является жизненно важной.

- О повышенной осторожности, сверхбдительности сообщают 80% обследованных ветеранов. Сверхбдительность – преувеличенная реакции на неожиданные стимулы и невозможности релаксации. Человек пристально следит за всем, что происходит вокруг, словно ему угрожает постоянная опасность. Известны случаи, когда комбатанты, вернувшиеся в мирную жизнь, выходя на улицу, проводили осмотр местности («рекогносцировку»), искали в окнах снайперов, вглядывались в силуэты деревьев и ощущали себя буквально «голыми» без оружия.

Это опасность не только внешняя, но и внутренняя. Она состоит в том, что нежелательные травматические впечатления, обладающие разрушительной силой, прорываются в сознание. Часто сверхбдительность проявляется в виде постоянного физического напряжения. Человек напряжен, подтянут, словно готов в любой момент отразить внешнюю или внутреннюю угрозу. Говоря о внутренней угрозе, речь идет о состоянии постоянного усилия, чтобы случайно не наткнуться на соответствующий стимул, ассоциирующийся с травматической ситуацией (запах, звук и т.д.). Иначе мгновенно оживляются все переживания, и человек вновь и вновь вынужден погружаться туда, где больше всего на свете не хотел бы оказаться. Иначе возникает то, что называется «неконтролируемое опорожнение контейнера» – человек ощущает, что захлестнут чувствами, и для окружающих выглядит в этот момент как сумасшедший. Иногда в эти моменты он может совершать непоправимые поступки, о которых будет сожалеть в дальнейшем. Поэтому он вынужден постоянно быть внимательным и избегать всего, что может напомнить травматическую ситуацию. Это очень утомительно и требует больших затрат энергии. Это и есть та самая «сверхбдительность». Одним из последствий гипервозбуждения является генерализация ожидаемой угрозы. Мир становится небезопасным местом: безобидные звуки провоцируют реакцию тревоги, обычные явления воспринимаются как предвестники опасности.

- Нарушение памяти и концентрации внимания. Естественно, что человек не может быть внимательным ко всему на свете (сверхбдительность). Объем нашего внимания имеет свои границы. Человек испытывает трудности, когда требуется сосредоточиться или что-то вспомнить. В некоторые моменты концентрация внимания может быть великолепной, но стоит появиться какому-либо стрессовому фактору, как человек теряет способность сосредоточиться. В 95% случаев (ветеранов) наблюдается выраженное снижение устойчивости внимания.

Если говорить о детях, то прежде всего нарушения внимания у них отмечают педагоги. Ребенок, переживший травму, становится рассеянным, у него ухудшается память, внимание на уроке, а отсюда – ухудшение учебы, снижение оценок.

- Преувеличенное реагирование. При малейшей неожиданности, шуме, стуке, хлопке и т.п. человек вздрагивает, бросается бежать или падает на землю, громко кричит и т.д. Не всегда эти действия носят конструктивный характер. Например, такое преувеличенное реагирование привело к новым жертвам после землетрясения. Тогда за самым сильным толчком следовали другие, более слабые и не опасные. Но люди, почувствовав толчки, выбрасывались из окон, разбиваясь насмерть.

Как видим, проявления ПТСР ведут к внешней изоляции и внутреннему опустошению.

Для примера, среди ветеранов войны во Вьетнаме, имеющих ПТСР, отмечались:

- уровень безработицы в 5 раз выше среднего;

- 70% – развелись;
- 56% – имели пограничные (с нормой) нервно-психические расстройства;
- 50% – попали в тюрьму или были арестованы;
- 47% – выбрали крайние формы изоляции от людей;
- 37% – совершали более 6 актов насилия в год.

Упражнение-кластер «Шесть причин для возврата»

Цель упражнения: осознание причин и особенностей взаимоотношений в семье, которые могут подтолкнуть участника СВО вернуться в зону боевых действий.

Время: 15-20 минут.

Оборудование: рабочая тетрадь (п.7)

Ход упражнения: ведущий: «Как говорят сами военнослужащие, на войне – все просто. Ты знаешь, где друг, а где – враг. В мирной жизни несколько иначе. Не случайно военнослужащий, вернувшийся с СВО, готов вернуться и многие, несмотря на полученные тяжелые ранения или инвалидность, возвращаются в зону боевых действий. Причины могут быть следующие (рабочая тетрадь п.7.):

1. адреналиновая зависимость;
2. узкая зона ответственности (четкая постановка боевой задачи);
3. выход на первое место боевого братства, чувства «плеча»;
4. самореализация как личности (ощущение нужности в экстремальных боевых условиях);
5. уход на второй план ценности семьи как таковой;
6. давящий стиль поведения у ближайшего окружения (мать, жена).

А с какими ситуациями вы сами сталкивались и какие из них, по-вашему мнению, могут быть причинами для возвращения в зону СВО.

Примеры ответов:

- Третий день запой…Сколько ждать его выхода оттуда…

- Пьет, говорит, что имеет право. Он – герой…

- Стал агрессивный, замахивается, когда выпьет. Раньше такого не было…

- Отказывается идти к наркологу, психологу, батюшке… Уходить?

- Чифирит…добавляет что-то в крепкий чай. Как проверит что. Опасно ли это? (добавляют табак, фенибут, наркотические вещества)

- Пьяный жалуется на несправедливость, неоцененность. Ругает власть, руководство Министерства обороны…

- Все время проводит с бывшими сослуживцами…

- Не сближается с детьми, а они ждали…

Много времени проводит у матери…

- Начал активно помогать семье умершего друга в ущерб своей семье…

- Не дает к себе прикасаться…

- Проблемы с сексом, имеет венерические заболевания…

Обсуждение: изменилось ли ваше понимание острой потребности военнослужащего вернуться в зону СВО. Как теперь вы будете реагировать?

Упражнение «Рюкзак»

Цель упражнения: содействие осознанию безусловного принятия близкого человека на примере демонстрации разрушительного эффекта негативных чувств и эмоций, которые возникают у близких людей, столкнувшихся со сложными жизненными ситуациями.

Время: 10 минут.

Оборудование: рабочие тетради (п. 8,9).

Ход упражнения: ведущий предлагает кому-то из участников группы побыть в роли человека, в семье которого есть сложные ситуации. Остальные участники «навешивают» на него (используя сумки, подручные средства) ситуации из списка, которые вызывают чувство обиды, ревности, злости, тревоги, сверхбдительности и т.д.

Далее ведущий просит участника ответить на вопросы: Какое сейчас возникло ощущение, когда на вас «навесили» столько чувств? Что хочется сделать?

Как можно избавиться от этой негативной «ноши»? (группа предлагает свои варианты, каждый вариант – снятый «груз»)

Обсуждение: Ведущий просит обратить еще раз внимание на чувства человека, у которого было столько негатива внутри. Представить, какую разрушительную силу он может иметь как внутри человека, так и вылившись во вне при накоплении.

Чем можно помочь, чтобы процесс вхождения в мирную жизнь был более безболезненным для близкого человека, у которого наблюдаются признаки ПТСР (рабочая тетрадь п.8.):

- обеспечение базового уровня безопасности (любимая еда, сон, не мешать при желании уехать, уйти в безопасное место, побыть в одиночестве);
- принятие его безопасности и контроля пространства;
- не торопим его «дозревание»;
- принимаем его эмоциональную замороженность;
- уважаем и признаем его заслуги, гордимся своим близким («воин – это сила», «ты – мужественный человек» и т.д.);
- вовлечение в активность через волонтерство, домашние дела, социальные связи (выступления в школах и пр.);
- поддержание воинских традиций;
- принятие однополчан дома;
- поддержание выезда на могилы друзей, помощи семьям погибших;
- создание благоприятной семейной атмосферы.

В заключении ведущий обращает внимание участников на п.9 в рабочей тетради, в котором даны рекомендации для успешной реадаптации военного с ПТСР.

Рефлексия упражнения.

Упражнение «Живое препятствие»

Цель упражнения: формирование взаимного доверия, отработка навыков продуктивного действия в ситуации, когда другие люди создают препятствия в достижении цели.

Время: 15 минут.

Оборудование: повязка на глаза.

Ход упражнения: ведущий предлагает участникам образовать «живое препятствие» – встав в плотную группу, принять такие позы, чтобы затруднить проход через нее. Но при этом препятствие должно быть принципиально преодолимым, а не представлять собой сплошную непроницаемую «живую стену», которую можно преодолеть только таранным ударом. Доброволец с завязанными глазами преодолевает это «живое препятствие». Ему не следует применять физическую силу (расталкивать, растаскивать других участников и т. п.), а нужно найти возможности протиснуться между ними без таких действий. Перед прохождением каждого следующего добровольца форма «живого препятствия» меняется.

Обсуждение. Сначала участники обмениваются возникшими при выполнении упражнения эмоциями и чувствами, потом делятся своими наблюдениями о том, какие варианты действий были использованы для преодоления «живых препятствий» и что оказалось более результативным.

Рефлексия упражнения.

Упражнение «Лед и пламя»

Цель упражнения: демонстрация эффекта возникновения физиологических изменений под воздействием наших представлений, обучение произвольному регулированию реакций через эти представления.

Время: 5-7 минут.

Ход упражнения: ведущий проговаривает, что на встрече сегодня много говорили о признаках ПТСР и самопомощи в том числе. Выровнять свое психоэмоциональное состояние мы можем самостоятельно.

Участников просят сесть, расслабиться, положить руки на колени открытыми ладонями вверх, закрыть глаза и в течение минуты представлять себе, что в одной руке у них находится горячая печеная картошка, а в другой – кусок льда. После этого водящие (2–3 человека) пробуют на ощупь ладошки участников, пытаясь по их температуре определить, в какой руке те представляли горячую картошку, а в какой лед. Обычно это удается сделать с существенно большей точностью, чем вероятность случайного угадывания; температура ладоней действительно начинает различаться в достаточной мере.

Обсуждение. «Наши представления имеют обыкновение воплощаться в реальность. Мы представляем, что руке холодно или жарко и ее температура действительно меняется. Представляем себе неудачу или достижение успеха – тем самым приближаем себя к одному или другому…».

У каждого человека есть свое место силы, безопасное место, куда он хотел бы уйти в сложных моментах жизни и побыть немного один. Когда нет возможности уйти, уехать физически, мы можем вам предложить технику, позволяющую мысленно перенестись в «ваше» место.

Рефлексия упражнения.

Упражнение «Техника «Безопасное место»

Цель упражнения: Обучение поиску ресурсов, которые могут поддерживать и помогут вернуться в спокойное эмоциональное состояние.

Время: 15 минут.

Ход выполнения: ведущий просит участников сделать несколько спокойных глубоких вдохов и выдохов, после чего закройте глаза и продолжайте дышать размеренно.

Образ места. Представьте картинку места, где вы чувствуете себя безопасно, спокойно и счастливо. Осмотритесь вокруг. Представьте, что находится вокруг вас. Представьте в этом месте те предметы или любые другие объекты (живой или неживой природы), которые вы бы хотели, чтобы были в вашем особом безопасном месте. Представьте себя в этом месте. Где именно вы находитесь? Чем занимаетесь? Используя свое воображение оглянитесь вокруг. Что вы заметили? Что видите рядом с собой?

Ощущения. Присмотритесь к деталям и особенностям вещей вокруг вас. Из какого материала они сделаны? Какого цвета они? Представьте, что протягиваете руку и касаетесь их. Что ощущают ваши пальцы? Прикоснитесь к любым предметам, к которым хотите. Подержите их столько, сколько хотите. Отметьте свои ощущения и чувства. Затем посмотрите еще дальше. Что вы видите? И еще дальше? Рассмотрите все, что находится вокруг на разном расстоянии от вас. Попробуйте различать формы и силуэты предметов, их материал, цвета, текстуру. Это ваше особое место, когда вы там находитесь, вам спокойно и уютно. Представьте, что ваши босые ноги касаются земли. По вашим ощущениям земля какая? Медленно пройдитесь, разглядывая все вокруг.

Звуки. Прислушайтесь к звукам вокруг. Возможна вы чувствуете порывы ветра на своем лице или слышите его завывание, ощущаете тепло солнечных лучей и слышите шум леса, пение птиц или крики чает и т.д. Дайте волю своему воображению – наполните свое место теми звуками, которые наполняют и успокаивают вас.

Запахи. Кроме звуков чувствуете ли вы какие-то запахи? Это запахи чего? Возможно, вам захочется наклониться и понюхать цветок или взять в руки какую-то вещь, приблизить ее к своему лицу и вдыхать ее запах… В вашем особом месте вы можете делать все, что пожелаете. В нем вы чувствуете себя спокойно.

Завершение. Побудьте в этом месте столько, сколько вам нужно. Не торопитесь, не подгоняйте себя. Еще раз оглянитесь вокруг в вашем воображении. Хорошо присмотритесь ко всему. Запомните свое особое место. Запомните свои ощущения здесь. Оно всегда будет с вами. Вы сможете вернуться сюда в любой момент, когда вам понадобится почувствовать себя спокойно и безопасно.

Теперь приготовьтесь оставить ваше место и откройте глаза. Осмотритесь вокруг, прислушайтесь к себе. Изменилось ли ваше состояние до и после практики? Что вы чувствуете сейчас? После практики люди обычно чувствуют себя спокойнее, устойчивее, увереннее. Помните, что это особое место безопасности всегда есть внутри вас и при возникновении каких-либо неприятных эмоций вы можете возвращаться в него за спокойствием.

Обсуждение: Ведущий проговаривает, что эту технику можно использовать в обычной жизни, когда сложно собраться с мыслями, когда повышена тревожность, когда физически у вас нет возможности уединиться и т.д.

Рефлексия упражнения.

Заключительная часть. Сегодня был очень продуктивный день и все мы имеем полное право получить свою порцию поддержки и внимания друг от друга. Перед этим уже традиционно проведем рефлексию занятия.

Упражнение «Рефлексия»

Цель упражнения: получение обратной связи от участников.

Время: 20 минут.

Ход упражнения: ведущий предлагает участникам по кругу высказать свое впечатление о занятии, ответив на следующие вопросы*:*

1. Чем для вас была полезна сегодняшняя встреча?
2. Оправдались ли ваши ожидания от первого дня?
3. Есть ли пожелания ведущим на следующий день встречи?

Упражнение «Комплимент в дорогу»

Цель упражнения: сплочение участников группы, позитивное завершение работы.

Время: 5-10 минут.

Ход упражнения: ведущий: «Давайте закончим нашу сегодняшнюю встречу на позитивной ноте. Ничто так не радует человека как доброе слово. Сейчас я предлагаю сделать круг комплиментов. Для этого я прошу каждого из вас придумать комплимент своему соседу слева, а затем по очереди по часовой стрелке проговорить их. Комплимент может касаться как самой встречи сегодня, так и каких-то качеств, проявлений человека. Например: «у вас такая шикарная улыбка», «вы – активный человек» и т.д.

Рефлексия упражнения.

Занятие 3. «Наша семья»

Вводная часть. Приветствие участников, ознакомление с регламентом работы группы и кратким содержанием 3 занятия.

Время: 5-7 минут.

Упражнение «Три факта за прошедшую неделю»

Цель упражнения: дать возможность участникам обменяться своим мироощущением за прошедшую неделю.

Время: 10 минут.

