

Научно-практический журнал
Издается с января 1996 года

Специальный выпуск «Специфика работы с участниками боевых действий»

Содержание:

Кучер А.А. Вступительное слово. История в лицах: Как всё начиналось в 90-х годах XX века.....	3
Крохмалёв А.В. История развития научных взглядов на боевую психическую травму.....	8
Подшибякин А.Н. Основные концепции психической травмы в зарубежной психологии.....	17
Леонтьева Е.В. Рекомендации для тех, кто желает самостоятельно справиться с боевым стресс-фактором.....	20
Кучер А.А. Механизм возникновения боевой психической травмы.....	36
Котенёв И.О. Психологическая диагностика посттравматических стрессовых состояний (ОСР и ПТСР).....	41
Костюкевич В.П. Методика психодиагностики суицидального риска сотрудников ОВД.....	58
Звоников В.М. Постановка проблемы психологической помощи и реабилитации участников боевых действий и членов их семей	79
Евдошенко С.П., Кривченко Г.И. Застревание в событии, повторные переживания. Афганистан – живёт в Душе моей	87
Караяни А.Г. Эволюция принципов оказания психологической помощи участникам боевых действий.....	93
Адаев А.И. Немотивированная агрессия. Дебрифинг стресса критического инцидента. Наличие боевой настороженности.....	98
Горелая О.Н. Застревание в третьей позиции восприятия. Семья комбатанта.....	105
Шапошникова Т.Д. Ресоциализация военных, побывавших в «горячих точках».....	109
Кучер Ю.Ю. Обзор опыта комплектования реабилитационных объектов профессиональной деятельности психологов.....	121
Синицына Т.Ю. Модели оказания экстренной и пролонгированной психологической помощи при психической травме.....	132

Оточина И.А., Щеголева Т.В., Ичитовкина Е.Г. Эффективность бригадного полипрофессионального подхода при проведении терапии и реабилитации полицейских с расстройствами психического здоровья.....	151
Крамаренко С.З., Кучер А.А. Патриотизм и вовлечённость в боевую работу – психологический бронезилет от посттравматического стрессового расстройства.....	161
Филиппенко В.А., Гараев Р.Г. Вовлечение участников боевых действий в работу по патриотическому воспитанию молодёжи, деятельностный подход в профилактике посттравматического стресса социально значимым видом деятельности.....	174
Черкасов А.В. Дорога к Храму.....	181
Рзянин А.В. Институт Военных комиссариатов – координатор военно-патриотической работы.....	188
Беличева С.А. Дети как зеркало будущей России.....	191
Наши авторы	195

«Журнал практического психолога» зарегистрирован в Роскомпечати РФ,
свидетельство о регистрации № 014733 от 18 апреля 1996 г.

Учредители: Издательство «Фолиум» и Лидерс А.Г.
Издатель: ИП Чернышева

Главный редактор *Чернышева У.В.*

Редактор специального выпуска: *Кучер А.А.*

Компьютерная верстка *Свиненков Д.А.*

Формат 60x84/16. Тираж 200 экз. Подписано в печать 12.05.2019 г.

Отпечатано: Типография «Онли-Пресс»

170518, г. Тверь, с.Никольское, 26

Периодичность — 6 выпусков в год

Адрес редакции: 119261, Москва, а/я 54,

e-mail: psy71808@yandex.ru.

*Запрещается перепечатка статей без согласия редакции.
При использовании материалов ссылка на журнал обязательна.*

© Журнал практического психолога, 2019.

Отдельные номера «Журнала практического психолога» вы можете приобрести
в редакции - присылайте заявки на почту psy71808@yandex.ru.

Вступительное слово.

История в лицах: Как всё начиналось в 90-х годах XX века.

Этот выпуск журнала посвящён «Специфике работы с участниками боевых действий», и это символично, что данный выпуск проходит в год 30-летия со дня окончания войны в Афганистане.

Надо отметить, что целенаправленно вопросами работы специалистов-психологов с участниками боевых действий стали заниматься с момента создания в 1995 году в отделе психологической работы Главного управления воспитательной работы Генерального Штаба Вооруженных сил, – группы психологической помощи и реабилитации военнослужащих, участников боевых действий и членов их семей. К созданию этой группы имеет прямое отношение генерал-майор **Черкасов Александр Владимирович**, который и рекомендовал мне, в то время молодому подполковнику, возглавить эту группу и развернуть работу по развертыванию реабилитационно-восстановительных объектов для участников боевых действий. Моё согласие было обусловлено тем, что до этого момента я проходил службу в Центре военно-социологических, психологических и правовых исследований Вооруженных сил Российской Федерации, и проводил там исследования состояния психики военнослужащих в экстремальных условиях. Таким образом, мне довелось, под руководством **Бескоровайного Феликса Ивановича**, вместе со своими сослуживцами по отделу психологической работы: **Чиши Юрием Александровичем**, **Биркиным Алексеем Александровичем**, **Захаровым Борисом Владимировичем**, **Высоцким Виктором Иосифовичем**, **Курьятой Валентином Ивановичем**, **Шестаковым Сергеем Николаевичем** и др. быть у истоков армейской психологической службы, создание которой было вызвано неблагоприятной ситуацией в армии: расстрелы, дедовщина, самоубийства. Кроме этого выявилась большая и острая проблема с бывшими участниками Афганской и Чеченской войн, в результате посттравматического синдрома страдающими различными формами социальной дезадаптации, начиная от повышенной возбудимости, агрессивности и заканчивая депрессиями и попытками суицида. Необходимо было проводить социально-психологическую реабилитацию бывших участников военных конфликтов, создавать соответствующие центры, обучать войсковых психологов коррекционно-реабилитационным технологиям. Большая часть военнослужащих, не успев пройти реабилитационно-коррекционные мероприятия, увольнялись в запас. Для того,

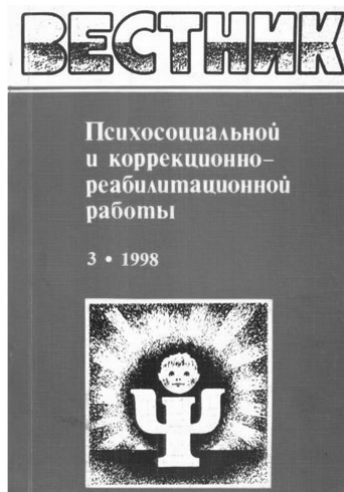
чтобы не потерять данную категорию комбатантов из виду, было организовано сотрудничество с Комитетом по делам молодежи, который в середине 90-х годов возглавлял **Шаронов Андрей Владимирович** и его заместитель **Куприянова Галина Валентиновна**.

Тогда Комитет по делам молодежи объявил Всероссийский конкурс социальных программ для детей, подростков, молодежи. Председателем экспертной комиссии, анализирующей и оценивающей присланные на конкурс программы, была приглашена доктор психологических наук, профессор **Беличева Светлана Афанасьевна**. Нужно сказать, что эти программы были самого разного содержания от подростковых клубов, телефонов доверия до психологических и юридических консультаций, центров психологической помощи и т.д. Как правило, в Институте молодежи проходила публичная презентация этих программ. Надо отдать должное мудрости и прозорливости Светланы Афанасьевны Беличевой, среди этих многочисленных и разнообразных программ она заметила и выделила программу социально-психологической реабилитации военнослужащих с посттравматическим стрессовым расстройством, которую представлял директор Пермского центра «Социум» **Константин Мальшев**. В результате этот пермский центр «Социум» был утвержден как базовая опытно-экспериментальная площадка, ей были поручены функции анализа и обобщения опыта социально-психологической реабилитации комбатантов с посттравматическим стрессовым расстройством.

Первая научно-практическая конференция по этой теме была проведена в Перми в 1998 году, для подготовки и проведения которой были привлечены от Министерства обороны РФ - подполковник Александр Кучер и подполковник Игорь Соловьев - от Внутренних войск Министерства МВД Российской Федерации. Мы с **И. Соловьёвым** были учениками генерал-майора **Сьедина Сергея Ивановича** - первого начальника кафедры психологии Военно-политической Академии имени В.И.Ленина. Нам читали лекции видные военные профессора психологи, в том числе и один из авторов этого выпуска - **Караяни Александр Григорьевич**.

Такие научно-практические конференции, как конференция в Перми - стали традиционными, и они сыграли большую роль в том, что программы социально-психологической реабилитации начали осуществляться в военных госпиталях и в разных молодежных центрах.

Распространению этого опыта способствовал периодический журнал «Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы», главным редактором которого была профессор С.А. Беличева.



2001 г. - №2(Попова О.В.);

2002 г. - №1(Кучер А.А.);

№ 2(Власова Л.С.);

2003 г. - № 2(Артур С. /США/);

№ 4 (Рубцов В.В.);

2009 г. - № 1 (Макарова М.Л.)

«Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы» № 3, 1998 года, открыл серию своих публикаций, после I Научно-практической конференции, посвящённой психологической работе с участниками боевых действий.

№3: автор Соловьев И.В.: Психологическая работа с семьями и родителями военнослужащих, участвовавших в боевых действиях.

№ 4: автор Малышев К.П.: «Опыт работы Пермского центра «Социум» по программе «Жизнь после войны»

№3, 2000 г., вновь Соловьёв И.В.: Особенности групповой психореабилитационной работы с участниками боевых действий и членами их семей.

В Министерстве обороны Российской Федерации, был создан координационный научно-методический совет по психологической работе в Вооруженных силах, в котором принимали участие руководители психологических служб всех силовых ведомств, ФСБ, МЧС, МВД, заведующие кафедрами психологии военных академий. Светлана Афанасьевна Беличева, приказом Министра обороны была включена в состав этого совета. Доведение до психологического сообщества России специфики работы с участниками боевых действий в силовых ведомствах государства, взял на себя научно-практический журнал «Вопросы психологии экстремальных ситуаций», под руководством главного редактора журнала, участника боевых действий, полковника запаса Адаева Александра Ивановича, и ответственного за выпуск редактора Левлюх Юрий Анатольевич. Журнал представляет все психологические составляющие силовых структур, руководители которых входят в редакционную коллегию журнала.

Журнал включён в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ) - это информационно-аналитическая система, которая включает в себя более 10 миллионов научных статей и периодических научно-технических изданий, и поэтому заинтересованный читатель, обратившись по ссылке, через поиско-

ги, находящиеся на фотографии, с достаточным опытом работы с комбатантами, в качестве экспертов высказались по вопросу, что же в настоящее время для них актуально получить со страниц журнала. Должен признаться, что объёма этого выпуска не хватает, чтобы удовлетворить даже малую толику ожиданий психологов, практикующих в своей профессиональной деятельности с участниками боевых действий. Прошу прощения у требовательного в своих ожиданиях читателя за то, что сегодня ему будет дана возможность всего лишь прикоснуться к проблематике работы психолога с проявлениями острого стрессового и посттравматического стрессового расстройства, которое свойственно комбатанту.

Исходя из потребностей жизни, мы коснемся работы с сотравмированными членами семьи комбатантов, и опишем деятельностный подход к купированию боевой психической травмы, посредством вовлечения комбатантов в систему передачи своего опыта подрастающему поколению, приходящих на их смену защитникам Отечества. Когда я непосредственно был вовлечён в круговорот событий по восстановлению личного состава Вооруженных сил после участия в боевых действиях, мне даже в голову не приходило, что лучший способ купирования психотравмы и в том числе флешбека - это вовлечение ветерана боевых действий в деятельность по патриотическому воспитанию подрастающего поколения.

С точки зрения психокоррекционного механизма, мы избавляем комбатанта от застревания в психотравмирующем событии, возвращая его вновь в повторные переживания этих событий, но уже на конструктивной почве, у комбатанта происходит перенос его боевого опыта в ближайшее социальное окружение. Социум гасит полученные ветераном душевные раны. Участник боевых действий получает положительные эмоции от результата своей деятельности. Как это происходит, будет описано в заключительных статьях журнала из уст человека-легенды, Героя Советского Союза, генерала **Крамаренко С. М.**, из уст генералов **Кривченко Г.И.**, **Филиппенко В.А.**, прошедших не одну войну.

Таким образом, со страниц журнала Вы узнаете об истории вопроса психологической работы с участниками боевых действий и узнаете её из уст боевых офицеров, знающих этот вопрос не по наслышке, пропустивших его через свою жизнь, через свою судьбу.

Прошу обратить внимание на то, что те ученые, которые стояли у истоков этой работы - в большинстве своём являются авторами этого выпуска журнала.

Редактор-составитель номера Кучер Александр Артурович.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НАУЧНЫХ ВЗГЛЯДОВ НА БОЕВУЮ ПСИХИЧЕСКУЮ ТРАВМУ

Крохмалёв Александр Владимирович

— ветеран боевых действий, полковник
ВВС и ПВО, психолог исследователь.

Историки подсчитали, что за последние 5,5 тыс. лет на земном шаре произошло более 14 тыс. больших и малых войн, в ходе которых погибло, умерло от болезней и голода 3,5 млрд. чел.

В 20 веке человечество пережило 2 мировые войны, унесшие 60 млн. жизней. Уже после 1945 г. в 150 региональных и локальных войнах было убито свыше 20 млн. чел. — в два раза больше, чем в 1 мировую войну.

Наряду с гигантскими жертвами войны оставляют после себя значительное число инвалидов, сотни тысяч вдов и сирот, они приносят огромные материальные и духовные потери.

Однако этим последствия войн не исчерпываются. Имеются другие скрытые последствия — имя которым боевая психическая травма, преобразующаяся в посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

1 период

Одно из первых упоминаний о психотравме принадлежит историку и философу **Геродоту** (1 век до н.э.), который рассказал об афинском воине Эпизелосе, ослепшем от переживаний после Марафонской битвы. Специфические трудности и проблемы, психологические изменения и психопатологические расстройства у участников боевых действий описывал также и **Лукреций**.

В поэмах **Гомера** герои Троянской войны переживают «жестокую грусть», «страшную тревогу», у них «огорченные души» и «мрачное сердце»...

Эти описания, замечу, сделаны задолго до нашей эры.

2 период

Первые научные описания психотравмирующего воздействия боевого стресса относятся ко второй половине 19 века и основываются на результатах наблюдения за участниками гражданской войны между Севером и Югом в Северной Америке.

В 1871 г. **Da Costa** наблюдал 300 солдат действующей армии, которые предъявляли жалобы на одышку, учащенное сердцебиение, жгучие боли в груди, слабость, головную боль, головокружение и диарею.

Таким образом, **Da Costa** описал специфический симптомоком-

плекс, названный им «солдатским сердцем» в своей работе «О взволнованном сердце».

Схожие расстройства посттравматических симптомов описал **Hammond** в 1883 г., обнаружив у ветеранов гражданской войны в Северной Америке боли за грудиной, нарушения ритма дыхания, повышенную потливость, желудочно-кишечные расстройства.

В этот период высказывались предположения о связи данных нарушений с **инфекционными заболеваниями** или, что было чаще, с **проявлениями трусости, слабодушия и отсутствия дисциплинированности**.

3 период

Первая мировая война

В этот период американские исследователи выделяли **2 основные гипотезы** психических расстройств.

1-ю гипотезу можно условно назвать «**Снарядным шоком**».

В 1916 г. экспертами **Союзной Медицинской Службы (США)** предполагалось, что психологические нарушения у солдат вызваны действием повышенного давления во время «длительных артиллерийских дуэлей», как собственных выстрелов, так и разрывов бомб и снарядов противника.

Назвав это «снарядным или артиллерийским шоком» специалисты того времени в него включили следующий симптомокомплекс: **паралич, потеря ориентировки, слепота, возникновение фобий, повышение тревожности, оцепенение, ступор, повышенная раздражительность, чувствительность к внезапному шуму, беспокойство, тремор, бессонница, повторяющиеся ночные кошмары военного содержания**.

2-я гипотеза базировалась на представлениях о возникновении «**военного**» и «**травматического**» **невроза**.

Она имела два подхода в описании, первый основывался на признании ведущей роли **органических нарушений**, второй — на **психической травматизации**.

- Сторонники первого подхода считали, что психопатологические синдромы, связанные с участием в войне, возникают только у тех, кто к этому предрасположен, имеет личностные «**дефекты**». Война ими рассматривалась как фактор, провоцирующий развитие психических нарушений у **исходно «неполноценной» личности** (*Glass A.J., 1969, Figley Ch.R., 1978, Goodwin J., 1987*).

- Второе направление представлял из себя **Зигмунд Фрейд (1919 г.)**, который главным фактором развития послевоенных неврозов считал

не органические нарушения в головном мозге, а непосредственно психическую травматизацию во время войны (работа **“Психоанализ и военный невроз”**).

Психические нарушения он связывал с **невротическим конфликтом между содержанием “мирного” и “военного” Эго**.

Причина психотравмы им виделась в моментах **неожиданности и страха**, присутствующих на войне.

4 период

Вторая мировая война (исследования 1957 года - Н. Н.Тимофеева)
Германия:

Руководство для военных психиатров: «военные и травматические неврозы — это только одна трусость, инсценировка заболевания»

Солдат с боевой психической травмой отправляли в особые полевые батальоны.

Самоубийства солдат с реактивными состояниями оценивалось как «естественное самоочищение армии и нации от неполноценных и ненужных ей элементов».

США и Великобритания:

Введены новые термины «боевое утомление» и «боевое истощение», симптомокомплекс дополнен повышенной возбудимостью и раздражительностью, безудержным типом реагирования, фиксацией на обстоятельствах травмы, уходом от реальности и предрасположенностью к неуправляемым агрессивным реакциям (A.Kardiner, 1947 г.)

Доминировала концепция взаимосвязи предрасположенности к психической травматизации с «дослужебной историей» солдата.

Главным средством профилактики считалось ужесточение отбора солдат.

В конце 2 мировой войны в США была создана специальная комиссия из ведущих психиатров, которая констатировала, что «психические нарушения, возникающие на войне не относятся ни к одному из известных или установленных психических синдромов» (Bartemeier L.H., 1946 г.)

Обобщающие концепции по итогам 2 мировой войны.

- Модель «болезни» — базируется на наличии довоенного интрапсихического конфликта, который активизируется переживаниями войны и приводится к «травматическому неврозу» (Kardiner A. 1941, 1947, 1959).

- Модель «выносливости» — основывается на наличии у комбатанта предела в способностях переносить военные условия. После этого предела следует психологическая декомпенсация, т.е. невроз становится

нормой и имеет название «боевого истощения» и «боевого утомления» (Cameron N. 1963).

- Модели «окружающей среды», «внешней индукции» выделяли различные внешние факторы (физическое истощение, оторванность от семьи и близких, болезнь, недостаток сна, тяжелый климат и т.д.) и определяли, что их комбинация вызывает психопатологические нарушения (Weinstein E. 1947, Hanson F.R., 1949, Appel J.W. 1966).

- Модель «экспериментального невроза» — аналогична экспериментальной теории И.П. Павлова по созданию искусственного внутреннего конфликта, приводящего к «сбивке» нервных процессов. В этой модели желание выжить вступает в противоречие с желанием выполнить свой долг (Dobbs W.H., Wilson W.P., 1960, Archibald H.E., Tuddenham R.D., 1965).

После 2-й мировой войны впервые появились отдельные исследования отдаленных последствий (ПТСР). При обследовании лиц с последствиями военной травматизации периода Второй мировой войны, проводившемся спустя 20 лет после ее окончания (Archibald H.C., Tuddenham R.D., 1965), были получены данные, позволяющие предположить, что симптомы посттравматического стрессового расстройства с возрастом становятся более отчетливыми. Исследование 188 бывших военнопленных спустя 40 лет после окончания войны выявило признаки посттравматического стресса у 67%, из них у 24% обследованных за этот период состояние улучшилось, но некоторые симптомы сохранились, а у 8% какого-либо улучшения не наблюдалось (Kluznik J.C., 1986).

5 период

Война в Корее (исследования 1954 года Glass A.J.)

Новое:

- **Признание основной причиной психотравм — стрессовых воздействий.** В результате:
 - В 1952 г. пересмотрено и усовершенствовано Руководство Американской психиатрической ассоциации по диагностике и статистике психических расстройств (ДСМ —1).
 - Психотравмы купировались непосредственно на поле боя.
 - Использовался принцип ротации (ограничение в пребывании составляло 9 месяцев).

6 период

Война во Вьетнаме (1964-1973 гг.)

Следуя концепции «боевого утомления» американцам удалось сократить до рекордно низкого числа количество острых стрессовых расстройств.

Но воздействие стресс-факторов боевой обстановки существовало и поэтому проблема возникла при возвращении солдат в мирную жизнь.

Многие из комбатантов уже через 2-3 суток после возвращения оказывались в психиатрических отделениях и госпиталях — налицо был «отставленный эффект боевого стресса» (Bourne P.G. 1972, Fox R.P. 1972, Lifton R.J. 1969, 1970, 1973 гг), или как мы говорим ПТСР.

К 1970 г. по данным американцев последствия войны затронули около половины населения США.

К 1990 г. в США имели ПТСР — 479 тыс. чел. (по данным Американской психиатрической ассоциации).

Основные факторы:

- боевые;
- социальные;
- локальный характер войны.

Концепции:

1. «Концепция исчезающего стресса» (Enzie R.F. 1973, Borus J.F. 1973, 1976, Worthington E.R. 1976, Segal D.R., Segal M.W. 1976)

Утверждалось, что у комбатантов идет процесс довольно быстрой адаптации. Психические расстройства сохраняются только у изначально психически неполноценных личностей.

При обращении комбатанта спустя год, его психические расстройства не связывались с пребыванием на войне.

В 1968 г. было изменено ДСМ—1 на ДСМ-2, где понятие «большая стрессовая реакция» заменено на неясное определение «транзиторная адаптационная реакция взрослой жизни».

2. «Концепция отставленного стресса» (Lifton R.J., 1969, Bourne P.G., 1972, Fox R.p., 1972)

Утверждается наличие у ветеранов симптомов, напоминающих классический «военный» или «травматический невроз».

В 1969 г. состоялись первые слушания Сената США по вопросам психологических трудностей в адаптации ветеранов к мирной жизни. В результате создана специальная научно-практическая программа.

Концепция признавала боевой стресс у ветеранов войны, последствия которого со временем имеют тенденцию к нарастанию.

При этом психопатологические проблемы, психологические особенности и социальные проблемы — тесно связаны и характерны в таком виде ветеранам войны. В результате это явление получило название «поствьетнамского синдрома».

«Поствьетнамский синдром» (Panzarella R.F. 1978)

Группа симптомов больших и малых, специфических и неопределенных, с аффективными межличностными и адаптационными компонентами.

Включались:

- чувство вины за жестокость;
- чувство «вины выжившего»;
- повышенная раздражительность;
- вспыльчивость и агрессивность;
- приступы гнева, бурное негодование и неконтролируемая враждебность к окружающим;
- тревожность;
- депрессивные симптомы;
- мучительные воспоминания о военных событиях;
- разнообразные расстройства сна;
- диссоциативные симптомы (флэшбэки);
- состояния отчуждения, апатии и безразличия;
- ощущения предательства со стороны страны, пославшей на войну, нигилизм и идеологическое разочарование;
- алкоголизм, наркомания, безработица.

По данным Американской психиатрической ассоциации на 1990 г. из 3.140.000 ветеранов, служивших во Вьетнаме 479.000 страдают посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР) и 350.000 обнаруживают частичные признаки этого симптомокомплекса. Количество страдающих ПТСР в США, составляет 2,6% от общего числа населения (Shore J.H. et. al., 1986).

Американские центры исследования Вьетнамского опыта (Vietnam Experience Study) в 1988 г. проводили сравнительные исследования групп вьетнамских ветеранов (2.490 человек) и военнослужащих, не служивших во Вьетнаме (1.972 чел.). Эти исследования обнаружили, что почти половина ветеранов отмечала у себя те или иные симптомы, касающиеся травматических военных событий, а 15% ветеранов точно соответствовали диагностическим критериям ПТСР во время или после службы в армии (Girolamo G., 1992).

При проведении национального исследования реадaptации Вьетнамских ветеранов (NVVRS) обнаружено, что 15% всех ветеранов мужского пола, которые принимали участие в активных боевых действиях, имеют хроническое течение ПТСР, а еще 11% ветеранов периодически

жалуются на некоторые симптомы ПТСР (Kulka K.A. et. al., 1990). Среди женщин, служивших во Вьетнаме, ПТСР превалировало в 9% случаев (Jordan B.K. et. al., 1991).

РОССИЯ

Русско-японская война

Из отчета Главного военно-санитарного управления, неврозы диагностированы у 4 солдат и 75 офицеров на каждую 1000 сражающихся.

В.М. Бехтерев, анализируя опыт русско-японской войны, сделал важные выводы:

- а) возрастание уровня психических расстройств в действующей армии в немалой степени связано с резким ростом наркологической патологии;
- б) характерна тревожно-депрессивная окраска психических нарушений и высокая частота brutальных взрывных вспышек;
- в) военные переживания длительно сохраняются в клинике психических расстройств после возвращения ветеранов к мирной жизни;
- г) жизнеопасная обстановка играет ведущую роль в происхождении и патопластике психических расстройств военного времени;
- д) отсутствует связь названных расстройств с преморбидной «слабохарактерностью».

Первая мировая война

По данным **Тимофеева Н.Н. (1957 г.)** неврозы диагностировались на эвакуопунктах в **38%** случаев.

В результате психиатрических последствий 1-й мировой войны в Санкт-Петербурге (**1918 г.**) создан **Психиатрический институт** душевнобольных увечных воинов.

1923 г. — проходит 2-е Всероссийское совещание по вопросам психиатрии и неврологии. На совещании звучат следующие высказывания:

- **Розенштейн Л.М.** «... материал войны и революции обнаружил легкую возможность образования инвалидности с характером пограничных состояний, ... показал связь внешних условий с душевными болезнями»
- **Краснушкин Е.К.** «Война размножила психопатов, психопатов вообще и общественно опасных в частности»

Революция:

Русский психиатр **П.Б. Ганнушкин (1927)**, описывая одну из форм «нажитой психической инвалидности» выделил три группы симптомов. К первой из них он относил **большую возбудимость и раздражительность**, которая выходит за пределы просто раздражительности. Ко второй более распространенной - **приступы депрессии** и, наконец, третья группа

симптомов, проявляется вразличного рода **психогенных истерических расстройств**. При этих расстройствах болезнь развивается в течении 2-4 лет и приводит к «стойкому, неизлечимому ослаблению интеллектуальной деятельности» (Ганнушкин П.Б., 1927).

Первым, наиболее полным и систематизированным описанием психических нарушений, встречающихся при подобных событиях, является исследование, проведенное отечественными психиатрами Л.Я. Брусиловским, Н.П. Брухановым и Т.Е. Сегаловым в 1928 году по изучению последствий Крымского землетрясения 1927 года, где они впервые попытались выделить специфическую для катастрофических событий диагностическую категорию - «синдром землетрясения», включивший в себя такие феномены, как головокружение, ощущение колебаний почвы под ногами, слабость, пониженная работоспособность, тошнота, постоянная тревога, нарушения сна. В целом, по мнению автора, очерченные психические нарушения, являющиеся результатом глубокой психогении, формировались в течение трех суток с момента катастрофы и представляли собой признаки аффективно-шоковых реакций и истерических психозов.

Вторая мировая война:

Утверждалось, что чистые психогении встречались очень редко, невроз страха и истерия не наблюдались вообще — это связано с особенностями психологии советских людей.

Потеря боеспособности расценивалась как нежелание воевать со всеми вытекающими последствиями военного времени.

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| • Северная Корея (50-е года) | • Венгрия (1956 г.) |
| • Чехословакия (1968 г.) | • Алжир (1962-1964 г.) |
| • Египет (1962-63, 68, 69-74) | • Йемен (1962-1963) |
| • Вьетнам (1965-1974) | • Сирия (1967-70, 1972, 1973) |
| • Ангола (1975-1979) | • Мозамбик (1967, 69, 75-79) |
| • Афганистан (1979 — 1989 г.) | |

Война в Афганистане (1979 — 1989 г.)

Этот период характерен накоплением эмпирических данных, описанием проявлений боевой психической травмы (БПТ) и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

В 40-й армии в Афганистане (Литвинцев С.В., 1994) соотношение психогенных потерь к боевым к концу войны достигло 1:3. Основу боевой психической травмы составляли психогенные и аддиктивные расстройства. У военнослужащих срочной службы психогении встречались в 68,9%, наркомании - в 31,1% случаев. Среди офицеров и прапорщиков

психогенные нарушения наблюдались у 64,8%, аддиктивные - у 35,2%, причем последние, в отличие от рядового состава, были представлены преимущественно алкогольной патологией (29,1%). Реактивные психозы диагностировались сравнительно редко: у рядовых - 2,8% случаев от всех психогенных заболеваний, у офицеров - в 8,5%. Санитарные потери составили 469. 685 чел.

ПТСР у ветеранов Афганистана.

Р.А.Абдурахманов, С.И.Съедин “Психологические последствия воздействия боевой обстановки” (1992 г.) — отмечают трудности в общении как ведущий симптом у ветеранов войны (30% ПТСР характеризуется этим признаком)

В.М. Звонников (1992 г.) — отмечает наличие внутреннего конфликта (у 80% летчиков мотивация к летной работе после года службы в Афганистане - отсутствовала); 68% - характерна хроническая раздражительность; 39% - нарушения сна.

В.Е. Попов (1992 г.) — отмечает, что восприятие окружающими защитно-адаптационного поведения как неприемлемого и даже асоциального — затрудняет реадаптацию ветерана. В своём исследовании он выделяет структуру дезадаптации, в которую входят:

- двигательное возбуждение и активность — 80% ветеранов;
- агрессия — 2% тотальная, 60 % при безнаказанности;
- апатия, психическая регрессия — 50%;
- агрессивные сновидения — 56%;
- агрессивное воображение — 75%;
- алкоголизация — 80%;
- наркотизация — 2%.

Г.П. Киндас и А.М. Тураходжаев (1992 г.) — обследовали 125 инвалидов войны в Афганистане.

- 93% - проявляют личностные изменения с приобретенной раздражительностью, вспыльчивостью, конфликтностью и часто с алкоголизацией.
- 83% - имеют стойкие тревожные состояния, суицидальные мысли, чувство вины и нарушение концентрации внимания.

Вывод этих авторов: у 93% ветеранов выявленные признаки могут быть отнесены к посттравматическому стрессовому расстройству.

Война на Северном Кавказе.

Восстановление Конституционного порядка на территории Чеченской Республики, Контртеррористическая операция на территории Северного Кавказа (1994-1996г, 1999—2001 г).

ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ В ЗАРУБЕЖНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Подшибякин Александр Николаевич

полковник внутренней службы, заместитель начальника отдела организации психологической работы управления организации морально-психологического обеспечения ДГСК МВД России

В настоящее время наибольшую значимость в зарубежной психологии имеют четыре концепции психической травмы, отражающие различные аспекты этого психического феномена.

Концепции выработаны в рамках психоанализа, аналитической психологии, когнитивной психологии и бихевиорального подхода.

Психоанализ.

В рамках психоаналитического подхода понятие психической травмы впервые было разработано З. Фрейдом. В работе «По ту сторону удовольствия» Фрейд предложил **энергетическую концепцию травмы**, согласно которой психическая травма означает пробой в стимульном барьере под напором энергий, поступающих из внешнего мира, когда индивид находится в ситуации, характеризующейся чрезвычайными обстоятельствами.

Такой взгляд на психическую травму подразумевал центральную роль аффекта в психической травматизации.

Современный психоаналитик Генри Кристел считает, что аффект сам по себе как таковой не является травматогенным фактором в случае взрослой травмы, в отличие от травмы инфантильной. Согласно взглядам Кристела, травматогенным фактором, запускающий процесс травматизации у взрослых людей, является не аффект, а **осознание неизбежности угрожающей ситуации и неспособности справиться с этой ситуацией**. Психическая травма, по представлениям Кристела, является состоянием беспомощности, капитуляции, психической смерти или кататаноидной реакции, перед лицом непосредственной угрозы.

Другой психоаналитик, Масуд Хан, расширил понятие травмы, предложив понятие **кумулятивной травмы**, включив в него все состояния депривации, которые индивид переживает в онтогенезе.

В исследовании Джозефа Сандлера и его коллег понятие травмы, наряду с другими смыслами, включает и результат травматического пере-

живания. Довольно часто этот результат, описывают в терминах **«инородного тела»**, которое было **«имплантировано»** в индивида, именно это и приводит к развитию патологии. Это устойчивое образование, являющееся следствием травмы, остается психически активным фактором, который сам по себе также рассматривается как травма.

Аналитическая психология.

У основателя аналитической психологии К.Г. Юнга мы не находим специально разработанной концепции психической травмы, однако рассуждения о последствиях травматизации можно обнаружить в его теории «чувственно окрашенных комплексов». С точки зрения Юнга, жизненное событие, сопровождающееся сильным аффектом (например, инфантильная психическая травма), ведет к тому, что все ассоциированные с этим событием ментальные элементы и элементы восприятия аккумулируются вокруг аффекта. Юнг понимает травму как **диссоциацию «чувственно окрашенного комплекса» от Эго**. Комплексы оказывают тем более тревожащее влияние на эго, чем более они автономны, что в свою очередь зависит от силы аффекта, образующего комплекс, а также от того, является ли этот аффект переносимым. Согласно Юнгу, в результате травматического переживания могут быть образованы автономные комплексы двух типов: содержащие личностный материал и содержащие материал коллективного бессознательного.

Развивая идеи Юнга, Д. Калшед предлагает концепцию, согласно которой психическая травма представляет собой **расщепление Эго в момент травматического события**. В результате такого расщепления образуется диадическая структура, состоящая из регрессировавшей части Эго, в которой остается личностный дух индивида, с одной стороны, и прогрессировавшей части, играющей роль опекуна регрессировавшей части, которая регулирует взаимоотношения с внешним миром.

Когнитивная психология.

Психическая травма в когнитивной психологии рассматривается как **разрушение базовых когнитивных схем или базовых убеждений**. Схемы представляют собой относительно устойчивые когнитивные модели, посредством которых люди сортируют и синтезируют поступающую информацию. Схемы являются когнитивно-эмоциональными структурами, формирующимися в онтогенезе.

Убеждения, лежащие в основе схем, могут иметь различную степень абстрагированности и глобальности. По этому критерию можно разделить убеждения на две основные группы: убеждения, касающиеся опре-

деленных жизненных ситуаций (например, убеждение «Я хороший музыкант») и убеждения, касающиеся себя и мира в целом (например, «Я хороший человек»). Убеждения, которые сформированы у личности относительно себя и мира в целом называются базовыми.

Формирование базовых убеждений происходит в процесс удовлетворения базовых потребностей личности, к которым относятся стремление максимизировать удовольствие и минимизировать боль, потребность в обретении связанной и стабильной концепции окружающего мира, стремление обрести объект привязанности и потребность повысить чувство самосохранения.

В концепции психической травмы R. Janoff-Bulman рассматриваются три базовых убеждения: *о доброжелательности окружающего мира, о справедливости окружающего мира и о ценности и значимости собственного «Я»*, которые имеются у подавляющего большинства психически здоровых людей.

Под воздействием травматической ситуации, индивид сталкивается с ужасом, порождаемым окружающим миром, а также, с собственной беспомощностью: существовавшие ранее базовые убеждения разрушаются, приводя личность в состояние дезинтеграции, обусловленное потерей устойчивой имплицитной теории реальности и теории собственного «Я».

Бихевиоральный подход.

Поведенческий подход опирается на **двухфакторную модель психической травматизации**, которая рассматривает психотравму с позиций классического и оперантного обусловливания.

Классическое обусловливание проявляется в возникновении чувства страха у жертв травматического события в ответ на любые внешние стимулы, так или иначе схожие с травматической ситуацией.