Ход упражнения: ведущий предлагает участникам ответить на вопрос: «Что нового и хорошего произошло в вашей жизни за прошедшую неделю, со дня нашей прошлой встречи?» Участники по кругу делятся своими новостями, ощущениями за прошедший промежуток времени. Необходимо назвать 3 положительных события.

Рефлексия упражнения.

Упражнение «Поменяются местами те, кто…»

Цель упражнения: создать положительный эмоциональный настрой, дать возможность участникам узнать друг о друге дополнительную информацию.

Время: 5 минут.

Ход упражнения: ведущий предлагает участникам немного подвигаться и поднять себе настроение, для этого просит присутствующих поменяться местами, те кто:

- работает всю жизнь в одном учреждении;
- любит свою работу;
- любит яблоки;
- работает на одном месте более 5 лет;
- с детства мечтал быть врачом;
- кто пришёл в юбке;
- кто любить танцевать перед зеркалом;
- кто умеет вкусно готовить;
- кто умеет кататься на коньках;
- кто любит кошек;
- у кого есть дача.

Рефлексия упражнения.

Упражнение «Многие боятся»

Цель упражнения: Повышение уверенности в себе, расширение знаний о способах преодоления страха.

Время: 15 минут.

Оборудование: фигурные листочки и ручки по количеству участников

Ход проведения: ведущий просит участников в течение 3-5 минут придумать как можно больше вариантов завершения фразы «Многие боятся, а я не боюсь…». Потом объединиться в подгруппы по 4–5 человек и рассказать друг другу, какие варианты они предложили, почему многие, и их точки зрения, боятся этого, и с чем связано то, что сами они этого не боятся, как им удается преодолевать свой страх. Обсуждение в группе продолжается 8-12 минут. В каждой из подгрупп выбирается участник, который фиксирует названные способы преодоления страха, потом выступают представители от каждой из подгрупп, которые сообщают, какие способы преодоления страха были упомянуты.

Обсуждение. Что нового удалось узнать о самом себе каждому из участников при выполнении этого упражнения? Какие из обсуждаемых способов преодоления страха представляются наиболее эффективными? Когда вообще возникает необходимость подавлять страх, а когда лучше прислушаться к нему и просто избегать вызывающих его ситуаций?

Рефлексия упражнения.

Основная часть.

Информационное сообщение
«Семья как система. Особенности детей войны».

Время: 10-15 минут.

Согласно теории систем, семья – это не отдельные люди, живущие рядом друг с другом, а некий целостный организм, где все элементы взаимосвязаны. Если что-то происходит с одним из членов семьи, то это отражается на всех.

Все мы можем вспомнить и сопоставить череду различных событий в личной истории и истории своей семьи, не как цепь случайностей, а как вытекающие одно из другого и тесно взаимосвязанные.

Семья как система обладает целым рядом свойств. Во-первых, семья – это нечто большее, чем просто сумма составляющих ее частей. В нее могут входить мама, папа, ребенок и другие члены, есть еще отношения между ними, семейная история, семейный климат, главные и второстепенные правила и семейные мифы. От всех этих вещей зависит качество жизни вашей и ваших домочадцев.

Внутри семьи существует огромное количество взаимосвязей. Это означает, что, если вы хотите улучшить семейную атмосферу, вам надо изменить отношения и поведение всех домочадцев. Семья очень сильно влияет на жизнь и состояние ее членов. Это влияние настолько сильно, что каждый из них поодиночке может иметь одно намерение, а по факту получать что-то совершенно другое – что-то, что подчиняется законам данной конкретной семьи.

Семье необходимо взаимодействие с окружающей средой. В семьях, которые пытаются изолироваться от общества и являются закрытыми, как правило, много различных проблем: употребление психоактивных веществ, нервные расстройства, неудачи в личной жизни ее членов и другое.

На семью оказывает влияние не только реальность вокруг, но и старшие родственники. Например, многие порядки и правила, которые, казалось бы, сами возникают в вашей жизни, на самом деле идут от старшего поколения. На этой почве в молодых семьях часто возникают конфликты: жена привыкла, что в ее семье были одни традиции, а муж привык к совершенно другим. И каждому из них его способ жизни кажется единственно правильным.

Одним из законов семьи как системы является закон равновесия – он способствует сохранению существующего порядка вещей в семье любым путем. Даже если всем членам семьи очень плохо, они бессознательно будут вести себя так, чтобы сохранить этот порядок. Каждому может казаться, что лучше худая стабильность, чем внезапные перемены.

Упражнение «Древо семейных ценностей»

Цель упражнения: помощь в осознании семейные ценностные, как ориентиров для регуляции взаимоотношений.

Время: 20 минут.

Оборудование: список ценностей на экране, рабочие тетради (п.10, 11), карандаши.

Список ценностей: наличие общих интересов; взаимное уважение; невмешательство в дела друг друга; любовь; преданность; сохранение самостоятельности и автономии членов семьи; материальное благополучие; национальная монолитность; благополучие в глазах окружающих; дисциплина и четкость; выполнение всеми членами семьи своих обязанностей; совместное проведение свободного времени; открытый дом – для друзей, родственников, коллег; много детей; хорошее здоровье; сотрудничество; непререкаемый авторитет родителей; доверие; взаимопомощь.

Ход упражнения: упражнение выполняется в два этапа.

Ведущий вначале проговаривает, что каждому человеку присуща индивидуальная, специфическая иерархия личностных ценностей, служащих связующим звеном между духовной культурой общества и духовным миром личности, между бытием общественным и индивидуальным. Как правило, для личностных ценностей характерна высокая осознанность: они отражаются в сознании в виде ценностных ориентации и служат важным фактором социальной регуляции взаимоотношений людей и поведения индивида. Особенно это важно для семейных взаимоотношений.

1-й этап. Ведущий: «Вам предлагается список ценностей, которые люди, как правило, считают важными для совместной жизни. Просмотрите, пожалуйста, список. Если необходимо, то дополните его своими ценностями.

2-й этап. Ведущий: «Вы поработали над составлением списка семейных ценностей. Теперь вам предстоит составить шкалу приоритетов: определить, какие из ценностей для вас являются базовыми, какие – менее значимыми, а какие вообще находятся на периферии. На листе ватмана нарисуйте, пожалуйста, большое дерево. Это – «Древо семейных ценностей». Изобразите

его таким образом, чтобы корнями дерева стали ваши базовые, самые принципиальные ценности, ствол составили менее важные, а ветвями — те ценности, которые относительно важны для вас».

Обсуждение:

– Какие выводы вы могли бы сделать по окончании своей работы над Древом семейных ценностей?

– Как бы выглядело Древо, если бы его изобразили другие члены вашей семьи?

– Что значат для вас семейные ценности?

– Осознанно ли происходит создание семейных ценностей в семье, или это происходит само собой?

– Как влияют ценности на семейные взаимоотношения?

Рефлексия упражнения.

Упражнение «Мозговой штурм. Признаки изменений в семьях комбатантов»

Цель упражнения: осознание участниками произошедших изменений внутри семьи по распределению ролей и эмоциональной атмосферы в семье.

Время: 20-25 минут.

Оборудование: доска (флипчат), планшеты, ручки и рабочие тетради (п.12)

Ход упражнения: ведущий: «Понимая всю сложность взаимодействия между близкими людьми, мы можем говорить об основной роли семьи для создания вокруг участника боевых действий, вернувшегося в мирный социум, поддерживающей, реадаптирующей среды.

Процесс социально-психологической реадаптации состоит из нескольких компонентов: это психологический карантин, создание вокруг участника реадаптирующей социальной среды и раннее выявление и реагирование на те симптомы, которые могут сопутствовать ПТСР.

Кроме радости возвращения, бывшего воина преследует страх неизвестности, ощущение вины, ревности и многие другие негативные переживания. В семье комбатанта тоже произошли изменения, которые могут повлечь к конфликтам.

Что изменилось в вашей семье со дня ухода вашего близкого человека? Давайте поисследуем и разберем этот вопрос».

Участники в течении 5-7 минут записывают в рабочей тетради изменения, которые произошли в семье после ухода близкого человека в зону СВО. Далее участники по кругу проговаривают эти изменения, а ведущий заносит на доску, создавая общий полный список.

Обсуждение:

Вы видите, что уход вашего близкого в зону СВО повлиял на распределение ролей в семье, а значит от вас это потребовало больше сил и воли, самостоятельности, решительности, женской мудрости.

1. вы воюете вместе с мужем, переживаете, страдаете. Это энергозатратно. Поэтому можете испытывать тревогу, беспокойство, раздражительность, снижение способности концентрировать внимание;

2. увеличивается общая усталость от обязанностей, которые раньше распределялись на двоих;

3. самостоятельное принятие важных решений;

4. берете на себя ряд «мужских» функций;

5. можете обрести новых друзей, привычки, стиль поведения, социальный статус.

Меняются ролевые отношения не только у взрослых членов семьи в отсутствии близкого, но и меняется поведение детей и их внутрисемейные роли:

1) дети могут испытывать тоску, беспокойство, тревогу как явную, так и скрытую (конфликтовать, перестать за собой следить, уединяться и т.д.);

2) теряется чувство опоры и безопасности (неуверенное поведение);

3) появляется дополнительная нагрузка по дому, приводящая к переутомлению;

4) могут нарушаться ощущение вовлеченности в семью, эмоциональной теплоты, заботы и безопасности, взаимоотношений со взрослыми членами семьи (протестное поведение, негативизм);

5) ребенок может занять роль «главы семьи» – защитника и помощника (возвращение отца как угроза по разрушению его статуса);

6) ребенок может подвергаться буллингу в образовательной организации, если не все дети поддерживают СВО.

Реакции на одно и то же травматическое событие у детей одного возраста могут быть различными: один ребенок может оказаться подавленным и испуганным, другой – начать агрессивно себя вести, третий сосредоточиться на заботе о других. Во многом эти реакции определяются тем, как ребенок или подросток понимает, что произошло и какие последствия это имеет для него лично, насколько он чувствует поддержку со стороны, как он относится к себе, характерологическими особенностями ребенка и его привычными формами реагирования на трудности. Травматические события влияют на все сферы функционирования ребенка: на его представление о мире и о себе, эмоциональность и поведение.

Наиболее типичными последствиями травматических ситуаций для дошкольников являются откат на раннее достигнутые уровни в психике (энурез, страх разлуки с родителями, страх перед незнакомыми людьми, утрата имевшихся навыков).

У детей старшего возраста наблюдаются проблемы поведенческого характера. Им свойственны реакции от депрессии до агрессии. Также отмечены соматические жалобы при относительно здоровом теле и хороших анализах, то есть не имеющих органической природы. При длительной разлуке с родителями во время войны у детей отмечены такие нарушения, как депрессия, неспособность испытывать удовольствие, нарушение социальных контактов.

При этом дети испытывают радость, гордость за своего отца. В связи с этим взрослые должны поддержать ребенка, высказать свое положительное отношение к возвращению героя. И, конечно, дети рисуют свои картинки. Образы ситуации встречи с отцом, братом. Дети ожидают, что отец будет общаться с ними как прежде.

Однако процесс адаптации к мирной жизни воина, как мы уже обговаривали, может быть не таким безоблачным. И если ситуация в семье напряженная, то это сказывается на состоянии детей. В течение первых месяцев после возвращения отца дети могут не высыпаться, быть тревожными и дезориентированными. В это время всем взрослым следует отнестись к ситуации с пониманием. У них может снизиться успеваемость и концентрация внимания, так как все мысли могут быть направлены на семейные проблемы.

Ребенок должен иметь возможность поговорить со значимым взрослым о семейных проблемах. В этот период ребенок нуждается в том, чтобы быть понятым, выслушанным и признанным. При необходимости он должен иметь доступ к профессиональной консультации детского психолога, чтобы иметь возможность отреагировать накопившееся напряжение и поговорить о возможных стратегиях реагирования в случае обострения проблем в семье. Обучение ребенка конструктивным стилям совладания увеличивает его уверенность в себе и его возможность контролировать ситуацию.

Рефлексия упражнения.

Упражнение «Семейные роли»

Цель упражнения: осознание участниками произошедших изменений внутри семьи по распределению ролей.

Время: 10 минут.

Оборудование: рабочие тетради (п.13), ручки.

Ход упражнения: ведущий знакомит участников с правилами работы с анкетой: напротив вопросов ставит имя того члена семьи, кого касается данная роль и рядом плюсы в соответствии с качеством выполнения данной роли:

1 плюс – если этот человек только иногда выполняет данную роль;

2 плюса – если он выполняет её довольно часто;

3 плюса – это его постоянная роль.

Дальше каждый зачитывает свои варианты ответов.

Роли-функции

1. Организатор домашнего хозяйства
2. Закупщик продуктов
3. Зарабатывающий деньги
4. Казначей
5. Убирающий квартиру
6. Выносящий мусор
7. Повар
8. Убирающий со стола
9. Тот, кто ухаживает за животными

10. Организатор праздников
11. Мальчик на побегушках
12. Человек, принимающий решения
13. Починяющий сломанное
14. Его превосходительство плохой исполнитель всех своих обязанностей

Роли-взаимодействия

15. Буфер, посредник в конфликте
16. Любитель поболеть
17. Сторонник строгой дисциплины
18. Главный обвинитель
19. Одинокий волк
20. Утешающий обиженных
21. Уклоняющийся от обсуждения проблем
22. Создающий другим неприятности
23. Держащийся в стороне от семейных разборок
24. Приносящий жертвы ради других
25. Семейный вулкан
26. Затаивающий обиду
27. Шутник

Обсуждение:

- обратите внимание на то, кто сейчас вы, какова ваша роль и на каких ролях другие члены семьи.
- к какому выводу пришли?
- если возникло желание что-то изменить, что именно поменяете?

Рефлексия упражнения.

Упражнение «Плюсы и минусы»

Цель упражнения: обучение участников навыкам гибкости восприятия происходящих стрессовых событий, умения находить их положительные стороны.

Время: 25 минут.

Ход упражнения: ведущий предлагает участникам придумать и кратко, одной двумя фразами описать примеры двух жизненных событий – хорошего и плохого (можно взять из раннее составленного списка). Далее участники объединяются в подгруппы по 3-4 человека, где происходит групповое обсуждение (10-15 минут). Участникам необходимо найти в каждом из событий по три положительных и по три отрицательных момента. Это должно касаться и хороших, и плохих событий, т.е., во-первых, надо постараться найти наряду с положительными и отрицательные стороны, а в плохом событии – позитив. Так, например, положительное событие «Резко улучшилось материальное положение» может иметь отрицательным следствием ухудшение отношений с окружающими людьми (так как они начнут завидовать), а отрицательное

событие «заболеть» позволяет прочитать интересную книгу, на которую раньше не хватало времени, отдохнуть от суеты и т. п.

Далее представители от каждой из подгрупп озвучивают примеры событий, их положительные и отрицательные стороны.

В конце упражнения ведущий резюмирует ответы участников, указывая, что мало какие жизненные события можно однозначно отнести к хорошим или плохим. В большинстве из них, так или иначе, присутствуют и положительные, и отрицательные стороны. Но часто люди замечают что-то одно. Особенно тяжело разглядеть положительные стороны в отрицательных событиях. Далее предлагает группе ответить на вопросы:

1. к чему приводит такая «однобокость» мировосприятия;
2. как ее можно преодолеть? Что помогает в этом?».