Оперантное обусловливание на поведенческом уровне выражается в избегании субъектом всех стимулов, вызывающих этот страх.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ТЕХ, КТО ЖЕЛАЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНО СПРАВИТЬСЯ С БОЕВЫМ СТРЕСС-ФАКТОРОМ

Леонтьева Елена Викторовна

клинический психолог, г. Москва

Мы много слышим о стрессе, мнения звучат разные: многие говорят, что он разрушителен для нас, другие - отмечают его созидательную роль, третьи учат нас как с ним справляться. Порой в голове, в связи с этим, возникает неразбериха: если стресс полезен, то, как мне в него попасть, если вреден - как избежать, если полезен до определенной степени в зависимости от моих личностных особенностей, то, как найти мне мудрости, чтобы не сделать ошибки и не переоценить своих возможностей.

Предлагаю посмотреть на эту проблему с другой стороны. Стресс, нанося вред нашему организму, порождает психотравму, когда эти два понятия разделяются, тогда нам легче найти пути и способы решения поставленных стрессовой ситуацией проблем.

Стресс становится опасным, когда вызывает болезненные переживания по поводу значимых для нас, обстоятельств жизни, событий и явлений. Именно тогда могут возникнуть серьезные изменения в мироощущениях конкретного человека, способные подвергнуть его организм серьезным испытаниям.

Опишем правила самопомощи в стрессовой ситуации:

1. Для того чтобы суметь самовосстановиться необходимо знать, что такое психотравма.

Знать о психотравме необходимо, потому что Вы или Ваши знакомые могут однажды испытать ее! А эти знания помогут Вам справиться со стрессовым расстройством. Это особенно важно в случаях, когда травма оказывает воздействие на Ваши взаимоотношения с людьми.

Вы сможете помочь другим людям, которые, возможно многое хотели бы отдать, лишь бы справиться с последствиями психологической травмы.

Возможно, Вы будете в состоянии помочь членам своей семьи, коллегам по работе, друзьям.

Возникновение психотравмы зависит от особенностей личности человека, поэтому психотравмирующими могут оказаться события, как профессиональной сферы, так и личной жизни.

Таковыми событиями могут стать: противоречивые указания вышестоящих руководителей, игнорирование Вашего мнения при принятии решения по организации деятельности Ваших подчиненных, вид смерти человека (обезображенного тела), столкновение с негативной практикой судопроизводства, (по поводу правомерности действий при выполнении служебных обязанностей), искаженное и негативное освещение в прессе Ваших действий, проблемы из-за недостатка денег, отказ в социальной поддержке, участие или пребывание в экстремальной, чрезвычайной ситуации, угроза собственной жизни, беспомощность, невозможность изменить ход событий, серьезная болезнь или травма, вынужденное изменение в режиме сна, смерть супруга, супруги, близкого родственника, развод, разочарование в друзьях, трудности в сексуальном плане, ограбление квартиры, супружеская измена, болезнь ребенка.

Мы должны знать и четко понимать, что если кто-то из нас попадает в стрессогенную ситуацию, или мы начинаем предполагать, что получили психотравму, то требуется действовать, предпринимая все для разрешения возникшей проблемы.

2. Если Вас вдруг покинуло счастье, не отталкивайте то, что происходит, не удерживайте то, что ушло, и счастье снова вернется к Вам.

Известно, что разные люди по разному переживают стрессогенные события, при этом индивидуальным бывает и время выхода из состояния психотравмы, а следовательно и продолжительность пребывания на каждой стадии переживания горя. Справиться с личными проблемами быстро и конструктивно - возможно, для этого необходимо овладеть определенными знаниями об особенностях наших психических реакций и рядом навыков саморегуляции в критической ситуации.

Стив и Коннира Андреас (1993) изучая, как люди успешно освобождаются от своего горя, открыли ключевые элементы и разработали тактику быстрого и надежного исцеления от страдания.

Секрет заключается в способах кодирования стрессогенной информации в нашем мозге. Любая утрата имеет определенную представленность образов воспоминаний и переживаний в голове. О «потерянных» нами людях, возможностях и способностях мы думаем как о «нереальных, маленьких, далеких, недоступных» или «больных, страдающих, умирающих», что сопровождается ощущениями пустоты, тоски, горя. В то время как другие люди, ушедшие из нашей жизни, вспоминаются так, как если бы они и сейчас находились рядом.

Двухступенчатая тактика самоосвобождения от страдания позволя-

ет изменить переживания горя, извлечь все ценное из прошлого опыта и перенести его в новые отношения с окружающим миром.

3. Признайся себе в наличии собственной психологической проблемы.

Это требуется, потому что взбираться на дерево, чтобы увидеть путь, будет только тот, кто скажет себе, что он заблудился.

Не стремитесь заниматься самоуспокоением - это самообман, который приводит к желанию других обманывать Вас. Никогда не вынуждайте обманывать себя. Это одно из самых распространенных преступлений против собственной личности. Самообман приводит к неискренности с собой. Неискренность с собой - наркотик, потребность в котором возрастает все больше и больше. Это война против себя на истощение. Сплав зависти, спеси, неуважения к себе, неуверенности, отчаяния и озлобленности, приводящий в тупик психотравмы.

Для восстановления необходимо время! Если Вы не располагаете этим временем или не желаете так долго страдать - освоите следующие правила избавления от психологических проблем самостоятельно.

4. Учитесь мыслить позитивно.

«Деятельно живущий организм, не стесняемый искусственными путями, врач самого себя» (П. Коптерев)

Девизом самопомощи по четвертому правилу может стать выражение: плыву не так, как ветер дует, а как парус поставлю.

В любой неудаче есть составляющая радости. Как только мы попадаем на границу возможности управлять событием и в состоянии наивысшего напряжения пытаемся влиять на ускользающую ситуацию - все в нас натянуто как струна. И вот событие выходит изпод контроля - поймай на фоне разочарования ощущение легкости сброшенного с плеч груза и ты почувствуешь радость.

Чашка выскочила из рук. Вы пытались ее подхватить. Почти удалось, да не подхватили. Все-таки разбилась. И в этот момент почувствуйте легкую радость. Не надо пытаться подхватывать чашку. Все. От Вас больше уже ничего не зависит. Эта радость, примешивающаяся к огорчению, - подсказка чувств о том, что удача непременно придет к Вам. Она сопровождает любую неудачу, любое горе.

Мораль: проанализируйте и найдите в своей проблеме, какой бы горькой и страшной она не была, этот момент «радости внутри огорчения», этот «звездный час» - присвойте его себе, как Ваше личное достижение. В каждой бочке дёгтя - есть ложка мёда!

5. Рационально объясни себе, почему ты испытываешь те или иные

проявления психических нарушений.

Требуется, доступная пониманию, трактовка характера и причин возникновения психотравмы. Для этого необходимы: логическая аргументация, самовнушение, эмоциональный контакт с авторитетной личностью.

Цель - самопознание характера, причин и механизмов возникновения психотравмы.

Задача - убедиться, что такое состояние является нормальной, естественной реакцией на ненормальные обстоятельства.

Опыт подсказывает нам, что рационализация зачастую помогает, если даже самообъяснения далеки от истинных причин психотравмы.

6. Научись взгляду на себя со стороны, проанализируй себя как человек посторонний не заинтересованный не в чем.

Если психотравма привела Вас в депрессию, то наиболее эффективны рефлексивные методы, которые позволяют найти свои умозаключения, приведшие к психологической проблеме. Последующее их переосмысление и замена позволят быстро выйти из состояния депрессии. Если Вы замечаете, что находитесь в «замкнутом круге», что для разрешения проблем необходимо разорвать этот порочный круг. Если Вы находите, что стали пессимистом и негативно оцениваете себя, свое окружение и свое будущее.

Если в своем поведении Вы начинаете руководствоваться жестко детерминированными иррациональными установками, такими как: «меня никогда не поймет человек, не побывавший там» или «после того, что я там видел я понял, что все люди жестоки» или «после того, что я там пережил я никогда не смогу выполнять прежнюю работу», то Вам целесообразно при помощи близкого или авторитетного для Вас человека, приступить к поиску скрытого смысла такого утверждения, с целью выявления всей алогичности и иррациональности негативной установки мышления. То есть, на любую жестко детерминированную установку, являющуюся результатом психотравмы, требуется ответить себе на вопросы типа: «Почему это так важно для меня?», «Насколько это важно для окружающих людей?» или «Значимо ли это за пределами моей личности?»

7. Определи, что твое значимое утрачено и перенеси эту значимость на реально существующее рядом с тобой.

Как-то мне пришлось беседовать с уже немолодой семейной парой на глазах у которых по шалости подростков сгорел дом в деревне.

У Светланы, жены Анатолия, за считанные минуты перед глазами прошло все детство, прошедшее в этом доме, была жалость к накопленному добру, исчезающему в огне по какой-то нелепости, но более всего ранило сердце то, что этот дом всегда напоминал ей маму, которой уже не было, приятные минуты детских радостей, был для нее символом незыблемости и душевной теплоты семьи. И вдруг этот символ на ее глазах превращается в пепел.

Светлана тяжело переживала утрату, долго болела, нарушилась речь, нервный тик на лице постоянно напоминал о пережитом. Психотравма была явно вызвана высокой значимостью нерушимости и теплоты семейного очага, символически воплощенного в старом доме. Достаточно было в совместном поиске найти реально существующий в ее жизни символ, способный взять на себя «утраченные» ценности и путь выхода из кризиса был найден. Вместе с этим восстановилось и самочувствие, прошел нервный тик, нормализовалась речь.

У меня есть хороший знакомый, был у него единственный сын, как говорится радость и надежда. Так уж распорядилась судьба, что сын трагически погиб. Родительское горе велико, не дай бог еще кому пережить своих детей. И вот Илья и его жена Тамара всю свою любовь направляют на единственного внука - в нем продолжение и частица жизни сына, в нем радость и утешенье.

Это перенесение любви, именно любви к своему сыну, которое переполняло сердце теперь уже одиноких родителей, помогло им справиться с болью, одержать победу над тоской и «безысходностью», которая только и ждала, чтобы воспользовавшись горем, войти в дом.

8. Научись, преодолевая стереотипы, принимать решение.

Любое решение является основой для возникновения спокойствия, успешно реализованное решение - формирует уверенность в себе. Если тебе тяжело, представь себе, что могло бы быть с тобой в еще более сложной и тяжелой ситуации.

Несколько лет назад ко мне обратилась Ирина, которая работая в поликлинике бухгалтером, испытывала серьезные трудности от общения с руководством, возложившем на нее ответственность за поручение, не входящее в круг обязанностей бухгалтера, дававшим противоречивые указания, игнорировавшим ее мнение при принятии решения по финансово-экономическим вопросам. При всем своем профессионализме, Ирина выглядела подавлено, речь была взволнованной, слезы готовы были сыпаться градом при первом же упоминании о работе.

Работа превратилась в «каторгу», пребывание на которой заканчивалось сердечными приступами, головной болью. И даже, вернувшись домой, Ирина жила страхом ожидания, что завтра вновь на работу. Семья страдала вместе с ней. Самое сложное, а в личностном плане это событие воспринималось невозможным, для нее было принятие решения.

В ходе нескольких встреч со специалистом Ирина научилась принимать решения, а это позволило ей сбросить оковы напористого руководителя и освободиться от психологической зависимости, основы которой были привнесены стереотипом о непогрешимости начальников и беспрекословности выполнения административных требований высшего руководства.

Ирина нашла в себе силы уйти на новое место и в настоящее время чувствует себя прекрасно, пользуется авторитетом и признанием в новом коллективе.

Если в результате психотравмирующей ситуации у Вас нарушились отношения на работе, в семье. Снижена успешность профессиональной деятельности, неудачи подстерегают Вас на каждом шагу. У Вас появились мысли о том, что вы неудачник, значительно снизилась самооценка и самопринятие. То Вам необходимо признаться себе, что только сам человек является, в конечном счете, ответственным за все, что с ним происходит, за все, эмоции и ощущения которые он испытывает. Человек ответственен за тот выбор, который он производит. Если он выбирает быть несчастным и жить в прошлом, то он сам себя загоняет в омут психологических проблем настоящего. Основная цель при этом изменить отношение самого себя к факту наличия в собственной жизни психотравмирующей ситуации.

В качестве эффективного приема можно рекомендовать сравнивать случившуюся ситуацию с более тяжелыми жизненными обстоятельствами или же воспринимать ее как самый ужасный эпизод в своей жизни, но именно как эпизод, который вскоре завершится.

9. Дозировано вернись в модель психотравмирующего события и переживи его, преодолев и эмоционально отреагировав то, что осталось глубоко в тебе. Поверь в себя.

Люди, испытывавшие насилие, боятся его повторения, побывавшие в автомобильных или авиационных катастрофах - утрачивают доверие к современным технологиям. Природные катастрофы - приводят к постоянному страху ожидания их повторения.

Так, при изучении последствий Крымского землетрясения 1927 года

впервые выделен «синдром землетрясения», включивший в себя головокружение, ощущение колебаний почвы под ногами, слабость, пониженную работоспособность, тошноту, постоянную тревогу, нарушение сна.

Однажды Виктор Г. попал в дорожно-транспортное происшествие, он сидел на первом сиденье, рядом с водителем и хорошо видел момент столкновения со встречной машиной. После больницы Виктор стал испытывать серьезные психологические проблемы при поездках в транспорте, особенно при разъезде со встречными машинами. Чувство страха заставляло усиленно биться сердце, волевой контроль достигал верхнего предела.

После таких поездок Виктор чувствовал разбитость во всем теле, долго приходил в себя. Все чаще стали возникать ошибки на рабочем месте, что могло привести к серьезным последствиям.

Занятия методом поведенческой психокоррекции позволили в течение 3 часов нормализовать самочувствие и преодолеть полностью возникшую в результате автокатастрофы психотравму. Суть этих занятий заключалась в двух взаимосвязанных этапах. На первом Виктор в своем воображении, в состоянии полного расслабления представил ситуацию дорожно-транспортного происшествия и нашел порядок действий, позволяющий избежать автокатастрофу, после чего продолжил воображаемый путь с массой транспорта по встречной полосе движения до пункта назначения. На втором этапе, вместе с опытным водителем, на пассажирском месте, совершил поездку, в ходе которой постепенно уменьшалось расстояние между машиной и встречным транспортом, а в ходе разъезда рационализировались ощущения Виктора.

Самопомощь при навязчивых состояниях, в том числе навязчивых страхах, заключается в поведенческой психокоррекции. Суть которой в принципе противообусловливания, утверждающего, что можно преодолеть дезадаптивное поведение, вызванное ситуацией или предметом, путем постепенного приближения к вызывающим страх ситуациям, преодолевая возникающую при этом тревогу состоянием релаксации.

Для этого требуется перейти в состояние полной релаксации, затем представить то, что вызывает реакцию тревоги, которая в свою очередь отторгается состоянием релаксации. Процедура повторяется до тех пор, пока человек не научится эффективно контролировать свою тревожность в различных жизненных ситуациях.

10. Применяй приемы психической саморегуляции.

На ранних этапах развития психотравмы весьма часто наблюдаются

нарушения сна, тремор конечностей, головные боли, неприятные ощущения в эпигастральной области, общая мышечная скованность и т.п. Для снятия подобных нарушений наиболее адекватными и эффективными являются: нервно-мышечная релаксация, аутогенная тренировка, саморегуляция.

Побеждает не тот, кто более физически развит или обладает большим количеством приемов, а тот, кто превосходит противника психологически, способен управлять своим состоянием, быть собранным и решительным в критичный момент, максимально мобилизоваться и использовать, в казалось бы безнадежной ситуации, все резервы организма и психики.

Для этого необходимо поддерживать свою психику в соответствующем состоянии, например, в состоянии «духа, подобного воде». Тогда психика подобна спокойной поверхности воды и способна зеркально точно отражать любое явление или предмет. Но стоит подуть ветру и мелкая рябь до неузнаваемости исказит отражение. Так и человеку лишь стоит поддаться чувству страха, волнения безрассудства и он станет неспособным четко воспринимать и предвидеть действия противника, окажется беспомощным в опасной ситуации.

Для достижения необходимых психических состояний применяются разнообразные методы психологической подготовки, начиная от простых дыхательных и физических приемов до сложных методик медитации, внушения, самогипноза и т.д.

Рассмотрим человека как явление природы в довольно упрощенном виде можно представить как сложную двухкомпонентную систему, состоящую из телесной и психической подсистем.

Их организация и процессы взаимодействия складывались в ходе тысячелетнего эволюционного отбора. На сегодняшний день можно констатировать, что наша телесная организация не будет претерпевать в дальнейшем каких-либо принципиальных изменений, то есть у человека вряд ли вырастет третья рука или сформируется второе сердце (мы не имеем ввиду генетические мутации под воздействием экономического загрязнения), т.к. строение организма наиболее оптимально с точки зрения приспособления к окружающей среде планеты Земля. С другой стороны, остановка эволюционного процесса любого живого вида неизбежно приводит к его деградации и исчезновению, что вряд ли кого-либо из нас устроит. Следовательно, дальнейшее эволюционное развитие человечества, скорее всего пойдет по пути психического

совершенствования. Отсюда второй аспект: современной наукой накоплено достаточно фактов как доказательства огромных возможностей и неиспользованных резервов человеческой психики. Так, согласно исследований, человеческий мозг может в принципе вместить 10-20 единиц информации, другими словами человек может запомнить содержание миллионов книг, которые хранятся в крупнейшей библиотеке имени Ленина. Историки утверждают, что Александр Македонский, Юлий Цезарь, царь Персии Кир знали по имени и в лицо всех своих солдат - до 30000 человек.

Русский шахматист Алехин одновременно «вслепую» играл с 40 партнерами.

Француз Морис Дагбер в присутствии комиссии вступил в спор с ЭВМ, производящей около 1 млн. операций в секунду. Дагбер заявил, что признает себя побежденным, если машина решит семь задач раньше, чем он десять.

В результате Дагбер решил 10 задач за 3 минуты 43 секунды, а ЭВМ за 5 минут 18 секунд. Аналогичное соревнование с ЭВМ «Мир» выиграл и наш соотечественник Игорь Шелушков. Немецкий профессор Гее-стерман выучил 132 языка. Не менее удивительны возможности человека и в управлении физиологическими реакциями. Мастера йоги способны настолько управлять организмом, что могут останавливать сердце, несколько десятков часов обходиться без воздуха, будучи погруженными в воду или закопанными в землю и т.д. Известный артист цирка В. Дикунь выдерживает на себе до тонны веса. В последнее время все больше внимания и исследования ученых привлекают явления человеческой психики, считавшиеся раньше лженаучными: телепатия, ясновидение, левитация, биоэнергетическое взаимодействие и т.д.

Все эти феномены заложены в каждом из нас. Бытующее мнение, что перечисленные явления присущи либо единицам людей от рождения, либо представителям замкнутых каст, имеющим тайные технологии подготовки и возможности многолетней работы над собой, становится мощной преградой на пути саморазвития и подготовки к встрече с опасностью. Любой обыкновенный человек, обладающий элементарной волей и самодисциплиной, а также желанием найти необходимую информацию, способен за непродолжительное время систематических занятий значительно продвинуться в деле самосовершенствования своих психических качеств, приобрести необходимые навыки управления своим телом и психикой. Вот несколько подтверждений этому.

В 1928 году в московском цирке гастролировал артист, именовавший себя То-Рама. Он демонстрировал полную власть над болью, прокалывал свои плечи, руки и шею длинной иглой. Потом выяснилось, что он не индийский йог, а австриец. В 1-ю мировую войну, будучи солдатом, он был тяжело ранен и долго мучался от сильных болей. Путем упорной целенаправленной тренировки психики он научился преодолевать боль, а затем добился и полной власти над ней. Он рассказывал: «Я выработал систему победы над самим собой и вообще не испытываю страданий, если не хочу их испытывать. Власть над самим собой - самое важное в жизни. Многие старались развить свою энергию и силу воли. Но через некоторое время, замечая, что не продвигаются к успеху, прекращают тренировку, считая ее беспредельной. Но эти люди ошибались. Первое условие для достижения желанных изменений - это внутренняя дисциплина и систематичность занятий самовоспитания. Никому и в голову не приходит связать работу над собой с тренировкой.

При обороне Севастополя в годы Великой Отечественной войны в критический момент боя группа наших бойцов вкатил на вершину Сапун-горы тяжелое орудие. После боя гораздо большее количество людей даже не смогли сдвинуть его с места.

Можно с уверенностью предположить, что каждый из присутствующих может вспомнить, когда он хоть раз в жизни демонстрировал подобные явления - предвидел какое-то событие, убегая от злобной овчарки, перемахнул в одно касание двухметровый забор, в долю секунды принял единственно правильное решение и т.д. Значит, резервы каждого огромны, надо только научиться их использовать. Тем более, что в армейских условиях проведение этой подготовки и необходимо, т.к. поможет выжить и выполнить задачу в боевой или другой экстремальной обстановке, и легче, т.к. меньше отвлекающих и мешающих факторов. Наконец, развитые качества и навыки управления собой ценны не только для армейской, но и для любой другой деятельности и жизненной ситуации.

С чего же начать практически работу над собой? Поскольку круг методов самовоздействия достаточно широк, а ряд из них довольно сложен и требует методического руководства со стороны подготовленных специалистов, то целесообразно следовать принципу «от простого к сложному». Освоение навыков самовоздействия можно начать с физиологических методов. Они довольно просты, достаточно эффективны сами по себе и входят составной частью в комплексные методики тре-

нировок психики. Поскольку мы условились, что тело и психика оказывают друг на друга взаимовлияние, значит, воздействие на физиологические реакции вызовет желаемое изменение психических состояний. Самое важное до начала занятий четко поставить себе цель, которую планируется достичь - скинуть излишнее напряжение, устранить тревогу или волнение, или наоборот, мобилизоваться, активизировать деятельность организма.

Первый прием самовоздействия, который мы рассмотрим - это управление дыханием. Дыхание - не только важнейшая функция жизнеобеспечения организма, но и эффективное средство влияния на тонус мышц и эмоциональные центры мозга. Медленное и глубокое дыхание понижает возбудимость нервных центров и способствует мышечному расслаблению. Частое дыхание, наоборот, обеспечивает высокий уровень активности организма. Так же было замечено, что во время вдоха происходит активация психического тонуса, а при выдохе он снижается. Большинство людей в повседневной жизни используют только поверхностное дыхание, когда заполняются лишь верхушки легких. Полное же дыхание, как утверждается в разделе учения о дыхании «пранаяме», включает последовательное заполнение нижней, средней и верхней части легких. Изменяя вид, ритм, дыхания, продолжительность вдоха и выдоха, человек может влиять на многие, в том числе и психические функции. Для начального освоения можно предложить 2 вида дыхания: нижнее (брюшное) и верхнее (ключичное). Нижнее дыхание используется, когда необходимо преодолеть излишнее волнение, побороть тревогу и раздражительность, максимально расслабиться для быстрого и эффективного отдыха. К тому же, нижнее дыхание является самым продуктивным, так как в нижних отделах легких расположено наибольшее количество легочных пузырьков (альвеол). Выполняется брюшное дыхание следующим образом: сидя или стоя необходимо сбросить напряжение с мышц и сосредоточить свое внимание на дыхании (можете попробовать прямо сейчас). Затем производится 4 этапа единого цикла дыхания, сопровождаемые внутренним счетом для облечения обучения. На счет 1-2-3-4 осуществляется медленный вдох, при этом живот выпячивается вперед, мышцы живота расслаблены, а грудная клетка неподвижна. Затем на следующие 4 счета проводится задержка дыхания и плавный выдох на 6 счетов, сопровождаемый подтягиванием мышц живота к позвоночнику. Перед следующим вдохом опять следует пауза на 2-4 счета. Следует помнить, что дышать нужно только носом и так

плавно, как если бы перед Вашим носом на расстоянии 10-15 см висела пушинка, то она не должна колыхнуться. Уже через 3-5 минут такого дыхания вы заметите, что ваше состояние стало заметно спокойней и уравновешенней. Если же Вам необходимо взбодриться после монотонной работы, скинуть усталость, подготовиться к активной деятельности, то рекомендуется верхнее (ключичное дыхание). Оно проводится энергичным глубоким вдохом через нос с поднятием плеч и резким коротким выдохом через рот. При этом никаких пауз между вдохом и выдохом не производится. Уже через несколько циклов такого дыхания появится ощущение «мурашек» на спине, свежести, прилива бодрости.

Следующий прием самовоздействия заключается в управлении тонусом скелетных мышц. Умение расслабляться, снимать мышечные зажимы, возникающие под воздействием психических нагрузок, позволяет организму получать полноценный отдых, быстро восстанавливать силы и снимать нервно-эмоциональную напряженность. Добиться полноценного расслабления сразу всех мышц тела, как правило, не удается. Поэтому рекомендуется последовательное расслабление различных групп мышц с соблюдением ряда правил. Во-первых, задача упражнений - осознать и запомнить ощущение расслабленной мышцы по контрасту с ее напряжением.

Во-вторых, каждое упражнение состоит из 3-х фаз: «напрячь - почувствовать - расслабить». В начальной фазе напряжение избранной группы мышц нарастает плавно, затем несколько секунд держится максимальное напряжение до дрожания мышц, а сбрасывание напряжения (фаза расслабления) осуществляется резко. Нужно учитывать, что полностью расслабленная мышца как бы «провисает» и в ней возникает ощущение тяжести.

В-третьих, медленному напряжению соответствует и медленный вдох, расслабление синхронно со свободным полным выдохом. Каждое из упражнений повторяется 3-4 раза. Формирование навыков расслабления лучше начинать с мышц лица и рук. Именно эти части тела имеют самое большое представительство в коре головного мозга, и именно в этих частях наиболее часто возникают мышечные зажимы, т.е. группы мышц хронически находящиеся в повышенном тонусе даже, когда человек расслаблен. Постоянно посылая в мозг активирующие сигналы, они не дают психике отдыха, в том числе и во сне, угрожая внутреннему равновесию человека. Поэтому важно научиться расслаблять все группы мышц хоть на короткое время.

Работа с мышцами лица начинается с напряжения и расслабления мышц лба (маска удивления, маска гнева), затем мышц щек, глаз, губ, жевательных мышц и мышц шеи. Если зажим снять не удастся, то его можно разгладить с помощью легкого самомассажа круговыми движениями подушек пальцев. Конечным результатом является достижение «маски релаксации»: веки опущены, все мышцы лица разглажены, лицо становится несколько сонным, равнодушным, нижняя челюсть чуть опущена, язык слегка прижат к зубам, как будто собирается сказать «да». Дальнейшее расслабление мышц ведется сверху вниз - шея, руки (особенно кисти), ноги, общее расслабление мышц тела. И последнее. Чтобы научиться расслаблять мышцы, надо их иметь, поэтому ежедневные физические нагрузки повышают эффективность упражнений на расслабление мышц.

Перейдем к рассмотрению более сложного приема самовоздействия - самовнушения. Его суть состоит в использовании специальных словесных формул на фоне особого, отличного от бодрствующего состояния психики для достижения изменений физиологических или психических реакций. Сила воздействия слова как специфического, присущего только человеку раздражителя, известно давно. Недаром народная мудрость гласит: «Словом можно убить и окрылить человека». Наиболее ярко эта сила проявляется в гипнозе. Но человек может использовать эти феномены и без участия гипнотизера, если знает основные правила и элементы техники самовнушения.

Сначала необходимо добиться возникновения состояния аутогенного погружения или, как его еще называют «нейтрального» состояния. Оно характеризуется концентрацией внимания на происходящем процессе и отвлечении от внешних раздражителей, расслабленностью (дремотное состояние), внутренней уверенностью в успехе, спокойным, несколько отстраненным отношением к самому процессу. Подготовительный этап заключается в выполнении двух ранее рассмотренных приемов - достижении максимального расслабления мышц на фоне брюшного дыхания. Следующим элементом является тренировка концентрации внимания. Внимание обычного человека обладает произвольной переключаемостью с объекта на объект. Это нетрудно проверить на следующем тесте: если смотреть на усеченную пирамиду (вид сверху), то вы увидите, что она будет видна то вершиной к вам, то от вас. Это и есть произвольное переключение. Но если во время занятий по саморегуляции ваше внимание также постоянно будет переключ-

чаться то на внутренние ощущения, то на посторонние звуки, шумы, отвлеченные мысли, тогда успех от занятий станет сомнительным. Поэтому необходимо тренировать способность удержания внимания на каком-либо предмете или ощущении, постепенно доводя его до 4-5 минут. Это может быть любая точка, собственный палец, ощущение своего дыхания и т.д.

Кроме того, управление вниманием ценно само по себе и вне процедуры самовнушения. Достаточно вспомнить пример, когда человек довольно свободно проходит по бревну, лежащему на земле. Но стоит это же бревно поднять на 5-метровую высоту и картина резко меняется. Движения человека становятся скованными, т.к. возросла цена ошибки. Его внимание сконцентрировано на каждом шаге, положении тела. Однако, если он сможет сконцентрировать свое внимание на конечной цели - противоположном конце бревна и удерживать его там до завершения пути, то он пройдет почти также свободно, как и на земле.

Теперь о двух самых важных элементах техники самовнушения. Когда достигнуто состояние аутогенного погружения, происходит перераспределение функций между основными подструктурами психики - сознанием и подсознанием, они становятся равнодействующими. Каждый из них имеет свой инструмент общения, который и надо использовать. Как известно, сознание использует в качестве такого инструмента слово. В данном случае оно выступает в виде формулы самовнушения, которая по своей сути есть цель, которую вы желаете достичь. Поэтому эти фразы необходимо продумать и определить заранее, до вхождения в «нейтральное» состояние. Существует ряд требований, которым должны отвечать формулы самовнушения:

- вы должны четко знать чего вы хотите достичь во время сеанса самовнушения;
- формула должна быть четкой, короткой, отражать самую суть;
- фраза должна носить позитивный характер, без содержания частицы «не», т.к. подсознание ее опускает. Если вы боретесь с головной болью и произнесете «Моя голова не болит», то можно получить обратный эффект. Лучше использовать фразу «Головная боль растворяется, проходит. Голова ясная, легкая»;
- фраза произносится в ритм дыхания, при этом решающая ее часть на выдохе;
- хорошо, если фраза носит несколько иронично-веселый характер или зарифмована.

Однако, силы слова не всегда бывает достаточно и тогда ее значительно повышает другой инструмент, принадлежащий подсознанию - психический образ. С образом мы связываем работу человеческого представления и воображения. Прочувствовать эффект влияния образов на организм достаточно просто. Закройте глаза и мысленно скажите: «Пусть мой рот наполнится слюной». По всей видимости результат будет незначительный. А теперь как можно ярче представьте себе, что у вас в руках свежесрезанный ломтик лимона. Вы ясно ощущаете его запах, видите капельку янтарного сока, кладете этот ломтик на язык и ощущаете его пронзительно кислый вкус. Скорее всего, во рту уже достаточно много слюны.

Науке известно достаточно много фактов силы человеческого воображения, иногда трагических. На одном из предприятий в конце вечерней смены один из рабочих оказался, по недосмотру, захлопнут в рефрижераторной установке. Он решил, что неминуемо заморозится. Когда утром холодильную камеру открыли, то обнаружили мертвого человека. Врач констатировал все признаки смерти от переохлаждения. Однако, выяснилось, что установка была отключена, т.е. человек погиб от собственного воображения.

И, наоборот, немецкий ученый Ханнес Линдемманн, стремясь доказать огромные возможности человека, пройдя специальный курс психической саморегуляции, в одиночку пересек Атлантический океан на обычной одноместной надувной лодке. Поэтому, если позитивные формулы самовнушения сопровождаются яркими чувственными образами тех целей или состояний, которых вы хотите достичь, то результат достигается значительно быстрее и эффективней. При этом необходимо стремиться наполнить желаемый образ по всем чувственным каналам - зрительному, слуховому, осязательному и т.д.

Таким образом, сеанс самовнушения может выглядеть следующим образом (например, если целью является достичь спокойствия, устранить волнение перед зачетным упражнением или итоговым занятием). Занимаете удобную позу, прикрываете веки, переходите на брюшное дыхание. Внимание сконцентрировано на дыхании. Фраза самовнушения «Дыхание плавное, глубокое. Живот идет вперед, приятный воздух заполняет легкие». Старайтесь увидеть, как воздух проникает в легкие, заполняя вас спокойствием и расслабленностью. Через 2-3 минуты, когда дыхание установится, переходите к расслаблению мышц, начиная с лица. Каждую группу мышц сопровождает концентрацией вни-

мания на ней и фразой самовнушения. Например, «мышцы лба напряглись (на вдохе) и полностью расслабились (на выдохе). Лоб гладкий, спокойный». И так по всем мышцам тела. Этот процесс сопровождается зрительным и чувственным образом расслабленной мышцы, которая как бы провисает и растекается как кисель. Когда необходимый уровень расслабления достигнут, переходите к основной фазе самовнушения - постановке желаемой цели. «Я абсолютно спокоен, уверен в своих силах. Задачу выполняю на отлично. Сохраняю спокойствие и уверенность в любых условиях. Управляю собой, владею своими эмоциями. Я весь собран, хладнокровен. Полностью уверен в успехе». Фразы сопровождаются мысленным образом уверенного, четко действующего в предстоящей ситуации человека. При этом мысленно могут проигрываться несколько вариантов ситуаций, в том числе и с сопровождением мышечных движений будущих действий (идеомоторная тренировка). Если деятельность предстоит выполнять в ближайшее время, то завершающая фаза сеанса приобретает активизирующий характер. Нужно перейти на ключичное дыхание, провести ряд бодрящих формул «Я хорошо успокоился и отдохнул. Все будет хорошо. Готов действовать четко и уверенно. Дыхание становится чаще. Чувствую бодрящую прохладу воздуха. Мышцы упругие. Глубокий вдох... резкий выдох... Встать!». Если активной деятельности не предстоит, то можно сделать и более плавный выход, но с обязательным ощущением ясности в голове и сброса тяжести. В конце рекомендуется сжать кулаки, потянуться и встряхнуть мышцы.

Таковы основные начальные элементы психической саморегуляции, осваивая которые каждый получит навыки воздействия на свои психические состояния в целях сохранения здоровья и эффективного решения профессиональных задач в различных условиях обстановки.

МЕХАНИЗМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЕВОЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

Кучер Александр Артурович

начальник группы психологической помощи и реабилитации
военнослужащих и членов их семей, ГУВР ВС РФ

I вид: Накопленная психотравма.

Возникает в результате продолжительного воздействия стресс-факторов и в своем симптомокомплексе имеет нарастающую динамику проявлений признаков острого стрессового расстройства, перерастающего в посттравматическое стрессовое расстройство. Такой вид психотравмы составляет 90-95% по своей распространенности и корректируется работой немедицинского психолога.

Концептуально, накопленная психотравма формируется с доминантой теории близкой к взглядам, разработанным в когнитивной психологии, где считается, что в результате психотравмы происходит **разрушение базовых когнитивных схем или базовых убеждений**. В действительности же, на мой взгляд, в результате воздействия стресс-факторов экстремальной ситуации у личности происходит **смена приоритетов потребностей, которые по своей сути являются источником активности личности** и тем самым определяют ее структуру поведения и деятельность как таковую.

Напомню Вам иерархию человеческих потребностей, определенных в исследованиях А. Маслоу: 1 – Потребность в самоактуализации: стремление к реализации своих способностей, к развитию собственной личности. 2 – Эстетические потребности: стремление к гармонии, симметрии, порядку, красоте. 3 – Познавательные потребности: стремление много знать, уметь, понимать, исследовать. 4 – Потребности уважения (почитания): стремление к компетентности, достижению успехов, одобрению, признанию, авторитету. 5 – Потребности в принадлежности и любви: стремление принадлежать к общности, находиться рядом с людьми, быть признанным и принятым ими. 6 – Потребность в безопасности: стремление чувствовать себя защищенным, избавиться от страха и жизненных неудач. 7 – Физиологические (органические) потребности: голод, жажда, половое влечение и др.