Упражнение «Коллаж Ресурсы»

Цель упражнения: повышение уверенности в себе, самоэффективности, формирование умения позитивно переоценивать свой жизненный опыт.

Время: 30 минут.

Оборудование: наборы изобразительных материалов (карандаши, краски, фломастеры, цветные мелки и др.), мелкие предметы и игрушки, которые могут символизировать какие-либо ресурсы, журналы, газеты, календари, плакаты, листы формата А-3 по количеству участников.

Ход упражнения. ведущий предлагает участникам объединиться в микрогруппы по 2-3 человека и создать коллаж, отражающий их ресурсы – факторы, помогающие преодолевать жизненные трудности.

Перед тем как участники приступят к работе, ведущий кратко знакомит с основными группами ресурсов, а именно:

1. **Внутренние:** личностные, интеллектуальные и волевые качества, знания и умения, различные элементы жизненного опыта.
2. **Социальные:** люди, способные помочь в преодолении трудностей и достижении поставленных целей – родственники, друзья, преподаватели и т.д.
3. **Внешние:** место жительства, различные предметы, материальные возможности, место учебы.

В конце упражнения подгруппы проводят презентации своих композиций.

Обсуждение. Какие выводы сделал каждый участник лично для себя из этого упражнения? Что за ресурсы представляются наиболее важными, кто и для чего планирует их использовать?

Рефлексия упражнения.

Заключительная часть. Сегодня был очень продуктивный день и все мы имеем полное право получить свою порцию поддержки и внимания друг от друга. Перед этим уже традиционно проведем рефлексию проведенной занятия.

Упражнение «Рефлексия занятия»

Ведущий предлагает участникам по кругу высказать свое впечатление о занятии, ответив на следующие вопросы:

1. Чем для вас была полезна сегодняшняя встреча?
2. Оправдались ли ваши ожидания от встречи?
3. Есть ли пожелания ведущим на следующее занятие?

Упражнение «Я сегодня…»

Цель упражнения: повышение самооценки.

Время: 3 -5 минут.

Ход упражнения: ведущий предлагает каждому участнику по кругу продолжить фразу «Я сегодня…» (был более успешен, чем ранее…, узнала о семье…, смогла понять…и т.д.).

4. Занятие «Управление эмоциями»

Вводная часть. Приветствие участников, ознакомление с регламентом работы группы и кратким содержанием 4 занятия.

Время:5-7 минут.

Упражнение «Хорошие события»

Цель упражнения: закрепление умения концентрироваться на позитивных событиях, происходящих в жизни.

Время: 5-7 минут.

Ход упражнения: каждый по кругу рассказывает, как минимум об одном хорошем событии, произошедшем с ним за это утро.

Рефлексия упражнения.

Упражнение «Комплимент соседу»

Цель упражнения: повышение групповой сплоченности, разогрев, включение всех участников на работу с чувствами и эмоциями.

Время: 10 минут.

Оборудование: клубок ниток

Ход упражнения. ведущий подводит участников к одной из проблем в коммуникациях, проговаривая, что очень важно уметь правильно выражать свои чувства и что порой люди бояться говорить комплименты друг другу. Далее он предлагает потренироваться и сделать комплимент соседу справа, поблагодарить его за что-нибудь, передавая при этом клубок нити (по окончании упражнения, вся группа оказывается «сшита» воедино).

Рефлексия упражнения.

Упражнение «Покажи»

Цель упражнения: настрой на работу, «интеллектуальная разминка», мобилизация внимания.

Время: 5-7 минут.

Ход упражнения: ведущий предлагает группе выбирать водящего, задача которого проговаривать любые фразы, в которых фигурируют названия цветов. Как только прозвучало название цвета, участники должны быстро показывать предметы, в него окрашенные (это могут быть детали одежды, что-либо находящееся в аудитории и т. п.). Кто замешкался – сам становится водящим.

Примеры фраз:

- серая мышь
- оранжевое лето
- васильковое поле
- розовые щечки
- фиолетовое настроение и др.

Основная часть.

Информационное сообщение «Стресс. Основные понятия».

Время: 5-7 минут.

Оборудование: рабочие тетради (п.14), ручки.

События, происходящие в нашей стране и в каждой семье в отдельности, являются в психологическом плане не просто стрессовыми и/или кризисными, а являются для многих травматическими.

На прошлой встрече мы говорили с вами об изменения в детях, их поведении, чертах характера, об изменении во внутрисемейных отношениях. Человек, переживший большой стресс, ощущает себя не таким, каким он был прежде, а значительно взрослее, старше и даже старее, чем его сверстники, не имевшие такого переживания. Это ощущаете и вы, здесь присутствующие, и ваши дети. Ведь в вашей жизни такой опыт присутствует. Если человек смог извлечь из своего переживания важный для личности опыт, он становится гораздо более зрелой личностью. И вне зависимости от своего возраста он всегда будет психологически взрослее того, кто никогда не сталкивался с человеческой трагедией. Он будет больше понимать жизнь и лучше чувствовать других людей.

Так что же такое стресс?

Стресс – это неспецифический ответ организма на любое изменение условий, требующее приспособления к этим новым условиям. В принципе, состояние стресса – одно из нормальных состояний человека. Стресс (от англ. «stress» – нажим, давление) – это любое более или менее выраженное напряжение организма, связанное с его жизнедеятельностью. По своей начальной сути возникающие реакции организма имеют адаптационный характер. Причем, как вы понимаете, некоторые стрессы даже полезны для человека, являются своеобразной встряской, активизируют, «включают» в жизнь.

В психологии распространено понимание стресса как состояния, возникающего в ответ на ситуацию, в которой человек вынужден решать

трудную задачу, превышающую его психические и интеллектуальные возможности. И в этом качестве стресс – неотъемлемое проявление жизни. Следовательно, дело не в наличии стресса как такового, а в его выраженности. Не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой мы столкнулись. Имеет значение лишь интенсивность потребности в перестройке или в адаптации. Умереть можно и от радостной вести.

Австрийско-канадский врач и биолог Ганс Селье выделял три основные стадии развития стресса.



Рис. В.1.1 Стадии развития стресса Г. Селье

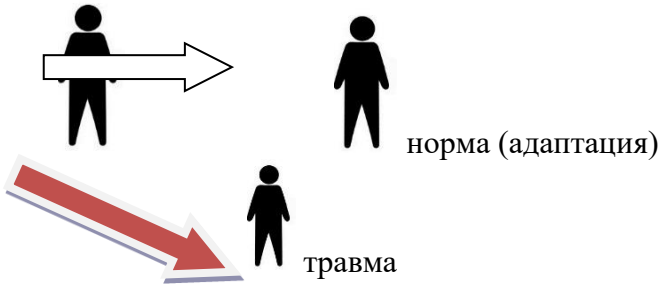
Первая стадия – стадия тревоги, когда происходит мобилизация адаптационных ресурсов организма. На этой стадии человек находится в состоянии напряженности и настороженности. Физически и психологически человек чувствует себя очень хорошо, пребывает в приподнятом настроении. Это хорошо известный феномен: во времена Великой Отечественной войны люди чрезвычайно редко болели. Объясняется это тем, что люди вынуждены были мобилизовать все имеющиеся в их распоряжении адаптационные ресурсы.

Если стрессогенный фактор слишком силен или продолжает свое действие, наступает ***следующая фаза – стадия резистентности***, или ***сопротивления***. На этой стадии происходит сбалансированное расходование адаптационных возможностей. Человек развивает оптимальную энергию, приспособляясь к изменяющимся обстоятельствам. Чувствует себя он вполне сносно, хотя уже без душевного подъема, характерного для первой фазы. Он как бы «вработался» и готов к более или менее длительному усилию по преодолению трудностей. Однако иногда чувствуется накопившаяся усталость.

Если же стрессор продолжает действовать еще дольше, наступает ***третья стадия – стадия истощения***. На стадии истощения энергия исчерпана, физиологическая и психологическая защиты оказываются сломленными. Человек не имеет больше возможности защищаться. В отличие от первой стадии, когда стрессовое состояние организма ведет к раскрытию адаптационных резервов и ресурсов состояние третьей стадии больше похоже

на «призыв о помощи», которая может прийти только извне либо в виде поддержки, либо в виде устранения стрессора.

У некоторых детей/людей при стрессе успевают включиться механизмы совладания с угрозой грубого нарушения образа Я (например, с опорой на внутренние ресурсы), и тогда адаптация происходит успешно. Когда же изменения происходят резко и без допуска на адаптацию, можно говорить о травме. Её может породить любое радикальное изменение образа жизни.



При травме разрушается сложившееся представления о себе, о других людях, о жизни в целом; нарушается чувство безопасности индивида; утрачивается вера в то, что жизнь организована в соответствии с определенным порядком и поддается контролю; подвергается угрозе само право человека на жизнь, на личное благополучие; разрушается само представление человека о существовании; происходит утрата и обессмысливание человеческих связей.

Упражнение «Мое эмоциональное состояние»

Цель упражнения: проведение самодиагностики актуального эмоционального состояния.

Время: 10 минут.

Оборудование: МАК (ресурсные колоды).

Ход упражнения: ведущим предлагается выбрать каждому участнику карту, которая ассоциируется у него с эмоциональным состоянием в данный момент. Далее по кругу участники делятся своим выбором.

Упражнение «Хорошие-плохие эмоции»

Цель: определение уровня понимания роли эмоций в жизни человека, отношения к негативным эмоциям

Время проведения: 20 минут

Оборудование и материалы: отрывные (фигурные) листочки бумаги по 20 на каждого участника, ручки или карандаши, лист А4 с нарисованными символами: на одном «+», на другом «–».

Ход упражнения:

Ведущий кратко дает информацию об эмоциональной сфере человека, в которой выделяют 5 групп эмоционального переживания: аффекты, собственно эмоции, чувства, настроение, стресс.

Аффект – сильная, бурная, но относительно кратковременная эмоциональная реакция на внешний стимул, который полностью захватывает психику человека (ярость, гнев, ужас и др.).

Эмоции – это непосредственное, временное эмоциональное переживание какого-либо отношения человека к различным внешним или внутренним событиям.

Эмоция возникает как реакция на ситуацию, в отличие от аффекта она более длительна и менее интенсивна, это душевное волнение. Эмоция как реакция возникает не только на события реальные, но и на вероятные или вспоминаемые. Эмоции более смещены к началу действия и предвосхищают его результат.

Чувства (высшие эмоции) – особые психологические состояния, проявляющиеся социально обусловленными переживаниями, которые выражают длительное и устойчивое эмоциональное отношение человека к реальным и воображаемым объектам.

Далее ведущий предлагает участникам определить свой уровень знаний об эмоциях.

1. Участникам раздаются по двадцать чистых листиков бумаги и предлагается записать на каждом эмоцию, которую он знает.

2. На полу разложены два листа А4, на которых нарисованы «+» и «–». Когда участники прописали эмоции, им предлагается оценить и разделить написанные эмоции на плохие и хорошие и положить на соответствующих листах.

Вопросы для обсуждения:

1. С чем столкнулись?
2. Были ли сомнения при распределении эмоций на две группы?
3. А почему эти эмоции были отнесены к плохим? Всегда ли они плохие?

Ведущий резюмирует: эмоции – это своеобразный способ реагирования человека на те или иные события, происходящие в его жизни. В зависимости от ситуации, эмоции могут быть, как положительными, так и отрицательными. Положительные эмоции нас вдохновляют, а есть эмоции, от проживания которых человеку становится плохо, ведь не зря их иначе называют негативными.

Роль эмоций:

1. Передача друг другу важной информации.

2. Направляют и поддерживают активность человека. Хорошее настроение заставляет нас двигаться вперед, в то время как плохое тормозит развитие

3. Показывают, что происходит в организме человека в данный момент. Положительные эмоциональные состояния указывают на благополучное удовлетворение потребностей, а негативные – наоборот.

4. Предохраняют организм от перегрузок и экономят внутреннюю энергию. Аффекты указывают на необходимость разрядки организма, когда неиспользованной энергии становится слишком много

5. Влияют на память, воображение и мышление. Испуганный человек вряд ли сможет оценить альтернативные решения. В состоянии стресса люди видят лишь плохой исход текущих событий.

6. Эмоции влияют на сознание. Когда человек разгневан и совершил неуместность, он часто теряет самообладание. Это говорит о том, что сильное эмоциональное переживание - необычное состояние сознания.

7. Эмоции готовят нас к определенным действиям. Если мы испуганы, тело словно готовится бежать, а когда разгневаны – нападать. Во время опасности кровь сгущается, что уменьшает ее потерю в случае ранения. Во время радости высвобождаются гормоны, защищающие организм от стресса и укрепляющие общий тонус.

Вывод: эмоции надо принять и не оценивать.

Далее ведущий акцентирует внимание на отличиях эмоций от чувств. В отличие от эмоции чувство привязано к объекту: оно возникает по отношению к кому или чему-либо, а не к ситуации в целом. Эмоция же не имеет объектной привязки: она возникает не по отношению к кому или чему-либо, а по отношению к ситуации в целом. Например,

«Я боюсь этого человека» – это чувство

«Мне страшно» – это эмоция.

Эмоции кратковременны, ситуативны, а чувства более стабильны.

Эмоции очевидны, ярко проявляются, мы можем определить их по лицу, интонации, жесту, положению тела и даже по молчанию. Чувства же более скрыты, глубинны, о них можно лишь догадываться.

Чувства базируются не на сиюминутной ситуации, а на приобретенном опыте. Их еще называют вторичными, высшими эмоциями, так как исходный толчок к формированию дали именно первичные реакции. Отличием чувств от эмоций также является их ассоциативность, неявность и сложность в объяснении. К примеру, гнев или удивление мы объяснить в состоянии, но, если попытаться понять, чем вызвана любовь к человеку, это вряд ли получится. Скорее всего, все закончится пространными рассуждениями, которые так и не дадут понимания о причинах таких ощущений. Также разница человеческих чувств и эмоций заключается в длительном характере первых и сиюминутности вторых. Самые близкие люди могут вызывать раздражение, обиду, грусть, но с разрешением неприятной ситуации это проходит, а любовь остается, и такие сиюминутные реакции неспособны поколебать это чувство.

Мы зачастую пытаемся понять, как научиться управлять своими эмоциями. Задавая себе этот вопрос, необходимо понимать следующих два аспекта:

1. С одной стороны, научиться сдерживать эмоции необходимо. Не зря нас с глубокого детства учат держать себя в руках. Слишком бурные проявления своих чувств, как правило, не решают проблемы, а лишь создает новые.

2. С другой стороны, если постоянно подавлять в себе свои эмоции и стремиться быть спокойным, то это вредно скажется для нашего здоровья.

Поэтому, нужно научиться, не сдерживать свои эмоциональные чувства, а выражать их так, чтобы не причинить вред окружающим и отношениям с ними.

Помните, главное не создавать барьеры во взаимопонимании, которые очень часто возникают в самых различных ситуациях.

Дело в том, что запретить своим негативным эмоциям выходить наружу – то же самое, что закрыть клапан в пароварке. Обязательно произойдет взрыв. Или ваша ярость будет разрушать ваш организм изнутри.

Рефлексия упражнения.

Упражнение «Телекинез»

Цель упражнения: продемонстрировать, как мысли и представления «материализуются», дать представление о визуализации как методе направленного представления, способе саморегуляции поведения.