Рассмотрим сравнительную таблицу изменения иерархии потребностей в условиях воздействия на личность стресс-факторов экстремальной ситуации:

Мир		Война	
Самоукутуализация	1	1	Самоукутуализация
Эстетические потребности	2	2/5	Эстетические потребности и <i>любовь</i>
Познавательные потребности	3	3	Познавательные потребности
Потребность уважения	4	4	Потребность уважения
<i>Любовь</i> и общность	5	5 -	Общность с группой
Безопасность	6	7	<u>Физиологические потребности</u>
<u>Физиологические потребности</u>	7	6	Безопасность

Изменение иерархии потребностей на органическом уровне:

Мир		Война	
Физиологические потребности			
Семейные потребности	6	4	Сексуальные потребности
Потребность в защите	5	2	Потребность в еде
Сексуальные потребности	4	3	Потребность в сне
Потребность в сне	3	1	Потребность в воде
Потребность в пище	2	*	Потребность в средствах уничтожения
Потребность в воде	1	5	Потребность в защите

Смена иерархий потребностей приводит к изменению активности личности, психологической деформации поведения индивида, что выражается понятием психотравма.

II вид: Одномоментная психотравма.

Возникает в результате одномоментного воздействия мощных стресс-факторов и выражается в неспособности психики адекватно отражать объективную действительность. Такой вид психотравмы составляет около 5% по своей распространенности и корректируется работой психиатра и медицинского психолога. Концептуально, данный вид психотравмы является «сбивкой» в функционировании центральной нервной системы, которую, при создании искусственного внутреннего конфликта описал в экспериментальной теории И.П. Павлов. Под воздействием травматической ситуации индивид сталкивается с ужасом окружающего мира, желанием выжить и своей неспособностью справиться с ситуацией. Это приводит личность в состояние дезинтеграции, потери реальности и собственного «Я».

Хронология формирования концепции ПТСР.

США (конец 70-х)	Россия (середина 90-х)
Катализатор: исследования психического состояния ветеранов Вьетнама.	Катализатор: исследование психического состояния военно-служащих и ветеранов Чеченской войны.
ПТСР - имеет официальный статус в группе тревожных расстройств (ДСМ-3).	ПТСР - не имеет официального статуса. В ряде регионов (Пермская область) учитывается в юридической практике.
На изучение и реадaptацию ветеранов выделяются бюджетные деньги.	1996 г. - первые Парламентские слушания по проблеме ПТСР.

К настоящему времени:

- Психотравма признана комплексной проблемой (медицинской, медико-психологической, психологической, социальной).
- Разработаны диагностические критерии и средства диагностики ПТСР.
- Появилась тенденция сближения понятий ПТСР после боевой психической травмы и после психотравмы в условиях гражданского общества.
- Достигнуто понимание, что ПТСР — приводит к изменению личности.

В итоге, определение посттравматического стрессового расстройства выглядит следующим образом:

ПТСР — это специфическая, отсроченная по времени, форма нарушения психики, вызванная однократным или повторяющимся (накопленным) воздействием стресс-фактора выходящего за пределы жизненного опыта личности, субъективно воспринимаемого ее как обычный, и вызывающего, как правило, необычайно сильные эмоциональные реакции.

Анализ определения ПТСР показывает, что в представлении психической травмы имплицитно заложены категории как **процесса**, так и **состояния**. То, что относится к процессу, обозначается как травматизация, которая в дальнейшем приводит к состоянию относительно устойчивой внутренней адаптации, которая, в свою очередь, может быть, а может и не быть патологической или патогенной.

В понятие психической травмы имплицитно заложена идея катастрофического взаимодействия между субъектом и средой, которое является системообразующим фактором феномена психической травмы.

Единство и различия возникновения и развития боевой психической травмы и психотравмы в условиях гражданского общества.

Анализ литературы позволяет предположить, что с экопсихологической точки зрения исходным основанием для построения такой теории

может служить подход к психическим состояниям как природному явлению, которое проходит (и должно обязательно пройти) все стадии развивающейся системы, т.е. “рождение”, “становление и функционирование” и “завершение (смерть, превращение в другую форму существования)”. Незавершенность этого процесса “от порождения до завершения” будет проявляться в закрепленных психических состояниях, которые не имеют соответствующих средовых (перцептивных, эмоциональных, поведенческих и т.п.) условий для завершения динамики своего развития, что может фиксироваться, например, в виде посттравматического синдрома.

Сравнительная таблица возникновения и развития острых и посттравматических стрессовых расстройств, при боевой психической травме (БПТ) и психотравмы в условиях гражданского общества (ПТГО).

Этапы	БПТ		ПТГО	
	Специфическое	Общее	Специфическое	
1 этап: «Зарождение»				
Стресс-фактор:	В 90% случаев доминирует постоянный стресс-фактор	Имеют два варианта возникновения по стресс-фактору	В 90% случаев доминирует одномоментный стресс-фактор	
	Наиболее подвержены травматизации при ОСР информационно-энергетический и эмоциональный планы личности, изменяется сущность духовно-нравственного плана. С развитием ПТСР деформации подвергаются духовно-нравственный, эмоциональный и психофизиологический планы личности.	Личностное ядро стресс-фактор достигает в 5—10% случаев.	Наиболее подвержены травматизации при ОСР эмоциональный, психофизиологический, духовно-нравственный и интеллектуально-волевой планы личности. С развитием ПТСР деформации подвергаются эмоциональный и психофизиологический планы личности, в меньшей степени духовно-нравственный, и интеллектуально-волевой.	
2 этап: «Развитие»				
Схема развития психического состояния:	90% психических состояний достигают вершины своего развития.	Психическое состояние не завершено в своем развитии.	90% психических состояний не достигают вершины своего развития.	

	В 90% случаев социальная составляющая стресс-фактора отрицательна в своем воздействии.	Социальная составляющая стресс-фактора отрицательна при социально-экономическом стрессе.	В 90% случаев социальная составляющая стресс-фактора положительна в своем воздействии.
3 этап: «Функционирование».			
	Доминанта в эмоциональной сфере.	5 –10% получают поражение личностной сферы	Доминанта в психофизиологической сфере
Виды психических состояний во время функционирования.	• боевая настроенность; • асоциальность поведения; • «застывание» в прошлом; • немотивированная агрессия; • ограничение круга общения (кастовость); • стремление к риску.	• нарушение сна; • аутоагрессия; • депрессия; • алкоголизация; • уединение.	• тики; • заикания; • энурез; • фобии; • избегание риска.
	Есть готовность вернуться в ситуацию боевой обстановки.		Существует страх возможности повторения ситуации психотравмы.
4 этап: «Психотерапия в интересах завершения функционирования».			
БПТ реадaptация	Основная цель: адаптация к мирной жизни.	Требуется завершить функционирование возникшего во время психотравмы психического состояния.	Основная цель: проживание психотравмы.
ПТГО проживание реадaptация	Целесообразно избегать ассоциаций, возвращающих в события психотравмы.	По механизму психологической защиты психотравма вытесняется в бессознательное.	Проживание психотравмы обеспечивают воспоминания и ассоциации события психотравмы.
Последствия завершения функционирования психического состояния психотравмы	Перестраивается духовно-нравственная сфера личности, возникает эмоциональная вовлеченность в события, ассоциирующиеся с психотравмирующей ситуацией		Страдает эмоциональная сфера личности, формируется стремление избегания событий, ассоциирующиеся с психотравмирующей ситуацией

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ (ОСТРОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА)

Котенёв Игорь Олегович

кандидат психологических наук, доцент, автор
психодиагностической методики «Опросник травматического стресса»

Экстремальные условия деятельности, с которыми нередко приходится сталкиваться работникам многих профессий экстремального профиля, в частности, сотрудникам органов внутренних дел, с психологической точки зрения характеризуются *сильным психотравмирующим воздействием* событий, происшествий и обстоятельств на психику сотрудника.

Это воздействие может быть:

- *мощным и однократным* (применение оружия, задержание вооруженного преступника, стихийное бедствие);
- *интенсивным и многократным*, требующим периода адаптации к постоянно действующим источникам стресса (несение службы при чрезвычайных обстоятельствах, участие в боевых действиях против незаконных вооруженных формирований).

Оно характеризуется *различной степенью внезапности, масштабно-сти*; может служить источником как *объективно*, так и *субъективно обусловленного стресса* (из-за недостаточной опытности, психологической неподготовленности, низкой эмоциональной устойчивости конкретно-го сотрудника).

- наиболее мощными, или экстремальными, стрессорами являются:
- угроза собственной жизни, жизни товарищей по службе, некоторых категорий граждан (детей, женщин, стариков);
- потери среди личного состава подразделения;
- попадание в «ситуацию заложника»;
- применение оружия и поражение или смертельное ранение человека;
- катастрофа или разрушительное стихийное бедствие, повлекшие массовую гибель людей.

Лиц, переживших подобные ситуации, принято относить к группе повышенного риска возникновения психических нарушений, получивших наименование *«посттравматических стрессовых расстройств» (ПТСР)*.

Следует отметить, что в настоящее время воздействие экстремальных ситуаций на сотрудников полиции, МЧС, военнослужащих, как и механизмы развития у них ПТСР достаточно изучены. Установлено, что:

- у определенной части личного состава развитие болезненных психопатологических состояний связано с психической травматизацией в процессе несения службы при чрезвычайных обстоятельствах;

- часть личного состава испытывает заметные психологические проблемы как в период непосредственного воздействия экстремальных факторов, так и в период реадaptации к обычным условиям несения службы (например, по возвращении из командировок в «горячие точки»).

Причем в последнем случае речь не идет, как правило, о клинически выраженных проявлениях «дезадаптации», требующих либо немедленной госпитализации сотрудника для стационарного психиатрического лечения, либо увольнения его из органов внутренних дел по соответствующей статье. Нарушения проявляются на психологическом (или поведенческом) уровне в виде пониженного настроения, тревожности, агрессивности, или «недисциплинированности», ухудшения показателей службы, злоупотребления спиртными напитками, внутрисемейных и межличностных конфликтов.

Источником психической травматизации личного состава выступают самые разные события, имеющие место в процессе несения службы, которые можно отнести к критическим. Определение критического инцидента, принятое многими авторами, дано американским исследователем Дж. Митчелом (1991):

«Критический инцидент - это всякая встречающаяся на практике ситуация, вызывающая необычайно сильные эмоциональные реакции, которые могут отрицательно повлиять на выполнение обязанностей либо непосредственно на месте событий, либо позже».

К критическим инцидентам относят такие и только такие события, которые подвергают человека физической (и/или психологической) опасности и способны вызвать отрицательные психологические последствия, требующие принятия специальных мер по оказанию помощи их участникам или очевидцам.

Нередко это понятие отождествляют с понятиями «психическая травма», «травма», которые имеют гораздо более широкое содержание. Тем не менее, говоря о пережитом критическом инциденте, имеют в виду тот факт, что индивид подвергся массивной психической травматизации.

Психологическая реакция на травму включает в себя три относитель-

но самостоятельные фазы, что позволяет охарактеризовать ее как развернутый во времени процесс.

Первая фаза — фаза психологического шока, - содержит два основных компонента:

- угнетение активности, нарушение ориентировки в окружающей среде, дезорганизацию деятельности;
- отрицание происшедшего (своеобразную охранительную реакцию психики). В норме эта фаза достаточно кратковременна.

Вторая фаза - «воздействие», - характеризуется выраженными эмоциональными реакциями на событие и его последствия.

Это могут быть сильный страх, ужас, тревога, гнев, плач, обвинение - эмоции, отличающиеся непосредственностью проявления и крайней интенсивностью. Постепенно эти эмоции сменяются реакцией критики или сомнения в себе. Она протекает по типу «что было бы, если бы...» и сопровождается болезненным осознанием неотвратимости происшедшего, признанием собственного бессилия и самобичеванием. Характерный пример - это описанное в литературе чувство «вины за выживание», нередко доходящее до уровня глубокой депрессии.

Рассматриваемая фаза является критической в том отношении, что после нее начинается либо *процесс выздоровления*. (отреагирование, принятие реальности, адаптация к вновь возникшим обстоятельствам), т.е. *третья фаза* нормального реагирования, либо происходит *фиксация на травме* и последующая хронификация постстрессового состояния, развитие ПТСР.

Динамика психического состояния пострадавшего определяется как совокупностью его индивидуально-психологических особенностей, так и воздействием микросоциальных, социально-психологических факторов, конкретных жизненных обстоятельств.

Для предупреждения подобных отрицательных последствий психической травматизации необходимо квалифицированное вмешательство специалистов в области психопрофилактики, психологической коррекции, проведение активных реабилитационных мероприятий на возможно более ранних стадиях формирования посттравматического стрессового синдрома.

Диагностические признаки посттравматических и острых стрессовых расстройств.

Изучение последствий воздействия на психику человека различных чрезвычайных обстоятельств, таких как войны, стихийные бедствия, катастрофы, насильственные преступления и т.д. позволило выделить

и описать категорию *посттравматических (ПТСР) и острых стрессовых расстройств (ОСР)* как специфических форм нарушений психики. Различные чрезвычайные обстоятельства создают особые (или экстремальные) условия и для деятельности органов внутренних дел, для личного состава, его жизни, физического и психического здоровья.

Обычно различают *два типа условий*, возникающих в деятельности полиции, с высокой вероятностью вызывающих психологический стресс, другие формы психической дезадаптации:

- *ситуации профессионального стресса и профессионального «выгорания»*, связанные с повседневной напряженной деятельностью;

- т.н. *«критические инциденты»*, при которых полицейские сталкиваются с реальной опасностью для своей жизни, здоровья или системы ценностей, а также с угрозой жизни, здоровью, благополучию окружающих, с массовыми человеческими жертвами и значительными материальными потерями (перестрелки, автокатастрофы, крупные пожары и т.п.).

По различным оценкам, из числа полицейских, применивших оружие на поражение, примерно 70% увольняются из полиции в течение 5 лет, так или иначе связывая это с последствиями пережитой психической травмы. По мнению других исследователей, подразделение, принимавшее участие в инциденте, сопровождавшемся массовыми жертвами (большим количеством обгоревших или изувеченных трупов), может в последующие 3-5 лет потерять до 20% своей численности за счет нарушения психической адаптации. Обследование этой категории лиц выявило значительную распространенность у них постстрессовых расстройств. По одним данным, свыше 60% обследованных отметили значительное воздействие инцидентов на их психическое состояние и последующую жизнь, и лишь 35% не испытали каких-либо отрицательных психологических последствий.

Помимо несомненного психологического ущерба, наносимого как сотруднику, так и его семье, близким, налицо весьма значительные потери людских ресурсов. Известны, например, данные новозеландского автора L.Miller (1993), что из всех уволенных сотрудников из полиции Новой Зеландии в течение 1985-1990 годов 45 % расстались со службой по различным психологическим причинам. При этом психологическая травма была причиной увольнения у 42.5 % лиц этой категории.)

Голландский психиатр B.Gersons (1989) провел исследование группы из 37 полицейских Амстердама, которые в период с 1977 по 1984 год участвовали в перестрелках и применяли оружие на поражение (в результате чего во всех случаях подозреваемые были либо ранены, либо убиты),

и обнаружил, что в разное время у 17 (46%) из них имелись клинически выраженные ПТСР. При этом непосредственно во время клинического интервью расстройства присутствовали у 7 человек (19%), отмечались в прошлом - у 10 (27%). Лишь 3 полицейских из общего числа обследованных не имели признаков ПТСР после применения ими оружия (8%).

Обследование сотрудников РОВД г. Буденновска, проведенное нами спустя 10 месяцев после того, как город подвергся нападению террористов Басаева, показало наличие симптомов постстрессовых нарушений у 21,5% личного состава. Было установлено, что психическая травматизация личного состава носила массированный характер, сопровождалась переживанием во время этих драматических событий, при которых погибли 18 работников милиции, острых эмоций горя, страха, чувствами растерянности и собственной беспомощности перед лицом озверевших бандитов.

В исследовании Н.Г. Ещенко (1997) было установлено, что у 14% сотрудников таких элитных подразделений, как СОБРы, принимавших участие в боевых действиях в Чеченской Республике, наблюдаются выраженные симптомы ПТСР (ночные кошмары, избегание стимулов и ситуаций, напоминающих об эпизодах боевых действий, физиологическая гиперактивация, повышенная тревожность) и у 80% отмечается повышенный уровень агрессивности.

Концепция ПТСР впервые была официально одобрена Американской психиатрической ассоциацией еще в 1980 году и только потом получила международное признание). Рассмотрим эти критерии более подробно, опираясь на 4-е издание руководства по диагностике психических расстройств DSM-4:

Посттравматическое стрессовое расстройство		Острое стрессовое расстройство	
A	Индивид пережил травматическое событие, в котором присутствовали оба следующих аспекта:		
1	индивид столкнулся или стал очевидцем события (событий), связанных со смертью или угрозой смерти или серьезного ранения - угрозой физической целостности, своей или других людей;		
2	событие сопровождалось интенсивными эмоциональными переживаниями (страха, беспомощности, ужаса).		
B	Травматическое событие упорно переживается вновь одним из следующих способов: вторгающимися неприятными воспоминаниями, повторяющимися сновидениями	b	Либо в период травмы, после нее у индивида наблюдалась диссоциативная симптоматика: ощущение эмоциональной зависимости, “притупления” или отсутствия эмоционального реагирования,

	или “флэшбэками” , вызывающими выраженный психологический дистресс, физиологическими реакциями на “ключевые” стимулы, ассоциированные с травмой.		сужение (“спутанность”) сознания, дереализация, деперсонализация, диссоциативная амнезия.
C	Упорное избегание стимулов, ассоциированных с травмой, и уменьшение общей реактивности организма (отсутствовавшее до травмы), проявляющееся в попытках избежать мыслей, чувств или разговоров о травме, попытках избегать деятельности, мест или людей, вызывающих воспоминания о травме, снижении интереса и участия в значимых видах деятельности, сужении аффекта (например неспособность испытывать любовь) и др.	c	Травматическое событие упорно переживается вновь одним из следующих способов: вторгающимися неприятными воспоминаниями, повторяющимися сновидениями или “флэшбэками”, вызывающими выраженный психологический дистресс, физиологическими реакциями на “ключевые” стимулы, ассоциированные с травмой.
D	Устойчивые симптомы физиологической (гипер-) активации (не присутствовавшие до травмы), выражающиеся в трудностях засыпания (бессоннице), повышенной раздражительности, вспышках гнева, немотивированной бдительности и повышенной готовности к “реакции бегства”.	d	Упорное избегание стимулов, ассоциированных с травмой, и уменьшение общей реактивности организма (отсутствовавшее до травмы), проявляющееся в попытках избежать мыслей, чувств или разговоров о травме, а также деятельности, мест или людей, вызывающих воспоминания о травме.
E	Длительность расстройства (наличие критериев B,C,D) не менее 1 месяца.	e	Устойчивые симптомы физиологической (гипер-) активации (не присутствовавшие до травмы), выражающиеся в трудностях засыпания (бессоннице), повышенной раздражительности, вспышках гнева, немотивированной бдительности и повышенной готовности к “реакции бегства”, отсутствии физической усталости, потребности в отдыхе.
F	Расстройство обуславливает клинически значимый дистресс или нарушает социальную, профессиональную или иную значимую деятельность.	f	Расстройство обуславливает клинически значимый дистресс или нарушает способность индивида, к получению необходимой помощи, сообщению членам семьи о пережитой травме.
		g	Расстройство продолжается от 2 дней до 4 недель и возникает в течении 1 месяца.
ВИДЫ РАССТРОЙСТВ (ПТСР): <u>ОСТРОЕ</u> - менее 3 месяцев; <u>ХРОНИЧЕСКОЕ</u> - более 3 месяцев; <u>ОТСРОЧЕННОЕ</u> - симптоматика проявилась спустя 6 месяцев после травмы.		h	Расстройство не связано с прямым действием физиологически активных веществ (наркотических, лекарственных) или общесоматическим состоянием организма, не подходит под определение короткого психотического расстройства и не является экзacerbацией имеющегося психического заболевания.