Время: 15 минут.

Оборудование: маятник: грузик массой 50-100 г, подвешенный на нитку длиной около 1,5 м (несколько штук).

Ход упражнения: ведущий предлагает одному из участников попрактиковаться в «телекинезе» – способности, якобы позволяющей двигать предметы одним лишь усилием мысли и дает следующую инструкцию: «Следует взять и держать маятник перед собой на весу на вытянутой руке. Руку держать неподвижно и представлять себе, как этот маятник начинает раскачиваться вперед-назад». Через 30-60 секунд концентрации на этом образе у большинства участников маятник действительно начинает двигаться, раскачанный как будто лишь «силой мысли». Потом можно попрактиковаться еще: таким же образом заставлять маятник качаться вправо - влево, совершать круговые движения.

Участникам разъясняют, что никакой мистики здесь нет, а это проявляются так называемые идеомоторные движения. Когда мы представляем себе действия, мышцы совершают небольшие и незаметные для нас сокращения, сходные с теми, которые имеют место при реальном выполнении движений. Такой эффект используется в идеомоторной тренировке, когда спортсменов просят выполнять упражнения «в уме», а в результате повышается и реальное качество их выполнения.

Другим участникам предлагается также попробовать выполнить такой эксперимент.

Вопросы для обсуждения:

- у кого это упражнение получилось хорошо, а у кого не совсем или не вышло вовсе? С чем, по мнению участников, это связано;

- как вы думаете, чем чревата ситуация, когда спортсмен, готовясь выполнить упражнение, мысленно прокручивает возможность неудачи, получения травмы;

- на каких представлениях нужно сконцентрироваться, чтобы повысить вероятность его успешного выполнения.

Рефлексия упражнения.

Упражнение «Цветное дыхание»

Цель упражнения: снижение тревоги и напряжения в теле.

Время: 5-10 минут.

Ход упражнения: ведущий информирует участников о безопасном выполнении дыхательных упражнений. Говорит, что предлагаемое упражнение сочетает медленное, глубокое дыхание и работу воображения. Следует ориентироваться на своих ощущениях. Если заметите, что от глубокого дыхания начинает кружится голова, упражнение лучше прекратить и посидеть пару минут, дыша в привычном для вас темпе.

Инструкция выполнения:

1. Выберите любых два цвета: один цвет, который ассоциируется у вас с расслабленностью (для примера возьмем синий), а другой – с тревогой или просто вызывает у вас неприятные эмоции (например, красный).

2. Примите удобное положение на стуле. Закройте глаза и сконцентрируйте все внимание на дыхании.

3. Сделайте глубокий и медленный вдох. Представьте, как синий цвет наполняет ваши лёгкие, затем распространяется по всему телу. И представьте, как благодаря ему, в вашем теле разливается чувство спокойствия и расслабления, особенно в местах, где чувствуется особое напряжение.

4. Сделайте длинный и медленный выдох. Представьте, как выдыхаете красный цвет. Как будто этот тяжелый воздух не желает уходить из вашего тела, и лучший способ от него избавиться – делать длинные и медленные выдохи.

5. Повторите еще несколько раз. Столько, сколько вам будет необходимо.

Просто наблюдайте, как воздух синего цвета наполняет тело чувством спокойствия на вдохе, а на выдохе воздух красного цвета выходит из тела вместе с напряжением и тревогой.

Почувствуйте, как замедляются и удлиняются вдохи и выдохи, и постарайтесь сделать так, чтобы выдохи были в два раза длиннее, чем вдохи.

Далее ведущий просит открыть глаза, дышать в обычном темпе и в течении 1-2 минут отследить свое состояние. Увидели ли изменения своего состояния участники? Просит поделиться полученным опытом.

Рефлексия упражнения.

Упражнение «5-4-3-2-1»

Цель: снижение эмоционального напряжения, формирование навыков осознанности, регуляции эмоционального состояния.

Время: 5-10 минут.

Ход упражнения: ведущий просит участников ответить на вопрос: когда Вы замечаете, что Ваше состояние ощутимо ухудшается, напряжение в теле нарастает, а мысли не дают адекватно реагировать на события вокруг, что вы делаете (ответы участников).

Далее предлагает выполнить технику на переключение внимания, которая дает быстрый эффект, чтобы снизить уровень напряжения и дает инструкцию: «Сейчас мы будем использовать счёт на 5-4-3-2-1 по следующему алгоритму:

1. Найдите 5 любых предметов, которые попадаются на глаза, и мысленно назовите их (либо вслух, если обстоятельства позволяют). Вне зависимости от места нахождения. Например, если Вы находитесь в комнате, это могут быть: окно, дверь, часы, салфетка, ручка. Не торопите себя, ищите предметы и называйте их.

2. Услышьте 4 звука и мысленно назовите их. Например, голос соседей, тиканье часов, звук двигателя машины за окном, полная тишина (это тоже звук).

3. Почувствуйте 3 ощущения и мысленно назовите их. Прикоснитесь к 3 любым объектам или отследите свои ощущения. Например, ваши часы немного сдавливают запястье, и Вы чувствуете это давление; вы трогаете свитер и он мягкий; вы касаетесь батареи, она теплая и твердая.

4. Заметьте 2 запаха и мысленно назовите их. Найдите в своём пространстве вещи, которые могут пахнуть, соприкоснитесь с ними для ощущения запаха. Например, если вы пользуетесь парфюмом и наносите его на запястье, понюхайте запястье и опишите аромат; если Вы находитесь в кабинете, в котором много бумаги, почувствуйте запах бумажных листов и назовите его.

5. Ощутите 1 вкус и мысленно назовите его. С данными пунктом можно экспериментировать, например: вы можете сфокусироваться на непосредственном вкусе во рту и назвать его (сладко, горько, кисло, солено); вы можете что-то съесть или пожевать жвачку и описать вкус этой пищи; вы можете представить мысленно какую-то еду и попробовать описать её вкус (представить клубничную конфету и ощутить её сладость и аромат).

Вы можете играть с алгоритмом по собственному желанию, например, менять последовательность с анализатором: вместо 5 цветов найти 5 ощущений, вместо 1 вкуса услышать 1 звук. Данная техника эффективна, когда необходимо снизить накал переживаний.

Рефлексия упражнения.

Упражнение-визуализация «Место Силы»

Цель: создание внутреннего безопасного пространства и снижение уровня тревожности, развитие рефлексивных навыков, мотивация к саморазмышлению.

Время: 15 минут.

Ход упражнения. Ведущий говорит, что у каждого человека в жизни есть излюбленное место, где он ощущает себя хорошо, испытывает много положительных чувств и эмоций, может расслабиться и напитаться энергией, жизненной силой. Эта сила дает огромные возможности творить, создавать, идти вперед и взаимодействовать с другими людьми. Далее предлагает технику. которая помогает восстанавливаться с помощью визуализации этого места, если человек не можете прямо сейчас там оказаться.

Алгоритм техники.

1. Настройтесь, закройте глаза, примите удобное положение на стуле.

2. Представьте, что есть на земле некое место Силы. Точка, в которой эта Сила рождается, пополняется, обитает. Её там очень и очень много.

3. Представили? Отлично! Дайте волю воображению - пусть оно наполнит это допустимое место собственными красками и сюжетом. Приглядитесь: как выглядит это место, как рождается его Сила?

4. Какие запахи, звуки вы ощущаете?

5. Вы можете найти место, где наполнитесь силой, уверенностью, здоровьем, бодростью. Это могут быть струи воды, свет, исходящий из источника, волны.

6. Оставайтесь в этой точке столько, сколько это необходимо, до полного наполнения.

7. Попробуйте почувствовать внутри себя эти живительные, мощные токи. Ощутите бегущие искорки внутри Вас.

8. Пусть по осуществлению полного наполнения рядом «сработает» специальный сигнальный таймер: выполнено, достаточно.

9. Почувствуйте в себе мощь полученного заряда. Ощутите, какие горы вы способны сейчас «свернуть».

10. Зафиксируйте свои ощущения, закрепите в себе надолго и будучи наполнены энергетикой бодрости, поблагодарим это волшебное место и вернёмся в нашу комнату, где мы сейчас находимся с новыми ресурсами, новой силой.

11. Можете отрыть глаза, потянуться, похлопать себя по плечам, ощутить стул, на котором сидите (возвращение в реальность).

12. Сравните свое физическое и эмоциональное состояние до и после него. Какие чувства сейчас вы испытываете? Может быть, какие- то отдельные образы особенно ярко представились и запомнились. Какие чувства это у вас вызвало?

Далее ведущий предлагает поделиться впечатлениями о проделанной технике.

Заключительная часть.

Упражнение «Рефлексия»

Цель упражнения: получение обратной связи от участников.

Время: 15-20 минут.

Ход упражнения: ведущий предлагает участникам по кругу высказать свое впечатление о занятии, ответив на следующие вопросы:

1. Чем для вас была полезна сегодняшняя встреча?
2. Оправдались ли ваши ожидания от первого дня?
3. Есть ли пожелания ведущим на следующий день встречи?

Упражнение «Сердце группы»

Цель: завершение работы группы, создание ситуации, в которой каждый участник имеет возможность ощутить себя уважаемым и достойным любви

Время: 10 минут.

Оборудование: нарисованное большое сердце на листе А3, стикеры в виде сердечек или вырезанные маленькие листочки в виде сердца, клей-карандаш, контейнер для жеребьёвки.

Ход упражнения. Ведущий дает следующую инструкцию: «Знаете ли вы, что у каждой группы, коллектива есть свое сердце. Я хочу, чтобы вы сейчас сделали друг другу что-нибудь приятное. Напишите свое имя на листе бумаги и сложите в контейнер для жеребьёвки. Далее каждый вытянет листик, напишет дружескую приятную фразу в адрес того, чье имя он вытянул по жребию и приклеит его на наше большое сердце».

5. Занятие «Ресурсы, точки опоры»

Вводная часть. Приветствие участников, ознакомление с регламентом работы группы и кратким содержанием 5 занятия.

Время: 5-7 минут.

Упражнение «Хорошие события»

Цель упражнения: закрепить навык осознанности, умения концентрироваться на хороших событиях дня.

Время: 5-7 минут.

Ход упражнения: каждый по кругу рассказывает, как минимум об одном хорошем событии, произошедшем с ним за это утро.

Упражнение «Сядьте так, как…».

Цель упражнения: создание положительного настроя, обучение контролю позы и мимики, умению невербального общения.

Время: 5-7 минут.

*Ход упражнения***:** участникам предлагается сесть таким образом, чтобы изобразить своим видом различные ситуации, например, следующие:

- школьник, получивший двойку за контрольную;
- бизнесмен, подписавший контракт, который принесет ему $10 ООО прибыли;
- фигурист, упавший в финальном выступлении и из-за этого оставшийся без медали;
-ребенок, которого заставляют кушать нелюбимую манную кашу;
- котенок, только что нагадивший хозяйке на кровать;
- спортсмен, возвращающийся домой с олимпийской медалью;
- певец, исполнивший свою новую песню так, что не заслужил аплодисментов;
- ребенок, впервые увидевший стрекозу.

Ведущий называет ситуацию, сидящие в кругу участники коллективно ее изображают, а потом обсуждается, чья «картинка» оказалась самой интересной и чем именно.

Обсуждение:

- что выражает ваша поза, какую эмоцию и какое впечатление она производит со стороны?

Основная часть

Информационное сообщение «Ресурсы личности»

*Время:*7-10 минут.

Ресурсы личности – это все те жизненные опоры, которые находятся в распоряжении человека, и позволяют ему обеспечивать свои основные потребности: выживание, физический комфорт, безопасность, вовлеченность в социум, уважение со стороны социума, самореализацию. О них мы говорили ранее, но сейчас разберем более подробно.

Ресурсы делятся на социальные и личные, иначе говоря – внешние и внутренние. Внешние ресурсы – это материальные ценности, социальные статусы (роли) и социальные связи, которые обеспечивают поддержку социума, помогают человеку снаружи. Внутренние ресурсы – это психический личностный потенциал, характер и навыки человека, которые помогают изнутри. Однако, деление на внешние и внутренние ресурсы достаточно условно. Те и другие ресурсы тесно связаны и при утрате внешних ресурсов постепенно происходит утрата ресурсов внутренних. Надежные внешние ресурсы обеспечивают сохранность внутренних ресурсов, но только в том случае, если эти внутренние ресурсы уже есть.

Чем больше уже приобретенных внутренних ресурсы, тем выше способность человека восстанавливать при утрате ресурсы внешние, тем больше его сопротивляемость среде, сильнее его субъектность, воля, эго-интеграция, локус контроля (склонность человека искать причины своего поведения и приписывать ответственность за его результаты либо внешним обстоятельствам, либо своим усилиям и способностям), самосознание и самоэффективность, стрессоустойчивость при сохранении целостности личности. Важно понять, что самые сильные внутренние ресурсы не заменяют внешние, однако они позволяют какое-то время существовать без внешних ресурсов, восстанавливать их с нуля, наращивать в любой ситуации и обеспечивать сверх-адаптацию, сопротивляясь среде в одиночку. Именно так выглядит герой фантастических боевиков: он проходит через любые самые страшные испытания и выходит победителем. Эта метафора очень точна. Мощные внутренние ресурсы действительно подобны мотору вместо сердца, несгибаемой воле, харизме и большому запасу энергии. Однако, надо понимать, что любые внутренние ресурсы – это как запас кислорода в легких – обеспечивают автономно лишь на какое-то время, пока человек не нашел новые источники питания – внешние ресурсы. В идеале, человек должен постоянно

заботиться о поддержании и наращивание тех и других ресурсов, и чем сильнее его внутренние ресурсы, тем проще наращивать внешние. И чем больше он сам нарастил ресурсов внешних, тем сильнее он стал внутри.

Основным компонентом повышения психологической устойчивости является принятие того факта, что если человек не способен изменить обстоятельства, то он в силах изменить свое отношение к ним. В качестве примера можно привести ситуацию с лающей собакой: идя по улице и видя неподалеку лающую на кого-то собаку, вы вряд ли будете раздражаться по этому поводу, а просто спокойно продолжите свой путь, погруженные в свои мысли, верно? Так и с трудными жизненными ситуациями: их нужно воспринимать не как что-то, что происходит во вред лично вам, а как что-то просто имеющее место быть. Как только человек позволяет событиями идти своим чередом, не заостряя на них своего внимания и не реагируя эмоционально, они так и проходят – своим чередом; проходят мимо вас. Если же человек начинает ко всему «цепляться», то и ситуация начинает «цепляться» за него. Если вы станете замахиваться, кричать и всячески оскорблять лающую собаку, то вероятность того, что вы станете объектом ее пристального внимания, существенно увеличивается. Конечно, это лишь один из способов. И он не является универсальным. На повышение психологической устойчивости оказывают непосредственное влияние условия, в которых живет человек. Например, если человек от природы обладает реактивным типом нервной системы, т.е. ему по душе интенсивный образ жизни, частая смена обстановки, повышенная активность и т.п., то, скорее всего, ему не будет комфортно жить в маленьком городишке или сидеть на одном месте в офисе без возможности выплеснуть свою энергию. Чтобы психика человека была более устойчивой, нужно чтобы образ его жизни соответствовал его природным предрасположенностям. Систематическая разгрузка нервной системы является еще одним способом повысить свою психологическую устойчивость. Постоянное психологическое давление и занятие чем-то не совсем любимым (что является особенностью деятельности многих людей) оказывают крайне отрицательное влияние на психику человека. От этого он становится раздражительным, нервным, постоянно уставшим. Изменить ситуацию может полноценный отдых, занятия любимыми делами, поездки за город, возможно, чтение книг, в общем, занятию всем тем, что на самом деле хочется делать, что приносит удовольствие. На уровень психологической устойчивости оказывает влияние воспитание человеком в себе философского отношения к жизни. Понимание своего предназначения в жизни, осознание ценности и смысла жизни. Психическое здоровье человека тесно взаимосвязано с такими качествами его личности как юмор, позитивное мышление, умение посмеяться над собой и ситуацией, самокритичность.

Еще одним эффективным методом формирования психологической устойчивости является выстраивание позитивного образа самого себя. Здесь имеется в виду, что человек должен культивировать в себе положительное отношение к своей личности, принимать себя таким, какой он есть, быть для

самого себя положительным и позитивным персонажем. Но нужно быть осторожным и не перейти грань, которая приводит к саможалению и восприятию мира с позиции жертвы, иначе психологическая неустойчивость только усугубится.

При формировании психологической устойчивости человек должен обращать свое внимание на следующие составляющие своей жизни:

- социальная среда и ближайшее окружение;
- самооценка и отношение к самому себе;
- самореализация и самовыражение;
- независимость и самодостаточность;
- понимание причин несоответствия между собой настоящим и желаемым, действия по их устранению;
- вера и духовность;
- наличие позитивных эмоций;
- наличие смысла жизни и целеустремленность и т.д.

Наличие и развитие их в жизни любым человеком будет оказывать огромное влияние на его мировосприятие, поведение, развитие, деятельность, психическое состояние и настроение. Отсутствие же их, наоборот, оказывает прямо противоположное воздействие и способствует психологической неустойчивости. Именно психологическая устойчивость способна придать любому человеку состояние удовлетворенность жизнью и ощущение гармонии, нормализовать психику и повысить работоспособность, подарить новые стимулы, спокойствие и способность стать цельной и сильной личностью.

Упражнение «Сильные и слабые стороны»

Цель упражнения: развитие навыков самоанализа, рефлексии

Время: 30 минут.

Оборудование: рабочая тетрадь (п.15), ручки по количеству участников.

Ход упражнения: ведущий дает инструкцию: «Сейчас мы с вами поисследуем наши ресурсы, а именно сильные и слабые стороны. Возьмите лист бумаги и разделите его на четыре квадрата. В углу каждого из них поставьте цифры 1, 2, 3, 4 – примерно, как на рисунке ниже.



Это упражнение выполняется в несколько этапов.

Первый этап.

В квадрате №1 напишите пять своих положительных черт. Например, «дружелюбная», или «я умею вкусно готовить» (не менее пяти пунктов).

Если затрудняетесь в поиске своих положительных черт, то можете использовать следующие вопросы:

1. Что мне нравится в себе?
2. Что я умею делать хорошо?
3. За что мне окружающие чаще всего делают комплименты?
4. С какими сложными делами никто не мог справиться – а я справилась? Какие качества мне для этого понадобились?
5. Какие мои привычки можно назвать положительными?

Второй этап.

Перейдите к квадрату №3. Заполните его, указав такие личные качества, которые вам в себе не нравятся. Будьте искренними, выполняя это задание (не менее 5 пунктов).

Если затрудняетесь в поиске своих отрицательных черт, то можете использовать следующие вопросы:

1. Что мне не нравится в себе?
2. Что я делаю не так хорошо, как бы мне хотелось?
3. За что меня чаще всего критикуют?
4. Какие мои неудачи мне больше всего запомнились? Каких качеств мне не хватило для успеха?
5. Какие мои привычки можно назвать отрицательными?

Третий этап.

Посмотрите еще раз на характеристики в квадрате №3 и переформулируйте их таким образом, чтобы вместо негативных они выглядели позитивными. Переделанные с отрицательных на положительные свойства запишите в квадрате №2.

Скажем, у вас написано, что вы «жадная». Подумайте, что в этом хорошего? Возможно, то, что вы бережно относитесь к деньгам, не

переплачиваете и не тратите попусту, цените вещи. Чтобы вам легче выполнить задание, представьте, что список с вашими недостатками видит человек, который вас любит и не согласен с тем, что у вас есть негативные особенности. Вспомните – когда мы влюблены, недостатки возлюбленных кажутся нам достоинствами. Посмотрите на себя глазами влюбленного в вас человека или мамы, которая вас обожает.

Четвертый этап.

Возвратитесь к квадрату №1 с пятью положительными качествами и переделайте их на отрицательные, записав в квадрате №4. Снова может помочь воображаемый человек, который вас настолько не принимает, что в штыки воспринимает любые ваши слова и действия, и все его в вас категорически не устраивает. К примеру, вы считаете себя «доброй». Что же плохого в доброте? Иногда под ее видом удобно совершать манипуляции и вынуждать людей делать то, что нужно «добренькому»: «Я тебе помог – теперь верни-ка мне должок».

После того как все квадраты заполнены, ведущий предлагает участникам закрыть ладонью квадраты 3 и 4, и посмотрите на квадраты 1 и 2. Приятно? Еще бы – столько положительных характеристик! Теперь, наоборот, прикройте квадраты 1 и 2, и взгляните на квадраты 3 и 4. Неприятно? Не хочется общаться с такой личностью.

Затем уберите ладонь и посмотрите на лист бумаги с квадратами в целом. Все эти качества – ваши. Одни и те же характеристики описаны с разных сторон – глазами друга и неприятеля. Нарисуйте круг на пересечении квадратов и напишите в центре «Я». Недостатки – продолжение наших достоинств, равно как и достоинства найдутся в недостатках. В одних ситуациях определенное качество окажется уместным и полезным, а в других – нет.

Вы сами выбираете, как относиться к себе. Если видите только квадраты 3 и 4 – негатив, то будете себя презирать, ругать, ненавидеть.

Если вы стараетесь увидеть квадраты 1 и 2 – позитив, вы будете уважать, ценить и принимать себя. От того, как вы к себе относитесь, зависит, как вас воспринимают окружающие, и какими вы видите их.

Рефлексия упражнения.

Упражнение «Знакомство с телесным Я»

Цель: развитие навыка телесной осознанности.

Время: 20-25 минут.

Ход упражнения. Ведущий акцентирует внимание на том, что на протяжении 4 встреч участники чаще работали с мыслями о себе, переживаниями, эмоциями.

Но мысли и ожидания от себя часто выстроены на шатком фундаменте неверного или неполного представления о себе, почерпнутого из детского опыта.

Но есть также и телесный слои переживаний, которые являются куда более достоверным источником информации о том, что же с нами происходит –

в каком мы состоянии, в чем нуждаемся, чего хотим, как воспринимаем окружающий мир и себя в нем. Ведь личность — это единство трех составляющих: разума, чувств и тела. Например, когда вы сердитесь – в этот момент какими будут мысли? О счастье? Вряд ли. А в каком состоянии будет ваше тело? Расслабленное или сжатое, напряженное? А как мы понимаем, что переживаем в данный момент?

Когда мы находимся в состоянии тревоги, паники, страха, гнева, наши лобные доли отказываются работать. Мы чувствуем, будто это просто невозможно сфокусироваться или ясно размышлять, о чем бы то ни было, и иногда наши мысли проносятся так быстро и превращаются в такую кашу, что за ними просто нереально уследить. Нам начинает казаться, что все происходящее вокруг будто в тумане, или, когда кто-то несколько минут разговаривал с нами, мы вдруг понимаем, что понятия не имеем, о чем он только что говорил. Так чувствует себя школьник, который очень волнуется перед контрольной – мысли разбегаются, путаются и результат – ошибки.

Иногда мы ощущаем себя парализованными или как будто замороженными, ощущаем себя не состоянии сделать даже малейшее движение или вымолвить хоть слово. Такое может случаться с нами в том и числе и когда мы испытываем слишком интенсивные эмоции – например, чувство покинутости, обиды, безнадежности, страха или безысходности.

Тело тоже является точкой опоры, внутренним ресурсом. Здоровое тело легче переносит болезни. Позитивное отношение к телу способствует не только формированию здоровой самооценки, но и благополучному психоэмоциональному развитию.

Далее ведущий предлагает участникам стать в круг и дает следующую инструкцию: «Сосредоточьтесь на своем теле. Посмотрите на те части тела, которые можно рассмотреть. Дотроньтесь до той части тела, которая сейчас привлекает внимание. Какие чувства это рождает? Почувствуйте позу тела, в которой Вы находитесь. Ощутите, насколько она удобная, и, при желании, чуть-чуть ее поменяйте для того, чтобы сделать максимально комфортной. Как ваше тело расположено в пространстве? Какое тело – теплое или холодное? Напряженное или расслабленное? Легкое или тяжелое? Какие есть ощущения на поверхности вашего тела от одежды? От потоков воздуха?

Почувствуйте кисти своих рук: ладони, пальцы, тыльные стороны кистей. Какие ощущения там присутствуют? Расслабление, напряжение, тепло, прохлада, покалывание, пульсация, тяжесть, легкость? Замечайте любые, самые незначительные ощущения.

Последовательно переводите свое внимание от одного участка тела к другому. Уделяйте каждому участку тела достаточно времени, чтобы прочувствовать самые незначительные, еле уловимые телесные ощущения.

Медленно переводите внимание в область рук от кистей до локтей, затем от локтей до плеч. Ощутите мышцы лица, волосистую часть головы. Почувствуйте затылок, заднюю поверхность шеи, горло. Переместите внимание в плечи, грудную клетку.

Ощутите, что грудная клетка движется в процессе дыхания. Сосредоточьтесь на том, как происходит вдох и как происходит выдох. Ощутите, как в процессе дыхания движутся грудная клетка и живот. На вдохе они расширяются, на выдохе уменьшаются в объемах. Фиксируйте свое внимание на простых ощущениях, которые всегда присутствуют в теле, но которые мы чаще всего не замечаем. Ребра поднимаются на вдохе и опускаются на выдохе. Обратите внимание, что это движение происходит не только спереди, но и сзади, в области спины. Можно также почувствовать объем грудной клетки, ощутить заднюю ее поверхность. Можно фиксировать внимание на поверхности грудной клетки: чувствовать свою кожу, ребра. И также можно погрузить фокус внимания глубоко внутрь, ощутить пространство внутри. До какого места доходит ваше дыхание?

В каждой области тела бесчисленное количество разнообразных ощущений. Прислушивайтесь к ним, загляните в каждый уголок собственного тела. Ощутите спину, живот, тазовую область, ягодицы, бедра, колени, голени, стопы. Медленно переносите внимание от одной области тела к другой. Какие еще процессы замечает ваш внутренний наблюдатель?

Положите руку на область сердца, углубите контакт с собой, скажите внутри себя: «Это Я». Начните передвигаться по комнате.

Продолжая идти, напрягите до предела правую руку, левую руку, всю верхнюю половину тела. Левую ногу, правую ногу, обе ноги, всю нижнюю половину тела, поясницу. Представьте, что вы – маленький ребенок, а теперь – робот, старик. Представьте, что масса вашего тела увеличилась в два раза, как будто оно налито свинцом. Подвигайтесь из этого состояния? Где вы ощущаете центр тяжести? А сейчас ваше тело практически невесомо. Подвигайтесь как будто вы перышко или пушинка. Представьте, что надо торопиться, но делать этого не хочется. Представьте, что все внутри вас бежит, а вы себя сдерживаете.

Идите в свободном темпе в контакте с собой.

Рефлексия упражнения.

Упражнение «Заземление. Техника центрирования»

Цель: обучение техникам для снижения уровня тревожности и стресса, развитие телесной осознанности.

Время: 20 минут

Ход упражнения: ведущий информирует участников, что у человека есть симпатическая нервная система, которая отвечает за нашу реакцию во время стресса, и парасимпатическая нервная система – она отвечает за стабилизацию нашего состояния после стресса. Техники заземления – это попытка переключения из режима возбуждения в режим торможения.

Что такое заземление? Это тесная физическая связь человека с реальным миром**.** Всем знакомы выражения: «крепко стоять на ногах», «имеет твёрдую землю под ногами» и т.д. Противоположное – «ноги трясутся», «колени подгибаются», «земля уходит из-под ног» и другие. Ощущение реальности

позволяет снизить уровень тревоги, стресса, усталости, повышает уверенность в себе, в своих силах, даёт ощущение устойчивости, «сцепленности» с землёй.

Александр Лоуэн, американский телесный психотерапевт, говорил: «Центрирование – это движение к гармоничному дыханию и эмоциональному равновесию». Центрирование возвращает внимание к телу, к реальности, замедляет. Ощущение анатомического центра повышает телесную устойчивость, это даёт некоторую психологическую поддержку, ощущение что «я могу справиться».

Физический уровень центрирования связан с устойчивостью физического тела. С физиологической точки зрения центрирование связано с выдерживанием равновесия и центра тела. Оно соотносится с серединной частью тела, с областью перед позвоночником на уровне 4−5 поясничных позвонков. Эта область является физическим центром гравитации взрослого тела. Центрирование присутствует изначально у всех, иначе мы бы не могли даже стоять. Когда человек имеет физическое равновесие и устойчивость, то у него появляется «сильная позиция». В этой позиции человек не расходует дополнительно силы для того, чтобы удерживать удерживать свою позу. Из этой позиции он может легко начать двигаться в любом направлении. Также в этой позиции можно долго находиться и выдерживать внешнее давление. В этом случае есть ощущение позвоночника как надежной оси и энергетически наполненное пространство таза.

Психологический уровень центрирования связан с целым набором характеристик: ощущение себя, управление стрессом, равновесие и т. д.

Когда ты центрирован, то легче общаться с людьми, проще быть собой и легче говорить то, что считаешь правильным. Центрирование привносит ощущение своей ценности, спокойного достоинства, глубинное понимание и контакт с окружающим миром без потери контакта с собой. Быть в центре – значит быть здесь и сейчас. Не пережевывая постоянно прошлое и не улетая в будущее. Это состояние спокойствия, на которой можно наблюдать свои эмоции, бушующие на поверхности, а также спокойнее, увереннее, внутреннее знание что и как лучше сделать. Эмоционально центрированный человек имеет больше радости в общении, больше позитива в восприятии мира.

Далее ведущий предлагает научиться выполнять технику центрирования, дает инструкцию: «Встаньте ровно. Разблокируйте колени, они не должны быть напряжены. Для этого слегка согните ноги в коленях. Начните дышать спокойно, без пауз между вдохом и выдохом. Оставляйте дыхание открытым на протяжении всего упражнения. Далее упражнение выполняется по следующему алгоритму:

1. Стопы.

Обратите внимание не свои стопы. Можно буквально посмотреть на них. Можно перенести вес на носок, на пятку, на внутренний и наружный край стопы и найти баланс в центре стоп. Можно немного потопать ногами.

2. Макушка. При вдохе слегка потянитесь макушкой вверх. Можно представить, что к макушке словно привязана ниточка и за эту ниточку ваша

голова, а следом и весь позвоночник, слегка вытягивается, вертикализируется, выравнивается. Почувствуйте эту вертикальную ось. Вы можете сделать круговые движения телом вокруг этой оси.