Общим обязательным критерием для диагностики постстрессовых нарушений является факт переживания индивидом *события, выходящего за пределы обычного человеческого опыта*, способного травмировать психику практически любого здорового человека, например, серьезную угрозу жизни и здоровью, как своему, так и близких или друзей; внезапное разрушение жилья или общественного здания и т.п.

Под «обычным» же человеческим опытом здесь понимаются такие события как утрата близкого человека, произошедшая в силу естественных причин, хроническая тяжелая болезнь, потеря работы или семейный конфликт. *К стрессорам, вызывающим эти расстройства, относят стихийные бедствия, техногенные (антропогенные) катастрофы, а также события, являющиеся результатом целенаправленной, часто преступной деятельности: диверсии, террористические акты, пытки, массовое насилие, боевые действия, лагеря смерти и т.д.*

Необходимым условием вероятного развития ПТСР является также то, что пережитое событие сопровождалось интенсивными эмоциями страха, ужаса или ощущением беспомощности индивида перед лицом драматических обстоятельств, что, собственно, и составляет основной этиологический фактор возникновения постстрессовых состояний.

Структура расстройства психической деятельности включает в себя две взаимосвязанные подгруппы нарушений, описанных впервые еще учеником З.Фрейда *А.Кардинером* (1941), а позднее получивших современную интерпретацию в работах *М.Горовитца* (1979; 1986). Это симптомы упорного вторжения в сознание образов, воспоминаний и эмоций, связанных с содержанием психотравмирующих обстоятельств, вызывающего всякий раз сильный психологический дистресс у индивида; и «симптомы избегания», проявляющиеся в стремлении и попытках настойчиво избегать мыслей, чувств, разговоров, лиц, мест и деятельности, вызывающих воспоминания о травме. При этом отмечаются такие явления как сужение спектра и уменьшение силы эмоционального реагирования, заметное снижение интереса и участия в ранее значимых видах деятельности, чувства зависимости или отчужденности от людей, сокращения или отсутствия будущего, и ряд других.

Другой общей для обеих категорий постстрессовых нарушений подгруппой симптомов являются *устойчивые симптомы физиологической (гипер-) активации (не присутствовавшие до травмы)*. Эта подгруппа отражает явления как общей повышенной возбудимости центральной нервной системы, свойственной пострадавшим с последствиями пси-

хической травмы, так и повышенную реактивность их психики в отношении специфических, своего рода «ключевых» раздражителей.

Она включает в себя:

- нарушения сна (трудности засыпания, бессонницу);
- раздражительность, вспышки внезапного гнева;
- трудности сосредоточения, концентрации внимания;
- повышенную (не соответствующую ординарным обстоятельствам)

бдительность;

- готовность к оборонительной реакции «бей или беги».

В структуру острых стрессовых расстройств, кроме этих общих признаков, входит подгруппа так называемых «диссоциативных» симптомов (термин «диссоциация» впервые использовал еще в 1889 году П.Жане), наблюдавшихся либо в период травмы, либо впоследствии:

- субъективное ощущение эмоциональной зависимости, «притупления» или отсутствия эмоционального реагирования;

- сужение сознания об окружающем мире («спутанность»);

- дереализация;

- деперсонализация;

- диссоциативная амнезия (неспособность вспомнить какой-либо важный аспект психотравмирующего события).

Присутствие указанных нарушений является необходимым, но недостаточным условием постановки диагноза ПТСР или ОСР. Еще один критерий, дополняющий картину постстрессового состояния, состоит в том, что расстройства *обуславливают клинически выраженный дистресс или нарушают социальную, профессиональную или иную значимую деятельность*. Этот критерий можно назвать функциональным: он связан с нарушением психологической адаптации, нарушением (или снижением) профессиональной работоспособности, ухудшением качества жизнедеятельности в целом в связи с перенесенной психической травмой.

Наконец последний, *временной критерий* позволяет дифференцировать ПТСР и ОСР с одной стороны, и подвиды собственно ПТСР - с другой. Точкой отсчета является само по себе травмирующее событие или таковые обстоятельства. Острое стрессовое расстройство возникает в течение 1 месяца с момента травмы и продолжается от 2 дней до 4 недель, посттравматическое - спустя не менее 1 месяца после травмы и имеет продолжительность более 4 недель.

В соответствии с особенностями проявления и течения различают *три подвида посттравматических стрессовых расстройств*:

- *острое* (его не следует смешивать с острым стрессовым расстройством!), развивающееся в сроки до 3 месяцев;
- *хроническое*, имеющее продолжительность более 3 месяцев;
- *отсроченное*, когда расстройство возникло спустя 6 и более месяцев после травматизации.

Для выявления постстрессовых расстройств используются широко известные методы (структурированная клиническая беседа SCID-3R, MMPI, опросник тревоги Ч.Спилбергера, шкала депрессии Бека, Список 90 симптомов SCL-90 Л.Дерогатиса, Общий опросник здоровья GHQ и пр.). Известен также ряд специализированных методик: Шкала воздействия события IOES М.Горовитца (1979), шкала PTSD MMPI Т.Кина (1984), Миссисипская шкала пост-боевых стрессовых расстройств М-PTSD Т.Кина (1988) и ряд других. При обследовании больших контингентов положительно зарекомендовали себя также различные “*шкалы самодиагностики*”, позволяющие человеку самому оценить наличие у себя посттравматической симптоматики и принять решение об обращении за консультацией психолога (Hovens J.E., 1994).

В нашей стране проводится теоретическая разработка этой проблемы (Тарабрина Н.В., 1992, 1996; Абдурахманов Р.А., 1992, 1994) в том числе применительно к сотрудникам органов внутренних дел (Котенёв И.О., 1994; Никонов В.П., Козловский И.И., 1995). Практически отсутствуют надежные отечественные методические средства психологической диагностики ПТСР. Имеющиеся в распоряжении психологов органов внутренних дел широко известные методы СМИЛ, шкала тревоги Спилбергера-Ханина, тест САН и др. не ориентированы прямо на выявление ПТСР и могут применяться лишь для косвенной диагностики постстрессовых состояний. Кроме того, методика СМИЛ представляется слишком громоздкой для подобных целей.

Учитывая изложенное, автором в 1996 году был разработан оригинальный «*Опросник травматического стресса*» (ОТС), предназначенный для оценки выраженности симптомов постстрессовых нарушений на основе критериев, содержащихся в DSM-4.

Опросник травматического стресса.

При составлении данного опросника были использованы отдельные пункты методик СМИЛ (Л.Н.Собчик) и *Опросника диссоциативности DIS-Q* (J.Vanderlinden, 1993). Остальные утверждения носят авторскую формулировку и основываются на результатах многолетних исследований случаев психической травматизации у сотрудников органов внутренних

дел. При этом, исходя из концепции ПТСР как нормальной реакции человека на экстремальные обстоятельства, пункты, обладающие слишком явным психопатологическим подтекстом, по возможности исключались.

Опросник состоит из краткой инструкции и 110 пунктов-утверждений. Испытуемому предлагается с помощью 5-балльной шкалы Лайкерта (от «абсолютно верно» до «абсолютно неверно») оценивать каждое из утверждений в зависимости от его соответствия собственному состоянию. 56 пунктов являются «ключевыми» для оценки выраженности симптомов постстрессовых нарушений, 15 пунктов входят в дополнительную «шкалу депрессии», 9 пунктов составляют три оценочных шкалы - «лжи», «аггравации» и «диссимуляции», позволяющие контролировать степень искренности испытуемого, его склонность подчеркивать тяжесть своего состояния или отрицать наличие психологических проблем. Кроме того, в Опросник включены резервные и «маскирующие» утверждения, препятствующие произвольному пониманию испытуемым основной направленности теста. Помимо «прямых» утверждений, согласие с которыми испытуемого оценивается как наличие у него того или иного искомого признака (симптома), чтобы сбалансировать «тенденцию согласия», в Опроснике имеются т.н. «обратные» пункты, отрицательные ответы на которые являются значимыми.

Проведение обследования. Обработка и интерпретация результатов.

Тестирование может проводиться индивидуально или в форме группового обследования с использованием текста опросника и специального бланка для ответов испытуемого. Психолог, проводящий обследование, обязан доходчиво разъяснить его причины, цели и задачи, порядок использования результатов и ознакомления с ними испытуемых. Важно, чтобы *цели и задачи обследования были понятны каждому испытуемому и приняты им!* Опросник имеет единую форму предъявления и начинается с письменной инструкции, помещенной на первой странице. На последующих страницах содержатся утверждения, причем количество утверждений на странице соответствует длине строки бланка ответов. Это позволяет испытуемым самостоятельно контролировать правильность выполнения заданий. При тестировании с использованием бланкового варианта опросника процедура занимает от 15 до 25 минут.

Результаты обрабатываются наложением заранее изготовленных ключей на заполненный бланк с ответами испытуемого. В ключе выделяются «прямые» (не требующие перекодирования при подсчете) и «обратные» утверждения, ответы на которые должны быть перекодированы:

ответам «5» («абсолютно верно») и «4» («скорее верно») присваиваются значения 1 и 2 соответственно, а ответам «1» («абсолютно неверно») и «2» («скорее неверно») - 5 и 4. При машинной обработке перекодирование «обратных» ответов производится по формуле (6-х), где х - первичный ответ испытуемого.

Затем простым суммированием подсчитываются значения контрольных и основных субшкал ПТСР и ОСП:

L(«ложь»), *Ag* (агравация), *Di* (диссимуляция), *depres* (депрессия);

ПТСР: *A*(1) (событие травмы), *B* (повторное переживание травмы - «вторжение»), *C* (симптомы «избегания»), ***D*** (симптомы гиперактивации), *F* (дистресс и дезадаптация);

ОСП: *A*(1) (событие травмы), *b* (диссоциативные симптомы), *c* (повторное переживание травмы - «вторжение»), *d* (симптомы «избегания»), *e* (симптомы гиперактивации), *f* (дистресс и дезадаптация).

Итоговые показатели ПТСР и ОСП получаются в результате суммирования значений основных субшкал:

$$ПТСР = A(1) + B + C + D + F;$$

$$ОСП = A(1) + b + c + d + e + f.$$

Разработана и прошла валидизацию дополнительная шкала - *шкала депрессии*, отражающая наличие чувства вины, пониженный фон настроения и ряд других специфичных проявлений психогенного депрессивного состояния. Обнаружена, в частности, значимая положительная корреляционная связь данной шкалы с опросником Бека ($r=0,49$, $p<0,01$), субшкалами SCL-90 «враждебность» ($r=0,43$, $p<0,01$) и «депрессия» ($r=0,46$, $p<0,01$).

Полученные «сырые» значения переносятся на таблицу для перевода в Т-баллы путем обведения соответствующего значения по каждой шкале (субшкале). Соединив обведенные цифры, получают соответствующие профили, отражающие в графической форме структуру постстрессового состояния.

Графическое представление результатов наиболее удобно для интерпретации, т.к. дает наглядную картину «места» испытуемого по отношению к среднестатистической норме: чем дальше результат в Т-баллах отклоняется вверх от 50, тем сильнее выраженной является та или иная группа симптомов или постстрессовое состояние.

Получив данные в Т-баллах и их графическое представление, приступают к интерпретации результатов. Желательно, чтобы при этом имелись данные клинической беседы, стандартного психодиагностиче-

ского обследования, результаты выполнения дополнительных методик. В качестве последних можно рекомендовать 8-цветовой тест М.Люшера, ШРЛТ Спилбергера-Ханина, тест САН, Шкалу воздействия события IOES М.Горовитца, Клиническую шкалу тревоги и депрессии HADS (Snaith & Zigmond).

Интерпретация результатов производится как на основе итоговых показателей ПТСР и ОСР, так и субшкал опросника, позволяющих судить об относительной выраженности отдельных групп симптомов. Учитывая сильную положительную корреляцию, существующую между ПТСР и ОСР, в случаях, когда с момента травматизации прошло достаточно много времени (3 месяца и более), можно ограничиться анализом только показателей ПТСР. Если же обследование проводилось непосредственно после критического события (в течение 1 месяца), то целесообразно проанализировать структуру ОСР.

Для качественной интерпретации показателей ОТС необходим определенный опыт работы с опросником, однако всегда целесообразно принимать во внимание континуальную природу посттравматических стрессовых нарушений, анализировать структуру профиля. При значениях шкал ниже 50 *Т-баллов* симптоматика, как правило, отсутствует. В диапазоне от 50 до 65 *Т-баллов* могут проявляться отдельные симптомы постстрессовых состояний, причем незначительно выраженные. 65-70 *Т-баллов* ПТСР или ОСР обычно соответствуют диагнозу “частичного” ПТСР или ОСР. При значениях выше 70 *Т-баллов* вероятность клинически выраженных расстройств заметно возрастает, а в случаях превышения уровня 80 *Т-баллов* необходимо уточнение клинического диагноза “полного” ПТСР или ОСР.

ОТС

Инструкция: Внимательно читая каждое утверждение, выбирайте тот вариант ответа, который больше всего соответствует Вашему нынешнему состоянию, мнению или настроению. В каждой строке справа обводите только одну цифру, обозначающую Ваш ответ:

5 = «абсолютно верно»

4 = «скорее верно»

3 = «отчасти верно, отчасти не верно»

2 = «скорее не верно»

1 = «абсолютно не верно»

Фамилия И.О. _____ Возраст : ____ лет Пол: М / Ж

Образование: _____

УТВЕРЖДЕНИЯ

1. По утрам я просыпаюсь свежим и отдохнувшим

ОТВЕТЫ

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

2.	Я хорошо координирую свои движения	5	4	3	2	1
3.	Я испытываю утомление	5	4	3	2	1
4.	Мне необходимо усилие, чтобы вникнуть в то, что говорят окружающие	5	4	3	2	1
5.	Внезапно у меня бывает сильное сердцебиение	5	4	3	2	1
6.	Я принимаю пищу машинально, не испытывая при этом удовольствия	5	4	3	2	1
7.	Окружающий меня мир кажется нереальным	5	4	3	2	1
8.	Я вздрагиваю от внезапного шума	5	4	3	2	1
9.	Я настолько живо вспоминаю отдельные события, что при этом как бы вновь переживаю их	5	4	3	2	1
10.	Я абсолютно здоров физически	5	4	3	2	1
11.	Мне доставляет удовольствие быть среди людей	5	4	3	2	1
12.	Часто я действую так, будто мне угрожает опасность	5	4	3	2	1
13.	Меня нельзя упрекнуть в рассеянности	5	4	3	2	1
14.	Я часто вижу один и тот же страшный сон	5	4	3	2	1
15.	Определенно, я виноват перед людьми	5	4	3	2	1
16.	Пустяки раздражают меня	5	4	3	2	1
17.	Я стараюсь не смотреть телевизор, если показывают хронику драматических событий	5	4	3	2	1
18.	Мне нравится моя работа	5	4	3	2	1
19.	Я пережил серьезную утрату	5	4	3	2	1
20.	Я хорошо высыпаюсь по ночам	5	4	3	2	1
21.	Я никогда не вижу страшных снов	5	4	3	2	1
22.	Иногда мне хочется напиться	5	4	3	2	1
23.	Мои близкие сильно беспокоятся из-за моей работы	5	4	3	2	1
24.	У меня бывает ощущение, что время течет как бы замедленно	5	4	3	2	1
25.	Иногда я обращаюсь к врачу только потому, что хочу немного отдохнуть	5	4	3	2	1
26.	Многие вещи потеряли для меня интерес	5	4	3	2	1
27.	Без всякого повода я могу выйти из себя	5	4	3	2	1
28.	Мне следовало бы соблюдать диету	5	4	3	2	1
29.	Я стараюсь избегать разговоров на неприятные темы	5	4	3	2	1
30.	Бывает, что я забываю вещи	5	4	3	2	1
31.	Иногда мне кажется, что даже близкие люди не понимают меня	5	4	3	2	1
32.	Мне необходимо лучше контролировать эмоции	5	4	3	2	1
33.	Прошлые события подчас вспоминаются более ярко, чем то, что происходит сейчас	5	4	3	2	1
34.	Мне иногда кажется, что мир вокруг меня теряет краски	5	4	3	2	1
35.	Я просыпаюсь от внезапного страха	5	4	3	2	1
36.	Мне стоит больших усилий работать в прежнем ритме	5	4	3	2	1