3. Язык. На выдохе «расслабьте» язык. Вспомните, когда вы зеваете (особенно с закрытым ртом) корень языка уходит назад и сам язык может как бы повиснуть во рту, как космонавт в невесомости. Можно заметить, как с расслаблением языка расслабляются челюсти. Можно включить в это расслабление щеки, брови, лоб, мышцы вокруг глаз.

4. Сосредоточьте внимание на центре внизу живота. Медленно покачиваясь на ступнях вперёд - назад и из стороны в сторону почувствуйте ваш субъективный центр тела. Не спешите, на это может уйти некоторое время. Почувствуйте его. Побудьте в контакте с собой, со своим центром, ощущая свое дыхание.

5. Теперь почувствуйте пространство справа от Вас… слева от Вас… сзади… спереди… над Вами и под Вами… почувствуйте пространство вокруг Вас».

По окончанию упражнения участники садятся на свои места, сохраняя центрированное положение тела и концентрируясь на своем эмоциональном состоянии.

Рефлексия упражнения.

Упражнение «Благодарность себе»

Цель упражнения: дать возможность поднять самооценку каждому участнику, увидеть, осознать и сохранить позитивный опыт своей жизни.

Время: 20 минут.

Оборудование: рабочая тетрадь (п.15), ручки, фломастеры по количеству участников.

Ход упражнения: ведущий обращает внимание участников на научном факте, что благодарность мощно влияет на психологическое благополучие человека.

Благодарность – это чувство признательности за помощь, поддержку и все хорошее, что у вас есть, а также различные способы выражения этого чувства. Это позитивное чувство возникает, когда человек осознает и ценит что-то хорошее, полученное от других или от жизни в целом. Можно сказать, что благодарность – это эмоциональная реакция на доброту, помощь, поддержку, удачу.

В современном мире мы часто фокусируемся на внешней благодарности – другим людям, обстоятельствам, высшим силам. При этом забываем о важности благодарности самому себе, словно путешественник, восхищающийся красотами дальних стран, но не замечающий сокровищ в собственном доме. Благодарности себе создает основу для личностного роста, улучшая восприятие мира, мотивируя на новые достижения и укрепляя внутренний баланс. Эксперты давно рассматривают благодарность как психологический ресурс. За что мы можем благодарить себя:

1. *Благодарность за достижения* (вы должны признать и отметить свои достижения, неважно насколько они маленькие или большие. Каждое достижение дает основание для гордости и благодарности к себе).

2. *Благодарность за стойкость и выносливость* (мы иногда забываем о нашей силе и способности преодолевать трудности. Мы должны быть благодарны себе за то, что мы продолжаем идти вперед, несмотря ни на что).

3. *Благодарность за самоуважение* (у всех нас есть свои сильные стороны и качества. Поблагодарите себя за то, что вы такие есть).

4. *Благодарность за саморазвитие* (у нас всегда есть что-то, чему мы можем научиться и развить в себе).

5. *Благодарность за заботу о себе* (благодарность к себе за заботу о себе поможет нам ощутить себя ухоженными и ценными).

6. *Благодарность за удовлетворенность собой* (мы должны быть благодарными себе за то, что мы довольны и счастливы сами с собой, независимо от того, что мы достигли).

7. *Благодарность за наши успехи* (мы должны ценить свои достижения и быть благодарными себе за возможность их достичь).

8. *Благодарность за наши отношения* (мы должны быть благодарными себе за то, что мы умеем поддерживать и развивать хорошие отношения с другими людьми).

9. *Благодарность за наше время* (мы не должны забывать о том, что наше время ограничено и что мы должны быть благодарными себе за каждую минуту жизни).

10. *Благодарность за самосострадание* (мы должны быть благодарными себе за способность проявлять сострадание и доброту к себе. Это помогает нам быть более счастливыми и осознанными людьми).

Поэтому давайте выразим благодарность себе за все, что мы делаем и за то, что мы есть у себя.

Далее ведущий предлагает поработать с п.15 в рабочих тетрадях, где участники прописывают, за что они могут быть благодарными себе.

Заключительная часть.

Упражнение «Шеринг»

Цель упражнения: осознание своих чувств и внутренних процессов, анализ и закрепление опыта, постановка цели на будущее.

Время: 30 минут.

Ход упражнения: ведущий предлагает группе направление для заключительного обсуждения.

Вопросы:

1. Представьте, что вы сидите в дружеской компании. Что бы вы рассказали вашим друзьям об опыте, который получили на наших встречах.

2. Что вы узнали о себе? Что вы узнали о том, как вас видят другие?
3. Какие моменты в ходе встреч имели для вас наибольшее значение? Насколько вы удовлетворены полученными результатами? Что помогало и что мешало достичь наилучшего результата?
4. Как вы будете применять полученные знания в вашей жизни, в отношениях с близкими?

В заключении ведущий благодарит участников за ответы, говорит, что на встречах они пережили определенный опыт. И прежде всего – это опыт конструктивного общения. Перед каждым стояли вопросы, на которые не всегда можно было ответить немедленно. Но главное, что эти вопросы появились, и каждый найдет на них только свой ответ. Каждый из присутствующих в дальнейшем тоже сможет обсудить волнующие темы с близким людьми, когда те вернутся из зоны СВО и тот опыт, который они получили будет им внутренним ресурсом.

Упражнение «Чемодан в дорогу»

Цель упражнения: обобщение полученного опыта, знаний, создание благоприятного образа будущего, повышение самооценки.

Время: 5-7 минут.

Оборудование: стикеры. листочки для пожеланий, лист А3 с нарисованным чемоданом, клей-карандаш.

Ход упражнения: ведущий: «Наши занятия подошли к концу, но впереди у каждого из нас долгий, возможно непростой, но интересный путь – встреча родного, любимого человека дома. Давайте соберем в дорогу чемодан, в который положим самые важные и полезные вещи, необходимые нам для успешного прохождения этого пути. Участники пишут пожелания себе и всей группе на полоске бумаги, озвучивают его и клеят на заготовку чемодана.

Примерный перечень пожеланий:

- Позитивного начало каждого дня
- Успешно взаимодействовать с близкими
- Получать удовольствие от домашних забот
- Находить время для отдыха и здоровья
- Поощрять себя за выполнение большой и важной работы
- С воодушевлением планировать свой день
- Домой – с хорошим настроением! На работу – с отличным настроем
- Сохранять душевный комфорт. Развиваться и развивать
- Радовать окружающих своим нахождением рядом!
- Узнавать что-то новое и очень интересное
- Нет предела совершенству. Личностного роста
- Любить и быть любимой
- Получать удовлетворение от жизни
- Поделиться успешным житейским опытом с другими
- Не забывать хвалить себя за успешность

- Ваши усилия приведут к отличным результатам
- Стараться мыслить позитивно
- Ставить цели и добивать их с успехом
- Быть победителем в жизни
- Ярких впечатлений в жизни
- Пополнить личную копилку побед
- Получать поддержку семьи
- Баловать себя приятными мелочами после сложного дня
- Радоваться каждому дню

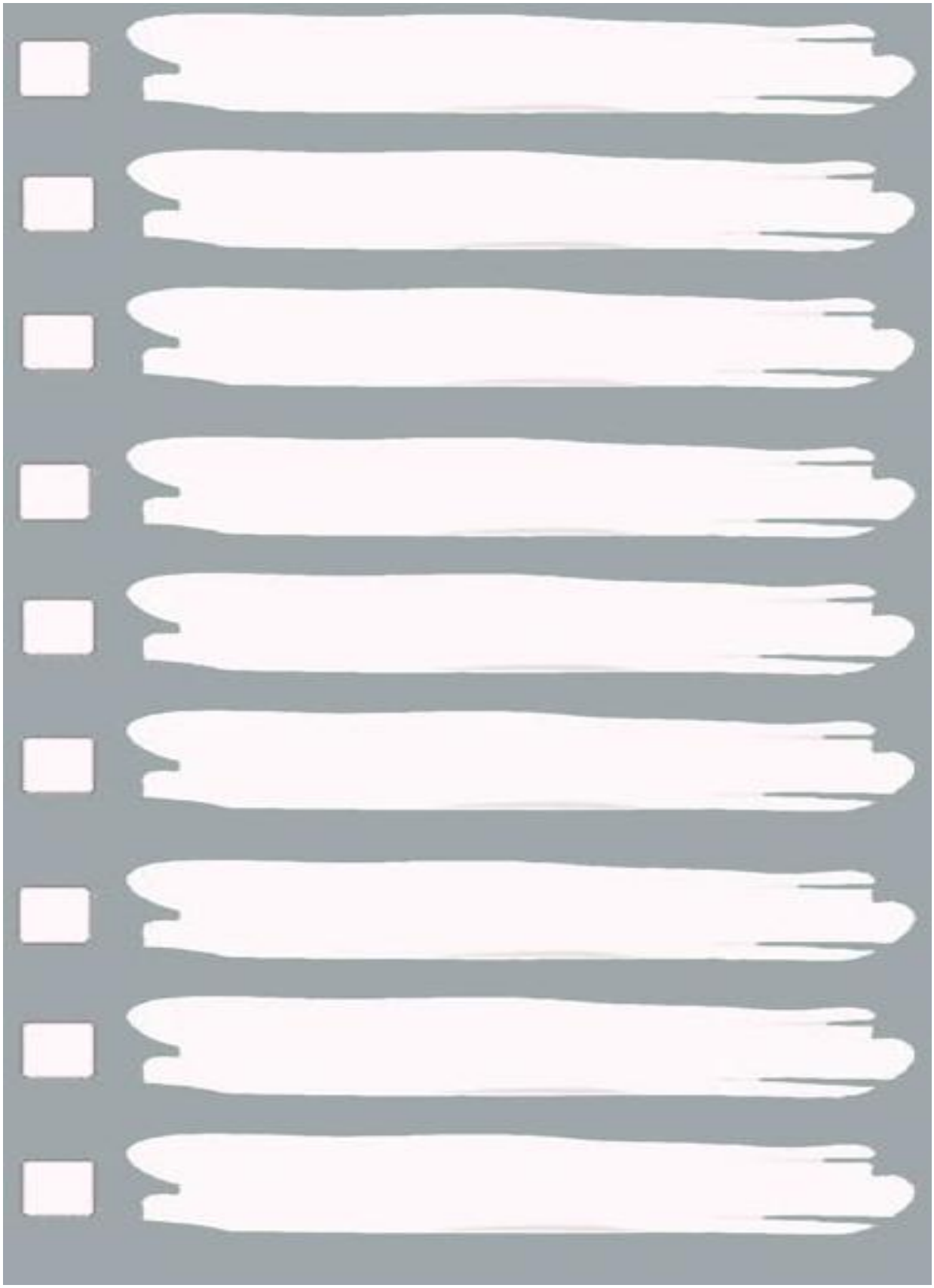
Приложение В.2

ГБОУ «Донецкий республиканский учебно-методический центр психологической службы системы образования»

Рабочая тетрадь



1. **Мои ожидания**



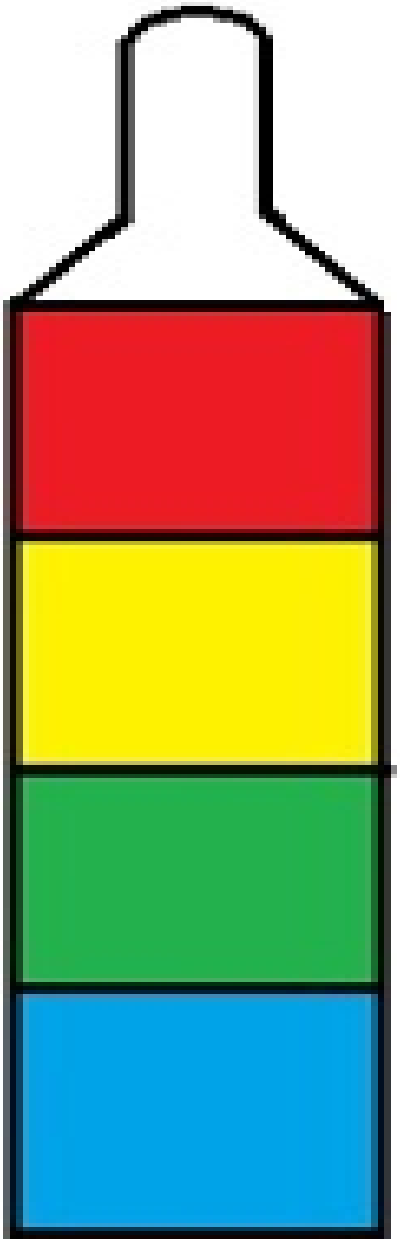
2. Видимые изменения у моего близкого человека:

3. Вектора влияния войны:

- Положительный вектор_____
  _____
- Нейтральный вектор_____
  _____
- Отрицательный вектор_____
  _____



4. **Градусник принятия:**



уровень означает степень принятия:

- **от 1 до 3 -** не принимаю (частые конфликты, эмоциональный холод);
- **от 3 до 5** - принимаю частично (есть конфликты и разногласия);
- **от 5 до 8** - принимаю, но возникает внутреннее раздражение;
- **от 8-10** - принимаю, потому что понимаю (не включаюсь в конфликт эмоционально, могу объяснить себе причинно-следственную связь его поведения).

5. Признаки ПТСР у воина:

Что вы увидели в ролике? _____

_____

_____

_____

_____

_____

Что поразило в увиденном? _____

_____

_____

_____

_____

_____

Что отозвалось (с чем Вы уже сталкивались в своей семье)?

_____

_____

_____

_____

_____

_____



6. Три группы симптомов:

- ✓ симптомы повторного переживания *(симптом «вторжения»);*
- ✓ симптом избегания;
- ✓ симптом физической гиперактивности.



7. Причины возвращения в зону боевых действий:

✓ адреналиновая зависимость;

✓ узкая зона ответственности (четкая постановка боевой задачи);

✓ выход на первое место боевого братства, чувства «плеча»;

✓ самореализация как личности (ощущение нужности в экстремальных боевых условиях);

✓ уход на второй план ценности семьи как таковой;

✓ давящий стиль поведения у ближайшего окружения (мать, жена).

8. **Помощь близких при процессе вхождения в мирную жизнь:**

- ✓ обеспечение базового уровня безопасности (любимая еда, сон, не мешать при желании уехать, уйти в безопасное место, побыть в одиночестве);
- ✓ принятие его безопасности и контроля пространства;
- ✓ не торопим его «дозревание»;
- ✓ принимаем его эмоциональную замороженность;
- ✓ уважаем и признаем его заслуги, гордимся своим близким («воин - это сила», «ты - мужественный человек» и т.д.);
- ✓ вовлечение в активность через волонтерство, домашние дела, социальные связи (выступления в школах и пр.);
- ✓ поддержание воинских традиций;
- ✓ принятие однополчан дома;
- ✓ поддержание выезда на могилы друзей, помощи семьям погибших;
- ✓ создание благоприятной семейной атмосферы.



9. **Рекомендации для успешной реадаптации военного с ПТСР**

- ✓ Постарайтесь по отношению к мужу с ПТСР относиться к произошедшему, как к факту, используя слова поддержки: «Да, это произошло. Как раньше уже не будет. Но я готова тебе помогать. Мы попробуем справиться с этим и двигаться дальше!».
- ✓ Один из самых действенных методов помощи людям с ПТСР – постараться вернуть их к той жизни, которой они жили до травмы. К примеру, режим дня, работа, домашние заботы. Посттравматическое стрессовое расстройство будет этому всячески мешать, но данную рекомендацию нужно держать в голове.
- ✓ По возможности обеспечьте воину полноценный сон и хорошее питание. Отсутствие нормального сна и полноценного питания приводит к повышенной тревожности, а вслед на ней и агрессии. На этом фоне синдром ПТСР у военных обостряется.
- ✓ Важно определить, в каких условиях у мужчины ПТСР проявляется меньше всего. Заметьте, когда ему спокойнее. К примеру, если ПТСР при военной травме проявляется желанием человека спать обутым и в одежде – пусть он так и спит; если ему важно поставить железные ролеты на окна 20-го этажа для спокойствия – пусть ставит. Сейчас ощущение безопасности важнее, чем любая логика и здравый смысл.
- ✓ Чтобы психологическая помощь при ПТСР дала результат, требуется время. В периоды неконтролируемых вспышек гнева с вытекающим желанием

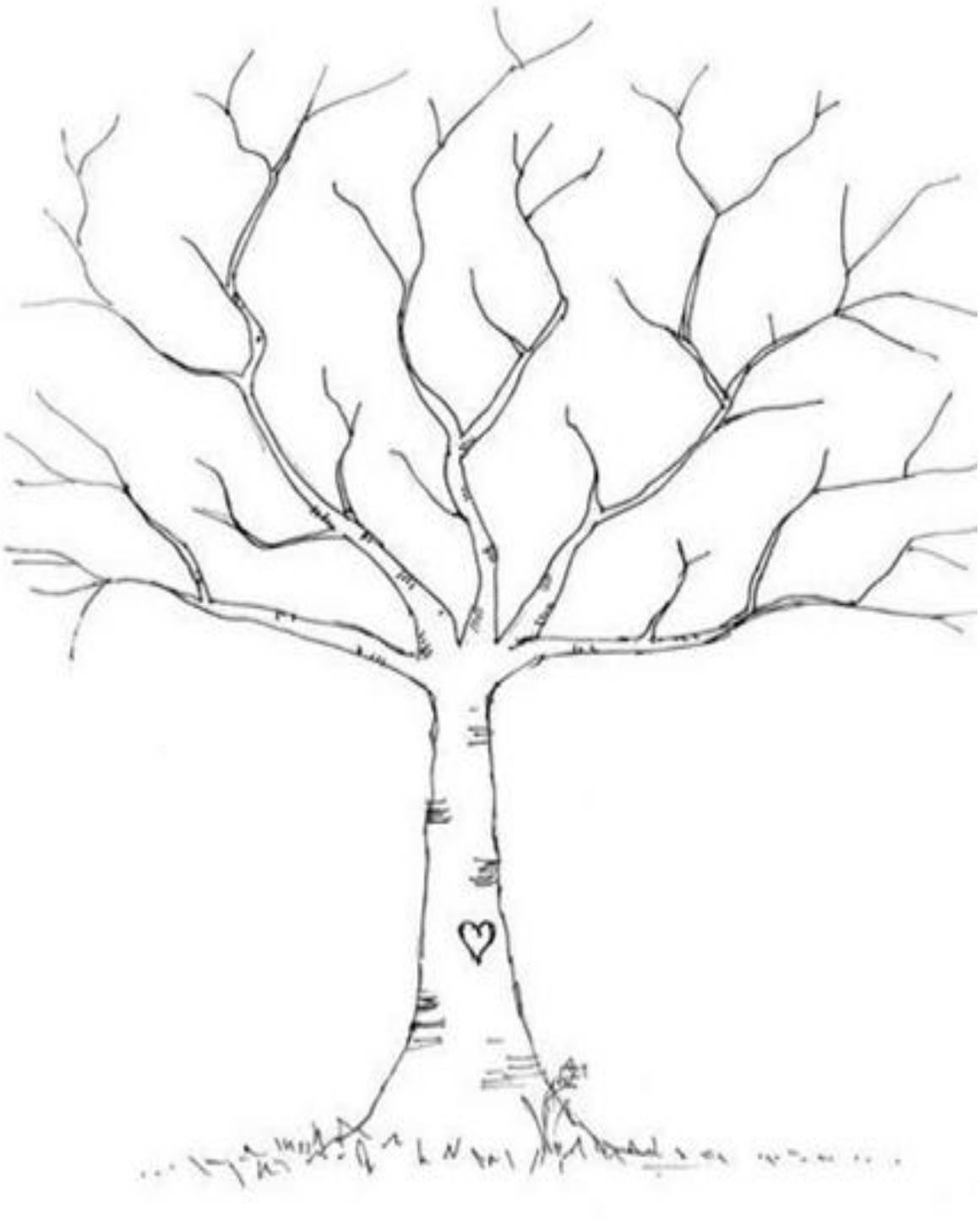
утопить боль в алкоголе, лучше позаботиться о том, чтобы, к примеру, дети были у бабушки.

- ✓ Один из способов помощи при ПТСР – побуждать к действию, давая свободу выбора. К примеру: давно пора заменить смеситель в кухне. Когда поедем выбирать новый?
- ✓ Часто при ПТСР после СВО военные не видят никаких перспектив и тогда крайне важно обсуждать с человеком моменты, связанные с будущим. Важно, чтобы он понимал и принимал, что завтрашний день – есть, а, значит, и будущее существует.
- ✓ Близкий человек изменился, а, значит, и родным тоже придется меняться. Часто даже отношения приходится строить заново. Но еще важнее, живя под одной крышей с бывшим военным – набраться терпения. В одних случаях симптомы могут уйти через пару месяцев, в других – остаться на долгие годы.
- ✓ Никогда не произносите фразу «Я тебя понимаю» в разговоре с военным о его самочувствии, переживаниях и поведении. Это может привести к приступу ярости: «Как ты можешь понимать?! Тебя там не было?!». Лучше сказать иначе: «Я даже не могу представить, что тебе пришлось пережить…». Ни в коем случае нельзя обвинять человека с ПТСР: «С тобой теперь невозможно говорить…», лучше использовать фразу: «Ты изменился, но я готова к переменам».
- ✓ При ПТСР у военных нельзя просить его рассказать о пережитом, аргументируя: «Тебе легче станет!». Не станет, а вот ретравматизация может случиться. Кроме того, тот, кто спрашивает, может получить от услышанного не меньшую травму, чем сам военный.



10. Древо семейных ценностей.

Список ценностей: наличие общих интересов; взаимное уважение; невмешательство в дела друг друга; любовь; преданность; сохранение самостоятельности и автономии членов семьи; материальное благополучие; национальная монолитность; благополучие в глазах окружающих; дисциплина и четкость; выполнение всеми членами семьи своих обязанностей; совместное проведение свободного времени; открытый дом – для друзей, родственников, коллег; много детей; хорошее здоровье; сотрудничество; непререкаемый авторитет родителей; доверие; взаимопомощь.



11.Шкала приоритетов:

- ✓ Базовые_____

_____

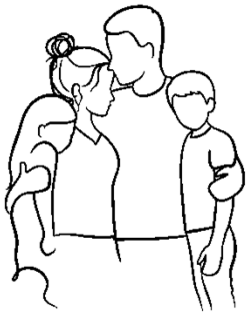
- ✓ Менее значимы_____

_____

- ✓ Не значительны_____

_____

12. Признаки изменений в семье:



13. Анкета «Семейные роли»

Напротив вопросов поставьте имя того из семьи, кого касается данная роль и рядом плюсы:

1 плюс - если этот человек только иногда выполняет данную роль;

2 плюса - если он выполняет её довольно часто;

3 плюса - это его постоянная роль.

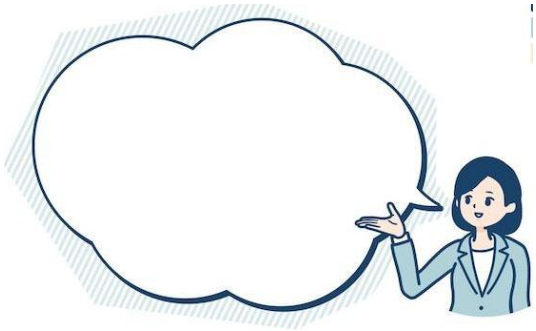
Роли-обязанности

1. Организатор домашнего хозяйства
2. Закупщик продуктов
3. Зарабатывающий деньги
4. Казначей
5. Убирающий квартиру
6. Выносящий мусор
7. Повар
8. Убирающий со стола
9. Тот, кто ухаживает за животными
10. Организатор праздников
11. Мальчик на побегушках
12. Человек, принимающий решения
13. Починяющий сломанное
14. Его превосходительство плохой исполнитель всех своих обязанностей

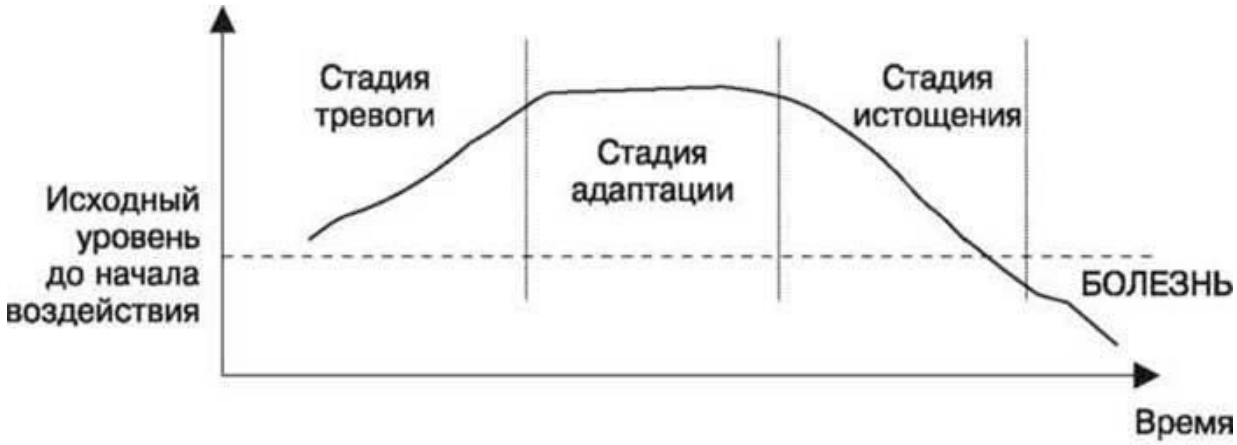


Роли-взаимодействия

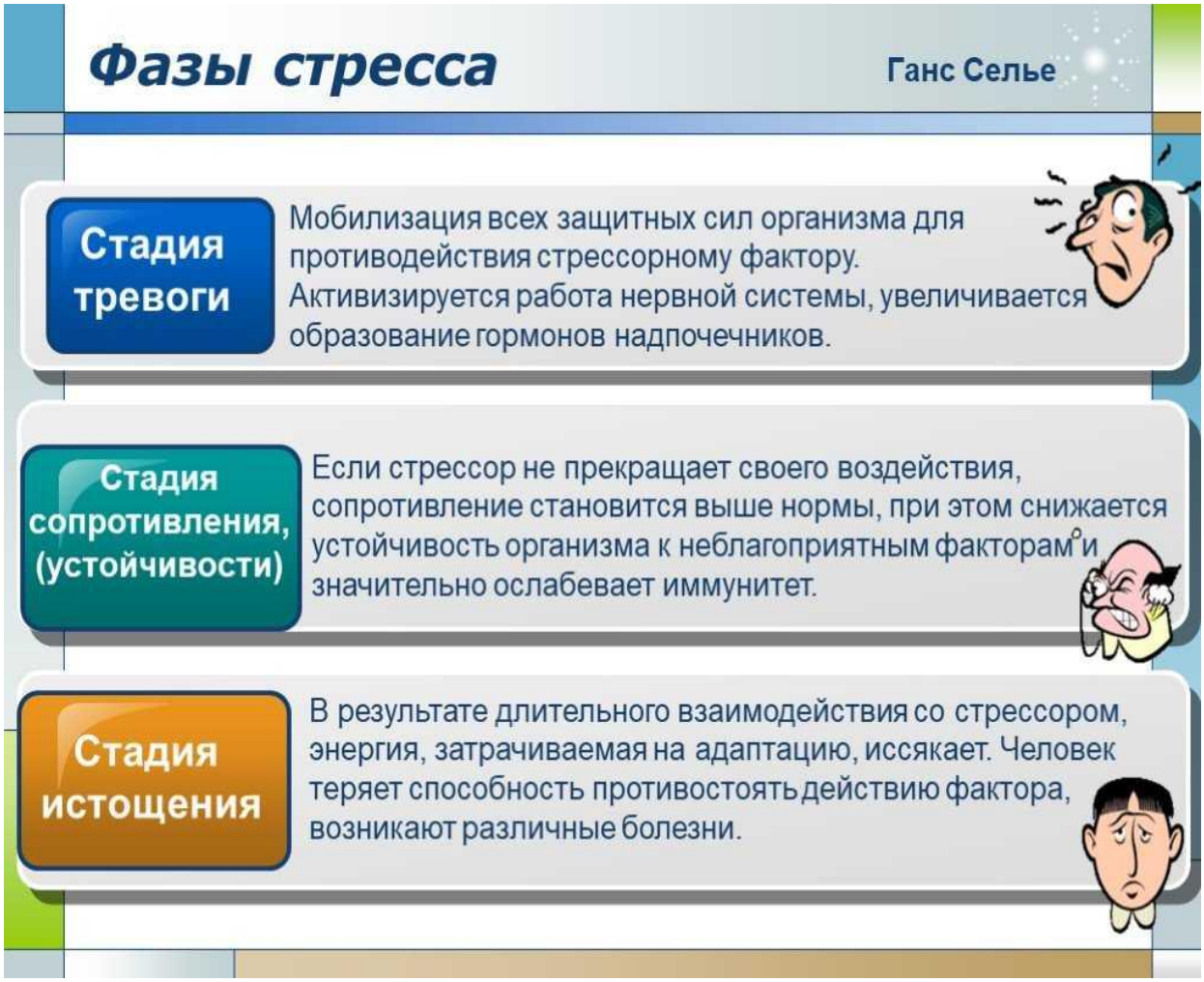
15. Буфер, посредник в конфликте
16. Любитель поболеть
17. Сторонник строгой дисциплины
18. Главный обвинитель
19. Одинокий волк
20. Утешающий обиженных
21. Уклоняющийся от обсуждения проблем
22. Создающий другим неприятности
23. Держащийся в стороне от семейных разборок
24. Приносящий жертвы ради других
25. Семейный вулкан
26. Затаивающий обиду
27. Шутник



14. Стадии стресса.



Стадии стресса согласно Г. Селье



15. Ресурсы личности.