37.	Временами я испытываю озноб	5	4	3	2	1
38.	Мне хочется помогать людям, попавшим в беду	5	4	3	2	1
39.	Недавно мне пришлось столкнуться с весьма опасными обстоятельствами	5	4	3	2	1
40.	Я чувствую себя более опытным человеком, чем многие из моих сверстников	5	4	3	2	1
41.	Я засыпаю с трудом	5	4	3	2	1
42.	Я испытываю чувство одиночества	5	4	3	2	1
43.	Мне бывает трудно вспоминать то, что происходило совсем недавно	5	4	3	2	1
44.	Я чувствую, что становлюсь другим человеком	5	4	3	2	1
45.	Меня радуют порой самые незначительные вещи	5	4	3	2	1
46.	Я чувствую прилив сил	5	4	3	2	1
47.	По утрам я просыпаюсь с большим трудом	5	4	3	2	1
48.	Мои мысли постоянно возвращаются к тому, о чем не хочется думать	5	4	3	2	1
49.	Я испытываю чувство стыда	5	4	3	2	1
50.	Обычно я не обращаюсь к врачу, даже если чувствую, что не совсем здоров	5	4	3	2	1
51.	Мой сон настолько крепок, что громкие звуки или яркий свет не могут мне помешать	5	4	3	2	1
52.	Мне говорят, что я вскрикиваю во сне	5	4	3	2	1
53.	Я часто думаю о будущем	5	4	3	2	1
54.	Иногда я сержусь	5	4	3	2	1
55.	Я боюсь, что могу натворить что-то вопреки своим намерениям	5	4	3	2	1
56.	Бывает, что я забываю то, что хотел сказать или сделать	5	4	3	2	1
57.	В последнее время мое настроение ухудшилось	5	4	3	2	1
58.	Мне не на кого положиться	5	4	3	2	1
59.	Хотелось бы, чтобы моя семья уделяла мне больше внимания	5	4	3	2	1
60.	Определенно, я люблю рисковать	5	4	3	2	1
61.	Мне нравится "черный юмор"	5	4	3	2	1
62.	Я во всем полагаюсь на самого себя	5	4	3	2	1
63.	Я постоянно чувствую потребность что-нибудь жевать, даже не испытывая голода	5	4	3	2	1
64.	Иногда мне кажется, что я запутался в жизни	5	4	3	2	1
65.	Мне кажется, что я не сумел сделать того, что от меня требовалось	5	4	3	2	1
66.	Я испытываю интерес и вкус к жизни	5	4	3	2	1
67.	Мне весело и легко в компании друзей	5	4	3	2	1
68.	Я много и плодотворно работаю	5	4	3	2	1
69.	Часто я забываю, куда положил ту или иную вещь	5	4	3	2	1
70.	Я стараюсь ни с кем не обсуждать свои проблемы	5	4	3	2	1
71.	Я никогда не испытывал страха	5	4	3	2	1

72.	Мне было бы полезно побыть одному	5	4	3	2	1
73.	Делая какое-либо дело, я часто думаю совсем о другом	5	4	3	2	1
74.	Моя жизнь разнообразна и насыщена событиями	5	4	3	2	1
75.	Я никогда не совершал поступков, за которые мне было бы стыдно	5	4	3	2	1
76.	Чужие трудности мало кого волнуют	5	4	3	2	1
77.	Я ощущаю себя гораздо старше своих лет	5	4	3	2	1
78.	Мне кажется, что меня ожидает счастливое будущее	5	4	3	2	1
79.	В жизни мне пришлось испытать такое, что лучше не вспоминать	5	4	3	2	1
80.	Я остро воспринимаю чужую боль	5	4	3	2	1
81.	Мне кажется я потерял способность радоваться жизни	5	4	3	2	1
82.	Меня беспокоят головные боли	5	4	3	2	1
83.	Легкие заработки обычно связаны с нарушением закона	5	4	3	2	1
84.	Я не прочь подзаработать лишнего	5	4	3	2	1
85.	Посторонние звуки отвлекают меня	5	4	3	2	1
86.	Я стараюсь не вступать в драку, если дело меня не касается	5	4	3	2	1
87.	Я верю в торжество справедливости	5	4	3	2	1
88.	Моё сердце работает как обычно	5	4	3	2	1
89.	Иногда я принимаю таблетки	5	4	3	2	1
90.	Есть вещи, которые я не могу себе простить	5	4	3	2	1
91.	Определенно, мне нужно время, чтобы прийти в себя	5	4	3	2	1
92.	Алкоголь хорошо снимает любой стресс	5	4	3	2	1
93.	Я не склонен жаловаться на здоровье	5	4	3	2	1
94.	Мне хочется всё крушить на своем пути	5	4	3	2	1
95.	Большинство людей озабочено лишь собственным благополучием	5	4	3	2	1
96.	Мне нелегко сдерживать свой гнев	5	4	3	2	1
97.	Я не считаю, что прав тот, кто сильнее	5	4	3	2	1
98.	У меня никогда не было обмороков	5	4	3	2	1
99.	Мне следовало бы научиться избегать конфликтов	5	4	3	2	1
100.	Я приобрел в жизни хороших друзей	5	4	3	2	1
101.	Меня считают уравновешенным человеком	5	4	3	2	1
102.	Нервное напряжение хорошо снимает сауна	5	4	3	2	1
103.	Я чувствую растерянность	5	4	3	2	1
104.	Часто мне кажется, что меня подстерегает опасность	5	4	3	2	1
105.	Я работаю, не чувствуя усталости	5	4	3	2	1
106.	Я испытываю сильное внутреннее возбуждение	5	4	3	2	1
107.	Часто я совершаю непроизвольные действия в ответ на неожиданный звук или движение	5	4	3	2	1
108.	Мне трудно сосредоточиться одновременно на нескольких делах	5	4	3	2	1

109. Я чувствую себя вполне уверенным

5	4	3	2	1
5	4	3	2	1

110. Мне есть за что благодарить судьбу

КЛЮЧИ К ОПРОСНИКУ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

L	C.o.	Ag	C.o.	Di	C.o.	A(1)	C.o.	B	C.o.	C	C.o.	D	C.o.	F	C.o.
(30)	6-	25		(28)	6-	19		5		17		8		3	
(54)	6-	28		50		39		9		26		12		(11)	6-
71		(93)	6-	93		79		14		29		(13)	6-	36	
(84)	6-							(21)	6-	31		16		57	
(89)	6-							33		42		(20)	6-	(68)	6-
								35		43		27		91	
								48		(53)	6-	32			
								49		(66)	6-	41			
								52		(74)	6-	(51)	6-		
								90		(78)	6-	85			
										79		96			
										81		104			
												107			
												108			
	L		Ag		Di		A(1)		B		C		D		F
Сумм.															
ПТСР =		с.о.													

A(1)	C.o.	b	C.o.	c	C.o.	d	C.o.	e	C.o.	f	C.o.	depres	C.o.
19		4		9		17		8		3		(1)	6-
39		6		14		29		12		36		6	
79		7		(21)	6-	79		(13)	6-	57		15	
		34		33				16		70		24	
		43		35				(20)	6-	91		26	
		44		48				27				36	
		103		49				32				42	
		(109)	6-	52				41				(46)	6-
				90				(46)	6-			57	
								(51)	6-			(66)	6-
				или				85				(67)	6-
				B=				96				(78)	6-
				5	-			104				81	
								105				90	
								107				(109)	6-
								108					
								или					
								D=					
								(46)	6 -				
								105					
	A(1)		b		c		d		e		f		depres

Сумм.							
ОСР =	с.о.						

НОРМАТИВНЫЕ ДАННЫЕ ПО ОПРОСНИКУ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА

Мужчины, N=1054 чел., средний возраст - 28,5 лет

Контрольные шкалы и шкала депрессии

	L (ложь):	Ag (агgravация)	Di (диссимуляция)	depres
Ср.знач.(М)	13,08	5,74	11,29	30,76
Ст.откл.(S)	3,45	2,20	2,20	7,72

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

	Субшкалы (критерии)					Общий показатель ПТСР
	A(1)	B	C	D	F	
Ср.знач.(М)	7,75	20,73	24,90	30,28	12,54	96,20
Ст.откл.(S)	3,10	5,52	5,59	7,29	3,49	20,11

Острое стрессовое расстройство (ОСР)

	Субшкалы критерии						Общий показатель ОСР
	A(1)	b	c	d	e	f	
Ср.знач.(М)	7,75	13,80	19,14	7,39	35,76	11,12	94,95
Ст.откл.(S)	3,10	3,83	5,11	2,13	7,35	3,02	18,95

Женщины, N=80 чел., средний возраст - 28,1 года

Контрольные шкалы и шкала депрессии

	L (ложь):	Ag (агgravация)	Di (диссимуляция)	depres
Ср.знач.(М)	12,05	6,91	10,41	33,66
Ст.откл.(S)	3,39	2,23	2,29	7,85

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

	Субшкалы (критерии)					Общий показатель ПТСР
	A(1)	B	C	D	F	
Ср.знач.(М)	7,48	22,04	27,45	33,14	13,75	103,85
Ст.откл.(S)	3,09	5,57	6,06	7,70	3,57	21,26

Острое стрессовое расстройство (ОСР)

	Субшкалы (критерии)						Общий показатель ОСР
	A(1)	b	c	d	e	f	
Ср.знач.(М)	7,48	15,38	20,15	8,06	38,66	11,96	101,69
Ст.откл.(S)	3,09	4,13	5,35	2,39	7,95	3,38	20,72

МЕТОДИКА ПСИХОДИАГНОСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Костюкевич Валерий Петрович

*психолог-практик, председатель методического объединения,
старший воспитатель кадетского класса*

Существует много теорий, объясняющих возникновение психотравмирующего стресса. Американский психолог Дж.Ялом рассматривает все психологические проблемы психотравмирующего стресса с точки зрения смерти, свободы, изоляции и бессмысленности.

Смерть.

Смерть предстает перед человеком в двояком виде. Он становится свидетелем смерти других людей (знакомых, незнакомых, родных, близких) или оказывается перед лицом своей возможной смерти. Существует четыре вида эмоциональных состояний при психотравмирующем стрессе, которые можно рассматривать как особые проявления страха смерти:

Страх перед «просто смертью» - ужас перед угрозой исчезновения своей индивидуальности, разрушения своей телесности, перед болью (нарушение физической телесности, угрожающей смертью). Чувство страха в критических условиях неистребимо, его надо превратить в чувство разумной осторожности.

- Потеря социального статуса (страх «исключения особи из стада, стаи»). Проявляется в форме дискомфортных переживаний угрожающей или случившейся десоциализации (чувство позора, ощущение собственной неуспешности, неполноценности, ненужности другим людям и т.п.). Проявляется как правило у людей, увольняемых со значимой для них работы за социально не одобряемые поступки. Человек боится не смерти, а позора в глазах сослуживцев.

- Чувство «смертельной» тоски (смертельная опасность для своего «Я образа»). Проявляется в представлениях о невозможности противостоять стрессору, чувство неспособности к овладению экстремальной, стрессогенной ситуацией. Это чувство сопряжено с предметно-смысловым содержанием ситуации. Человек, переживающий неуспешность своих поступков и деятельности, накапливает информацию о собственной неуспешности. Чувство возникает при отсутствии времени и усло-

вий для переживания положительных эмоций.

В ситуации систематического, длительного, психотравмирующего воздействия, лишаящего индивида чувства «торжества победы» над стрессором, возникают симптомы стресса, а так же ощущение неопределенного дискомфорта, чувства тоски. Необходима внутренняя реабилитация, восстановление «разрушившегося» Я образа и позитивного самоотношения.

«Страх» за сохранность популяции (или отдельных ее членов) - проявление страха за родителей, родных, знакомых. Страх за себя может быть подавлен страхом за других людей.

До попадания в экстремальную, стрессогенную ситуацию человек создает для себя психологические защиты, которые могут выступать в виде устойчивых **базовых иллюзий** (иллюзия собственного бессмертия, иллюзия справедливости и иллюзия простоты устройства мира).

Иллюзия собственного бессмертия («Могут умереть все, кроме меня!»). Первое столкновение с психотравмирующей ситуацией ставит человека лицом к лицу с реальностью. Впервые в своей жизни он вынужден бывает признать, что может умереть. Для большинства такое откровение может кардинально поменять образ мира, который из уютного, защищенного превращается в мир роковых случайностей.

Иллюзия справедливости основывается на принципе: «Каждый получает по заслугам», если я буду делать добро людям, то оно вернется ко мне».

Травматическая ситуация подчеркивает неправильность, нереальность данной иллюзии. Для человека это может стать настоящим потрясением, которое обесценивает все усилия: зачем быть честным и хорошим человеком, когда это не принесет спасения.

Иллюзия простоты устройства мира предполагает его дихотомию (в нем есть только черное и белое, добро и зло, наше и не наше, жертвы и агрессоры), деление мира на две антагонистические части.

Свобода.

Внешние обстоятельства не могут выступать ограничителями свободы, так как они не связаны с психической реальностью. Имея полную свободу действий можно чувствовать себя несвободным.

Самым сильным ограничителем свободы является чувство вины. Человек с этим чувством как бы «застревает» в прошлом, не изменяясь, не продвигаясь вперед, иногда начиная считать, что он не достоин жить.

При психотравмирующем стрессе чувство вины может возникнуть из-за того, что человек выжил, в то время как близкие погибли или за поступки, которые он совершал при жизни близкого ему человека. Погибший отец, «являющийся» во сне сыну, как бы говорит: «Как ты можешь жить, когда я здесь умираю?»

Это чувство лица, перенесшего психотравмирующий стресс, выражают такими словами: «Почему я выжил, в то время как он умер?». Это чувство называется «смертельной виной» и связывается с беспомощным состоянием потерпевшего в травмирующей ситуации. Чувство вины заполняет пустоту, возникшую в результате физической и психической пассивности, с одной стороны, и сознания невыполненного долга с другой. Оно может выражаться **в трех видах:**

1) **Вина за воображаемые грехи.** Анализируется поведение по отношению к погибшему отцу и всегда находятся причины его огорчавшие. Чувство особенно выражено, если у потерпевшего были сложные отношения с погибшим.

2) **Вина за то, что не сделал** («болезненное чувство ответственности»). Человека заботит реальная или воображаемая ответственность за действия в прошлом. Пример воображаемой ответственности: в Армении, женщина послала своего ребенка в магазин за хлебом. В этот момент произошло землетрясение, магазин разрушился, мальчик погребен под его развалинами.

Особенно тяжелы случаи, когда человек действительно виноват. Во время ночного пожара женщина в шоковом состоянии выбежала из дома, забыв о детях. Когда же она пришла в себя было уже поздно. В подобных случаях практически не возможно отпавиться от потрясения.

3) **«Вина выжившего»** (чувство вины испытывается только потому, что человек остался жив, а тот другой, умер, например, при выполнении ответственного боевого задания в зоне военного конфликта).

Изоляция.

Лица, перенесшие психотравмирующий стресс, страдают от одиночества, от трудности или невозможности установления отношений с другими людьми. У них меняется характер и круг общения, который был до психотравмирующего события. Переживания этих людей и их опыт настолько уникальны, что другим людям просто невозможно или затруднительно бывает понять таких людей. Лица, перенесшие психотравмирующий стресс, тянутся друг к другу, так как, по их мнению,

только человек, испытывший подобное, может понять их.

Одиночество, переживаемое пострадавшими, это не только психологическая реальность, но и социальная, которая связана с отношением окружающих к таким людям. Вместо сочувствия, такие люди часто вызывают агрессию (попал в аварию - надо было быть внимательней и т.д.). Люди начинают сторониться пострадавшего. Особенно это проявляется при отношении к беженцам. Родители не позволяют своим детям играть с детьми-беженцами, сидеть с ними за одной партой. В результате пострадавшие оказываются не только в психологической, но и в физической изоляции.

Таким образом, при оказании психологической помощи лицам, перенесшим психотравмирующий стресс, необходимо учитывать, что переживание полученной психотравмы может усугубляться агрессивным отношением окружающих.

Бессмысленность.

Психическая травма неожиданна, беспричинна и поэтому воспринимается как бессмысленная. Это заставляет пострадавших искать какое-нибудь объяснение тому, что произошло, чтобы травматическое переживание не было напрасным. Это приводит к созданию социальных мифов с целью объяснения случившегося. Для человека важно и необходимо знать, почему он страдал. Если этого объяснения не существует в действительности, он его придумывает.

Необходимо рассмотреть изменения механизма восприятия прошлого, настоящего и будущего под воздействием травмы. Травматический опыт кажется наиболее существенным событием в жизни, разделяющим ее на события происшедшие до травмы и после.

Полученная психотравма меняет видение не только настоящего, но и будущего. Человек, переживший травму, ощущает себя не таким, каким он был прежде, а значительно взрослее, старше и даже старше, чем его сверстники, не имевшие такого переживания. Психотравматическое событие как бы притягивает человека к себе и не отпускает человека от себя. (Пример: ветераны войны в Афганистане едут воевать в горячие точки, с целью повторения травматической ситуации в будущем, так как они стремятся вернуться в то время и прожить его вновь). Поэтому психологически человек как бы остается в том времени и в том же возрасте. Если психотравма была получена ребенком, человек имеет шанс никогда не стать психологически взрослой личностью. И даже в старо-

сти может быть инфантильным.

Влияние психотравмы на будущее обуславливается реализацией жизненного сценария, направленного на саморазрушение. Например, лица, перенесшие психотравмирующий стресс, чаще других совершают самоубийства, увлекаются алкоголем, наркотиками. Более 70% насильников сами пережили психотравму, связанную с насилием. Человек как бы предпринимает все усилия, чтобы погибнуть или причинить вред самому себе.

Причинами этого явления могут быть:

- потребность повторения психотравмирующего события с целью его отреагирования. Так человек, не имевший возможности спасти близких во время пожара бесконечное число раз во сне будет видеть пожар и спасать их. Ветеран войны будет вновь стремиться в горячие точки, пытаясь пережить все заново, но уже с успешной концовкой.
- чувство вины, выступающее базовым переживанием любого травматического стресса. Как уже говорилось, чувство вины всегда разрушительно и направлено на саморазрушение, переживаемое как заслуженное наказание за неправильное поведение. Для человека имеющего, чувство вины, чем хуже его жизнь, его здоровье и т.п., тем лучше.