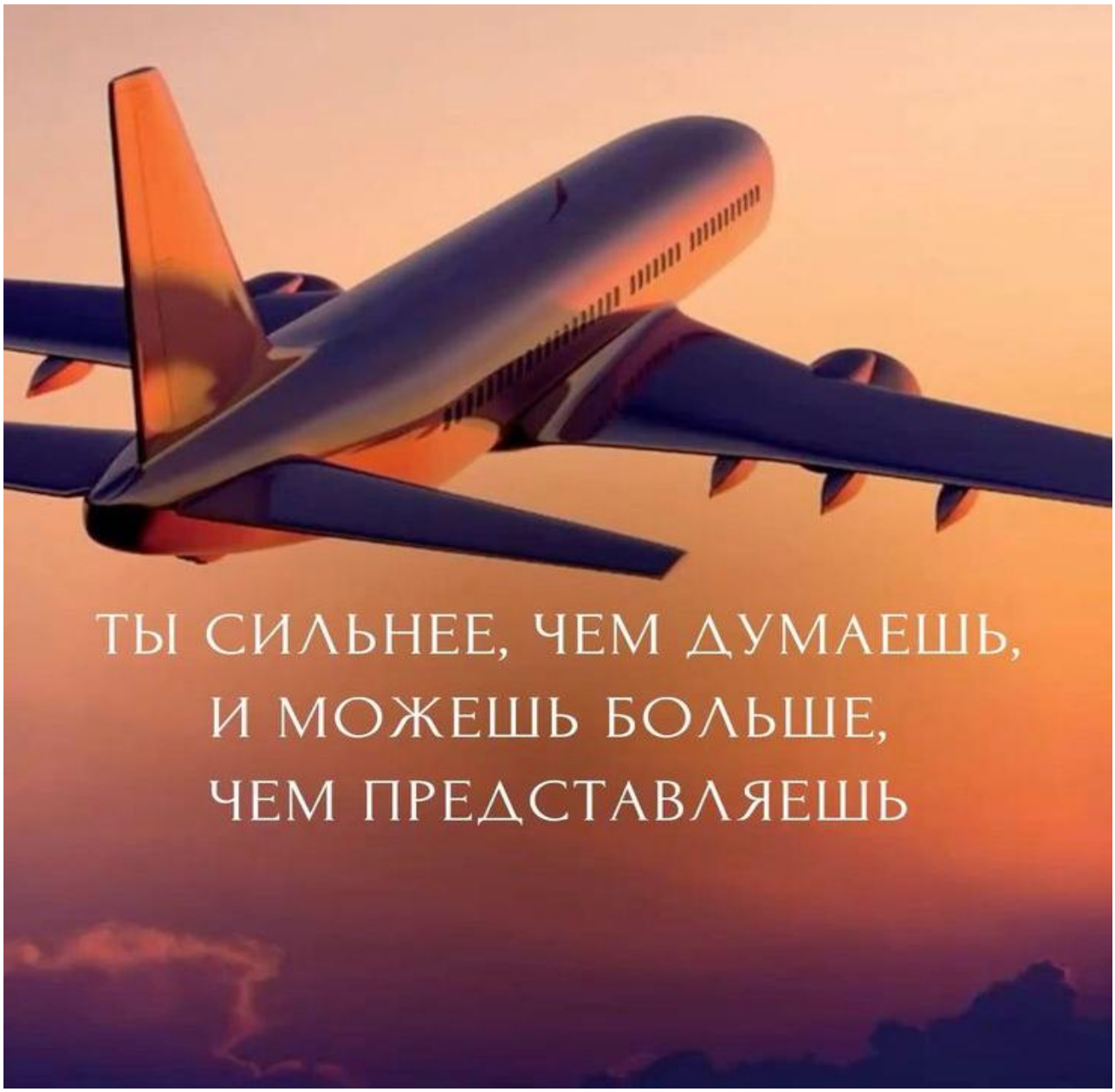
Техника сильные и слабые стороны.

1. Мои сильные стороны и достоинства _____ _____ _____ _____ _____	**2. Из слабых в позитивные** _____ _____ _____ _____ _____
3. Мои слабые стороны и недостатки _____ _____ _____ _____ _____	**4. Из сильных в отрицательные** _____ _____ _____ _____ _____

Мои инсайты (озарение), после выполнения упражнения



Благодарю себя



ГОЛОВЧАНСКАЯ ЛАРИСА АНАТОЛЬЕВНА, методист ГБОУ «Донецкий республиканский учебно-методический центр психологической службы системы образования», e-mail: lag.nn@rambler.ru

БУБНОВА АЛЕКСАНДРА ХАРЛАМПИЕВНА, методист отдела практической психологии и социальной работы Донецкого республиканского учебно-методического центра психологической службы системы образования; e-mail: aleks_bubnova@mail.ru

СКУЛКИНА ЕКАТЕРИНА НИКОЛАЕВНА, врио начальника отдела организационного сопровождения Республиканской межведомственной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав в Донецкой Народной Республике, e-mail: GoloborodkoE@mail.ru

ГОМОЗОВА ИРИНА СЕРГЕЕВНА, методист ГБОУ «Донецкий республиканский учебно-методический центр психологической службы системы образования», e-mail: bdacha2017.5@gmail.com

ШЕВЦОВА ТАТЬЯНА ВИКТОРОВНА, методист учебно-методического отдела ГБОУ «Донецкий республиканский учебно-методический центр психологической службы системы образования», e-mail: tsevcova77@gmail.com

СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Д. Р. Майстепанова

СОЦИАЛЬНАЯ ПОМОЩЬ		
Организация	**Адрес**	**Телефон**
Министерство труда и социальной политики	г. Донецк, ул. Университетская, 91 info@mintrud.gov-dpr.ru	Горячая линия: (949) 334-91-91 (856) 206-80-88
Государственная служба по делам семьи и детей	г. Донецк, ул. Маршака, 2 depsemyadeti-dnr@mail.ru	Горячая линия: (949) 324-99-47
Отдел по делам семьи и детей	г. Донецк, ул. Артема, 98 otddeti@gorod-donetsk.org https://i-don.ru/otdely-po-delam-semi-i-detej/	(856) 304-13-23
Комиссия по оказанию помощи пострадавшим вследствие военных действий	г. Донецк, ул. Университетская, 91	(949) 323-29-12
Государственная инспекция по вопросам соблюдения законодательства о труде	г. Донецк, ул. Маршака, д. 2 obrgostruddnr@yandex.ru	(856) 300-23-62 (949) 312-17-86
Фонд социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством	г. Донецк, ул. Розы Люксембург, 9	(856) 334-14-65 (949) 333-25-01
Фонд социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний	г. Донецк, ул. 50-летия СССР, 149	Горячая линия (949) 319-79-85 (856) 231-10-95
Республиканский центр занятости	г. Донецк, ул. Ф. Зайцева, 46д resp@rcz-dnr.ru www.rcz-dnr.ru	(856) 303-39-39 (949) 352-65-37 (949) 352-65-38
Пенсионный Фонд	г. Донецк – 283073, ул. Университетская, 91 pfdnr@mail.ru	(800) 100-00-01 (949) 606-18-60
Диспетчерские службы администраций г. Донецка по районам	Городская	(856) 335-27-85 (949) 308-45-80
	Буденновский район	(856) 338-19-60 (949) 308-45-86
	Ворошиловский район	(856) 337-02-44 (949) 308-45-87
	Пролетарский район	(856) 348-04-99 (949) 305-95-60
	Петровский район	(856) 313-60-48 (949) 308-45-93
	Калининский район	(856) 294-43-90 (949) 308-45-88
	Киевский район	(856) 305-62-33 (949) 308-45-89
	Кировский район	(856) 203-51-05

		(949) 308-45-91
	Куйбышевский район	(856) 203-75-13
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ. РЕАБИЛИТАЦИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЕ		
Организация	**Адрес**	**Телефон**
Министерство здравоохранения	г. Донецк, пр. Богдана Хмельницкого, д.102 minzdrav.dnr@mail.ru	«Горячая линия» 1-500 Общественная приемная (856) 303 25 91 Отдел обращений (856) 303 27 74
Республиканский медико-психологический центр с круглосуточным кризисным психолого-психотерапевическим телефоном доверия		Телефон доверия (856) 277-55-89 (949) 438-89-42
Дистанционная психологическая поддержка родителей несовершеннолетних по вопросам защиты прав и интересов несовершеннолетнего		(949) 737-24-13
Республиканский медико-психологический центр	г. Донецк, ул. Великоновоселковская, 200	(856) 277-06-60, (856) 277-17-75 (949) 328-92-23
Республиканская детская клиническая больница	г. Донецк, бул. Шахтостроителей, 14	Регистратура (856) 294-11-23 Санпропускник (потребность в срочной мед. помощи в том числе в случае ранений) (856) 294-40-43
Республиканский центр медико-социальной экспертизы Бюро медико-социальной экспертизы	г. Донецк, ул. Ульриха, д.55	(949) 639-22-40
Республиканский центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф	г. Донецк, пр. Ильича, 14-и	(856) 334-12-58 (856) 312-91-32 (856) 304-91-35 (856) 334-18-52 (949) 303-52-80 (949) 303-52-79
Государственное унитарное предприятие Донецкой Народной Республики «Донецкий республиканский протезно-ортопедический центр»	г. Донецк – 283048, пр. Освобождения Донбасса, 11а mail@donprotezortoped.ru	Регистратура: (949) 314-47-49 Кол-центр: (949) 360-94-78 (949) 360-94-68
Городская детская клиническая больница № 1 г. Донецк	г. Донецк, ул. Челюскинцев, 263	(856) 258-33-36 (949) 389-95-28
Детская городская стоматологическая поликлиника г. Донецк	г. Донецк, пр-т Ленинский 7а	(856) 314-22-15 (949) 312-17-16

Скорая помощь		112 103
Городской реабилитационный центр смешанного типа для инвалидов и детей-инвалидов «С надеждой на будущее»	г. Донецк, ул. Листопрокадчиков, 8; ул. Петровского, 250; ул. Петровского, 117з detskiy-centr@rambler.ru	(949) 361-40-99 (949) 319-85-24
Центр реабилитации детей с церебральным параличом	г. Донецк, пр-т Ильича, 80а centerdcp@mail.ru	(856) 294-01-73
Донецкий Республиканский протезно-ортопедический центр	г. Донецк, пр. Освобождения Донбасса, 11а	(949) 360-94-78
Центр социальной реабилитации детей-инвалидов г. Горловка	г. Горловка, ул. Остапенко, 74 csrdu@bk.ru	(0642) 2-40-83
Центр социальной и физкультурно-спортивной реабилитации детей-инвалидов	г. Харцызск, ул. Адамца, 72 center.invalidov@mail.ru	(06257) 7 68 21
Центр социальной реабилитации детей-инвалидов «Надежда» г. Торез	г. Торез м-н 1, д.1, корп.1 orez-nadia@mail.ru	(06254) 3 05 08
Центр социальной реабилитации детей-инвалидов г. Снежное	г. Снежное ул. Ленина, 17 scsrdi@rambler.ru	(06256) 5 31 39
Амвросиевский центр реабилитации	г. Амвросиевка, ул. Первомайская, д. 137	+7 (949) 495 93 51
БФ «Время добрых»	г. Донецк, ул. Университетская, дом 6	+79494218791 vremya.dobryh@mail.ru

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Организация	**Адрес**	**Телефон**
Министерство образования	г. Донецк, ул. Университетская, 83а	Горячая линия (949) 321-44-48
Донецкий республиканский учебно-методический центр психологической службы системы образования	г. Донецк, ул. Щорса, 30	+7949521 18 49 +7949497-34-38 (ЦПМПК)
Ресурсный центр практической психологии Донецкого государственного университета (РЦПП ДонГУ)	г. Донецк, ул. Университетская, 22, к. 2	psychology.center@donnu.ru https://vk.com/rcpp_donnu
АНО «Социально-психологический центр «Точка опоры»»	г. Донецк, ул. 50-летия СССР, д. 136	(949) 311-22-11
Всероссийский Детский телефон доверия		(800) 2000-22
Федеральная горячая линия по вопросам наркомании и алкозависимости		(800) 700-50-50

ЮРИДИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДОКУМЕНТОВ.		
Организация	**Адрес**	**Телефон**
Министерство юстиции	г. Донецк, ул. Артема, д. 157	(856) 300-19-52
Генеральная прокуратура	г. Донецк, ул. Генерала Антонова, д.2	(856) 300-24-06
Аппарат уполномоченного по правам человека		Горячая линия: (949) 707-56-94 По общим вопросам: (949) 301-73-52 Мариуполь: (949) 737-08-67 По вопросам без вести пропавших и обмена пленными: (949) 404-69-29 (949) 707-56-93 По юридическим вопросам: (949) 331-09-08
Служба полиции		112 102
Городской отдел полиции	г. Донецк, ул. Челюскинцев, 53	(856) 340-01-05 (856) 340-01-02
Ворошиловский райотдел полиции	г. Донецк, ул. Любавина, 4	(856) 337-50-59 (856) 312-54-09
Калининский райотдел полиции	г. Донецк, ул. Овнатаняна, 38	(856) 294-01-90 (856) 294-12-58
Кировский райотдел полиции	г. Донецк, ул. Кирова, 106	(856) 277-13-79 (856) 277-04-33
Куйбышевский райотдел полиции	г. Донецк, ул. Матросова, 27	(856) 253-23-98 (856) 253-23-27
Ленинский райотдел полиции	г. Донецк, ул. Аксакова, 56	(856) 266-00-01
Петровский райотдел полиции	г. Донецк, ул. Петровского, 262	(856) 313-80-02
Буденовский райотдел полиции	г. Донецк, ул. Гурьевская, 3	(856) 338-15-51
Военная комендатура		(066) 567-49-93
Горячая линия «Ребенок в опасности» Следственного комитета РФ		(800) 200-19-10
ВОССТАНОВЛЕНИЕ ДОКУМЕНТОВ		
Государственная исполнительная служба в Буденовском районе	г. Донецк, ул. Октября, 25.	(856) 338-32-25
Государственная исполнительная служба в Ворошиловском районе	г. Донецк, ул. 50 лет СССР, 149	(856) 338-04-51
Государственная исполнительная служба в Калининском районе	г. Донецк, пр-т Ильича, 89	(856) 386-86-24
Государственная исполнительная служба в Киевском районе	г. Донецк, пр-т Киевский, 32	(856) 306-47-28
Государственная исполнительная	г. Донецк, ул. Карла Маркса,	(856) 277-14-85

служба в Кировском районе	8	
Государственная исполнительная служба в Куйбышевском районе	г. Донецк, ул. Ермолая Жукова, 56	(856) 253-00-25
Государственная исполнительная служба в Ленинском районе	г. Донецк, ул. Донецкая, 39	
Государственная исполнительная служба в Петровском районе	г. Донецк, пл. Петровского, 5	(856) 203-34-34
Государственная исполнительная служба в Пролетарском районе	г. Донецк, ул. Раздольная, 27б	(856) 382-24-58
Донецкий отдел технической инвентаризации	г. Донецк, ул. Кобозева, 66	(856) 334-12-30
Отдел ЗАГС администрации г. Донецка	г. Донецк, пр. Мира, 35	(863) 682-32-58

МАЙСТЕПАНОВА ДАРЬЯ РОМАНОВНА – ассистент кафедры общей психологии ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет»

Научное издание

Травматерапия. Преодоление последствий психотравмирующих событий

Сборник научных трудов

Под общей редакцией
Е.Г. Максименко, А.В. Гордеевой, И.В. Киселёвой