Если человек реализует указанный жизненный сценарий, это свидетельствует о личностных изменениях, типичных для людей, переживших психотравмирующий стресс и не справившихся с ним. Таким образом, **психически-травмированная личность** - личность, сформировавшаяся под воздействием психотравмирующего стресса и считающая позитивными патологические изменения, происшедшие с ней, так как находит определенные психологические выгоды в этом.

Выделяют следующие черты травматической личности:

1. **Романтизм** (готовность пожертвовать всеми, кто имеет другие представления о счастье).
2. **Преобладание групповых ценностей.** Жизнь группы становится важнее жизни отдельного человека.
3. **Стремление к саморазрушению.** Имеет прямую связь с базовой иллюзией бессмертия при преобладании групповых ценностей: моя смерть не важна, если дело группы живет и побеждает.
4. **Наличие в сознании базовых иллюзий справедливости и простоты устройства мира.** У таких людей мир поделен на «наших» и «не наших», действует принцип: «Кто не с нами, тот против нас». Пример - для жен-

щины, подвергшейся насилию, все люди стали делиться на насильников - мужчин и жертв - женщин. Другие варианты не учитываются.

Травмированная личность живет в мире идеальных представлений, имеет неустойчивый образ самого себя, неадекватную самооценку, она инфантильна.

Поэтому очень важна роль психолога в оказании помощи лицам, перенесшим психотравмирующий стресс. Особенность оказания психологической помощи в преодолении человеком последствий травматического стресса определяется оценкой его состояния после перенесенной психотравмы. Под действием стрессфакторов организм последовательно переходит в состояния напряжения, перенапряжения, а в случае недостаточности адаптационных механизмов - в предболезнь и далее в нозологические состояния (собственно болезнь). Степень тяжести состояния человека, перенесшего психотравмирующий стресс, зависит от ряда объективных и субъективных **факторов**, среди которых:

- успешность когнитивной переработки психотравмирующего опыта («Смогу ли я жить после случившегося горя?»);

- характер психотравмирующего события (степень угрозы жизни; тяжесть потери; внезапность события; изолированность в момент события от других людей; степень воздействия окружающей обстановки; наличие защиты от возможного повторения психотравмирующего события, нахождение в зоне боевых действий, стихийного бедствия или выход из нее);

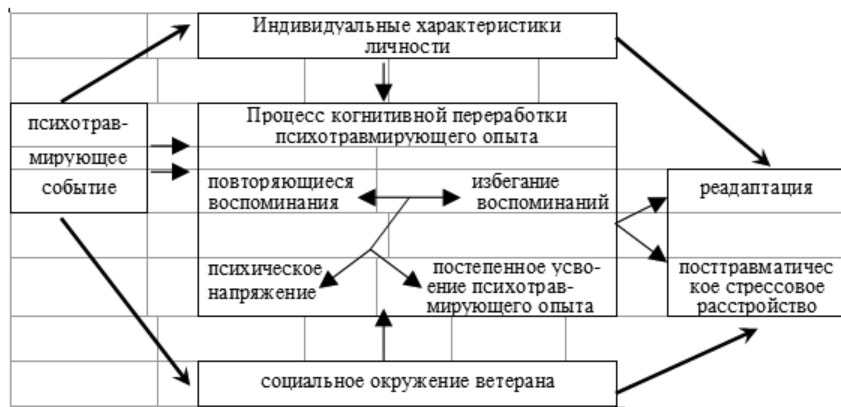
- моральные конфликты, связанные с событием (например, чувство вины за смерть родственников);

- пассивная или активная роль пострадавшего в зависимости от того, был ли он жертвой или активно действующим лицом во время травматического события;

- непосредственные последствия воздействия данного события;

- индивидуальные характеристики (трудности адаптации, психические отклонения, социальный статус и т.п.);

- особенности условий жизнедеятельности после случившегося, которые характеризуются уровнем взаимной поддержки, отношением окружающих (например, к жертвам насилия, беженцам, ветеранам), своевременностью оказания социальной и психологической помощи.



Модель процесса отсроченного реагирования на психотравмирующий стресс.

Взаимодействие этих факторов с процессом когнитивной переработки психотравмирующего опыта (сочетание избегания воспоминаний с периодическим их повторением) приводит либо к психическому напряжению, либо к постепенному усвоению психотравмирующего опыта. Это обеспечивает психическую реадаптацию (приспособление к жизни в новых условиях) или способствует возникновению негативных последствий психотравмирующего стресса - посттравматического стрессового расстройства.

В зависимости от характера действующего фактора, его силы и продолжительности действия состояние напряжения либо поддерживается в течении некоторого времени на уровне, необходимом для выполнения заданной деятельности (например, состояние спасателя при расчистке завалов, организация похорон родственника, состояние родителя во время поиска пропавшего сына), либо организм адаптируется к действующему фактору (например, адаптация к пребыванию в зоне боевых действий), либо происходит срыв адаптации. Длительное напряжение механизмов адаптации ведет к истощению процессов управления и регуляции в организме и к развитию состояний перенапряжения и астенизации (бессилие, слабость). Последнее из этих состояний можно рассматривать как предболезнь. Это состояние может быть как **неспецифическим**, когда имеются признаки общего угнетения функциональной деятельности, падение уровня функционирования организма в целом, так и **специфическим**, когда наиболее существенные изменения

проявляются в одной из систем (сердечно-сосудистой, мышечной, дыхательной). С учетом наличия переходных состояний между нормой и напряжением выделяют следующую классификацию состояний:

- состояние физиологической нормы;
- состояние, пограничное между нормой и напряжением;
- состояние напряжения;
- состояние перенапряжения;
- состояние предболезни:
 - а) стадия неспецифических изменений;
 - б) стадия специфических изменений;
- состояния нозологические (патологические состояния и конкретные формы заболеваний).

Под действием стрессогенных факторов организм последовательно переходит в состояния напряжения, перенапряжения, а в случае недостаточности адаптационных механизмов - в предболезнь и далее в нозологические состояния. Знание исходного состояния и направленности его изменений открывает возможность оказания эффективной психологической помощи человеку, пережившему психотравмирующий стресс. Ускорить процесс реадаптации, может психологическое воздействие, осуществляемое специально подготовленным психологом в соответствии с симптоматикой стресса, характером состояния и особенностями личности, силой психотравмы, а так же условиями оказания психологической помощи.

С целью выявления суицидального риска, к условиям профессиональной деятельности сотрудников органов внутренних дел, адаптирован тест ПСН – 1. Психодиагностическая процедура была стандартизирована на выборке слушателей Всероссийского института повышения квалификации МВД РФ и рекомендована к практическому применению в органах внутренних дел.

Опросный лист

Раздел I.

Ответьте, пожалуйста, на вопросы анкеты.

Ответы записывайте в бланк, обводя кружком ту цифру, которой соответствует Ваш ответ.

1. Сколько полных лет Вы работаете в ОВД?
2. Вы считаете свою семью:
 - 2.1 Хорошо обеспеченной.

- 2.2 Среднего достатка.
- 2.3 Мало обеспеченной.
- 3. Вы росли и воспитывались:
 - 3.1 В полной, благополучной семье.
 - 3.2 В полной семье с отчимом.
 - 3.3 В полной семье с мачехой.
 - 3.4 В неполной семье, воспитывался отцом.
 - 3.5 В неполной семье, воспитывался матерью.
 - 3.6 Воспитывался без родителей у родственников.
 - 3.7 Воспитывался в детском доме.
- 4. Что Вам свойственно в большей степени?
(Можно отметить несколько позиций)
 - 4.1 Оптимизм.
 - 4.2 Недоверчивость.
 - 4.3 Пессимизм.
 - 4.4 Мнительность.
 - 4.5 Замкнутость.
 - 4.6 Беспокойство.
 - 4.7 Тревожность.
- 5. Имеете ли Вы какие-либо финансовые обязательства: закладные, непогашенные ссуды, кредиты и т.д.?
 - 5.1 Нет.
 - 5.2 Да.
- 6. Ваше отношение к спиртным напиткам?
 - 6.1 Приходилось быть в компаниях, где употреблялось спиртное.
 - 6.2 Неоднократно присутствовал при употреблении спиртного в семье.
 - 6.3 Употребляю спиртное по праздникам.
 - 6.4 Употребляю спиртное не чаще 1 раза в месяц.
 - 6.5 Употребляю спиртное 1 раз в неделю.
 - 6.6 Употребляю спиртное чаще 1 раза в неделю.
- 7. Испытываете ли Вы чувство обиды, жалости к себе?
 - 7.1 Нет.
 - 7.2 Иногда.
 - 7.3 Да.
- 8. Кончал ли жизнь самоубийством (пытался покончить) кто-нибудь из Ваших родственников?
 - 8.1 Нет.
 - 8.2 Да.

-
9. Переносили ли Вы перечисленные ниже заболевания (травмы)?
 - 9.1 Инфекционные болезни в детстве.
 - 9.2 Черепно-мозговые травмы.
 - 9.3 Психические заболевания.
 10. Занимались ли Вы ниже перечисленными видами спорта?
 - 10.1 Парашютным спортом.
 - 10.2 Боксом.
 - 10.3 Восточными единоборствами.
 11. Что Вы чувствуете по отношению к себе?
 - 11.1 Способность преодолеть любые трудности самостоятельно.
 - 11.2 Гордость за достигнутое.
 - 11.3 Уверенность в своей уникальности, исключительности.
 12. Бывают ли у Вас конфликты с коллегами?
 - 12.1 Никогда.
 - 12.2 Иногда.
 - 12.3 Часто.
 13. Бывают ли у Вас конфликты с близкими друзьями?
 - 13.1 Никогда.
 - 13.2 Иногда.
 - 13.3 Часто.
 14. Бывают ли у Вас конфликты с родными?
 - 14.1 Никогда.
 - 14.2 Иногда.
 - 14.3 Часто.
 15. Часто ли у Вас меняется настроение?
 - 15.1 В течении недели 2-3 раза.
 - 15.2 В течении дня 2-3 раза.
 - 15.3 В течении часа 2-3 раза.
 16. Люди, с которыми я пытаюсь находиться в дружеских отношениях, очень часто причиняют мне боль:
 - 16.1 Нет, это абсолютно не так.
 - 16.2 Возможно это так.
 - 16.3 Да это так.
 17. Я считаю, что в некоторых ситуациях жизнь может потерять ценность для человека:
 - 17.1 Нет, это абсолютно не так.
 - 17.2 Возможно это так.
 - 17.3 Да это так.

18. Мне кажется, окружающие плохо меня понимают, не ценят или даже недолгобливают:

18.1 Нет, это абсолютно не так.

18.2 Возможно это так.

18.3 Да это так.

19. В последнее время у меня подавленное состояние, будущее кажется мне безнадежным:

19.1 Нет, это абсолютно не так.

19.2 Возможно это так.

19.3 Да это так.

***Каково Ваше мнение по поводу философских высказываний
о смысле жизни и смерти?***

20. Я считаю, что можно оправдать людей, выбравших добровольную смерть:

20.1 Нет, это абсолютно не так.

20.2 Возможно это так.

20.3 Да, это так.

21. Смысл жизни не всегда бывает ясен, иногда его можно потерять:

21.1 Нет, это абсолютно не так.

21.2 Возможно это так.

21.3 Да, это так.

22. Я не осуждаю людей, которые совершают попытки уйти из жизни:

22.1 Нет, это абсолютно не так.

22.2 Возможно это так.

22.3 Да, это так.

23. Выбор добровольной смерти человеком в обычной жизни безусловно может быть оправдан:

23.1 Нет, это абсолютно не так.

23.2 Возможно это так.

23.3 Да, это так.

24. Я понимаю людей, которые не хотят жить дальше, если их предадут родные и близкие:

24.1 Нет, это абсолютно не так.

24.2 Возможно это так.

24.3 Да, это так.

Раздел II.

Вам предлагается тест на определение внутреннего смысла выражений. Читая выражения, Вам необходимо определить, к какой из предложенных семи тематик они относятся по внутреннему смыслу и в блан-

ке ответов записывать их номера в соответствующих колонках. Если в работе над тестом Вы встретите выражение, которое нельзя отнести ни к одной из семи тем, то отнесите его к той, которая, по Вашему мнению, может быть ближе всего к его внутреннему смыслу. Все выражения должны быть распределены по темам.

При ответах долго не задумывайтесь. В этом тесте нет правильных и неправильных ответов. Самый правильный ответ тот, который первым пришел Вам на ум.

Список высказываний.

1. «Лебединая верность» - это песня или принцип жизни?
2. Чем дальше хочешь прыгнуть, тем ниже нужно согнуться.
3. Лучшее средство от головной боли - гильотина.
4. Счастье не в деньгах, а в их количестве.
5. Без любимой женщины лучше не жить на свете.
6. Под лежащий камень мы всегда успеем.
7. С кем поведешься, с тем и наберешься.
8. Скажи мне, чем ты богат, и я скажу, кем ты служишь.
9. Инициатива скандала принадлежала мужу, а звуковое оформление - жене.
10. Чук от Гека не далеко падает.
11. Все в природе взаимосвязано, поэтому без связей лучше не жить.
12. Не брал за горло никого, кроме бутылки.
13. Кому суждено быть повешенным, тот никогда не утонет.
14. В рогах правды нет.
15. Уходя, гасите всех.
16. Кто не поспел, того и съели.
17. Не было не гроша и не будет.
18. Победить себя - это победа или поражение?
19. Сила земного притяжения ощущается особенно сильно, когда тянет в землю.
20. Мой дядя самых честных грабил.
21. «Выпился» в алкоголики.
22. Бороться, искать, найти и перепрятать.
23. Долг нагишом платят.
24. Деньги - тем большее зло, чем их меньше.
25. На том свете все равны и начальники и подчиненные.
26. Мне с Вами скучно, мне с Вами спать хочется.
27. На птичьих правах высоко не взлетишь.
28. Она шипела на мужа, как газированная вода.

29. Я пью не больше 100 граммов, но выпив 100 граммов, я становлюсь другим человеком, а этот другой пьет очень много.
30. Не умеешь петь, не пей!
31. Дети - цветы жизни, не давай их посеять чужому на своем огороде.
32. Семь раз об дверь, один об рельс.
33. Дорога в ад устелена благими намерениями.
34. Конец - телу венец.
35. Деньги есть деньги! В этой фразе есть глубокий смысл, но нет запятой.
36. Лучше синица в руках, чем утка под кроватью.
37. Сколько водки не бери, все равно два раза бегать.
38. Я люблю тебя Жизнь, ну а ты меня снова и снова.
39. Лишь тяжелый кошелек позволяет угнаться за модой.
40. «Душит - значит любит» (Дездемона).
41. В настойчивых поисках братьев по разуму он оказался в вытрезвителе.
42. Жизнь вечна, а можно ли вечно жить?
43. Нашел место в жизни - найди жене.
44. Мы придем к Вам на выручку, если есть выручка.
45. Защита диссертации пройдет успешнее, если банкет по этому поводу провести за два-три часа до ее начала.
46. Семь раз отпей, один раз отъешь.
47. Почему чаще всего неограниченные возможности у ограниченных людей?
48. Он сказал «поехали» и запил водой.
49. Если умный человек идет в гору, значит он материально заинтересован.
50. Есть человек - есть проблема, нет человека - нет проблемы.
51. Видеть Вас одно удовольствие, а не видеть - другое.
52. Водка «Буратино», почувствуйте себя дровами.
53. Мясник строил свое материальное благополучие на чужих костях.
54. Гори все синим пламенем.
55. Только в очень хорошем настроении она называла получку мужа деньгами.
56. Те, кому дают на чай, пьют коньяк.
57. Нарушение моды королями становится модой для их подчиненных.
58. Нетрезвый взгляд на вещи позволяет обходиться без них.
59. Когда продаешь душу дьяволу - приобретаешь вечность.
60. Жена шефа много лучше, чем шеф жены.
61. Настоящая свобода - это свобода от жизни.
62. Когда она заговаривала о черно-бурой лисе, муж смотрел на нее волком.

63. Не только сам укладывался в получку, но и укладывал своих приятелей.
64. Женщине по служебной лестнице легче идти в короткой юбке.
65. Дороже всего нам обходится то, чего нельзя достать ни за какие деньги.
66. Хорошо, когда у женщины есть муж, но еще лучше, когда он чужой.
67. Мечтает устроиться на доходное лобное место.
68. При вытрезвителе вновь открыта комната матери и ребенка.
69. Взгляд сверху - решение всех жизненных проблем.
70. Женщины пьянили его, особенно, когда в их обществе он пил водку.
71. Если все время мыслить, то на что же существовать?
72. Быстро поднимался по служебной лестнице: одна «рука» тут, другая - там.
73. Убить себя - это сила или бессилие?
74. Интеллигенты умирают сидя.
75. Бараны умеют жить: у них и самая паршивая овца в каракуле ходит.
76. Счастлив тот, кто свободен от забот.
77. Не лезь без бутылки!
78. Даже роль Анны Карениной исполняется правдивее, если есть личная заинтересованность.
79. Перед злоупотреблением не разбалтывай!
80. Начинать новую жизнь можно только после смерти.
81. Чем бы дитя не тешилось - лишь бы не повешалось!
82. Сколько веревочке не виться, а конец все равно будет.

Бланк ответов

Ф.И.О. _____ год рожд. 19 ____ г.

Подразд. _____ Спец. _____

Звание _____

Должность _____

Раздел I.

1		13	1 2 3
2	1 2 3	14	1 2 3
3	1 2 3 4 5 6 7	15	1 2 3
4	1 2 3 4 5 6 7	16	1 2 3
5	1 2	17	1 2 3
6	1 2 3 4 5 6	18	1 2 3
7	1 2 3	19	1 2 3

8	1 2	20	1 2 3
9	1 2 3	21	1 2 3
10	1 2 3	22	1 2 3
11	1 2 3	23	1 2 3
12	1 2 3	24	1 2 3

Раздел II.

Алкоголь	Измена в любви	Противо-законные действия	Деньги и проблемы с ними	Добровольн. уход из жизни	Семейные неурядицы	Отношения с окружающими
—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—

Раздел III.

Продолжите предложения. Долго не задумывайтесь, записывайте первую, пришедшую в голову мысль.

1. Мысль, которая меня постоянно преследует, касается

2. Я для себя решил окончательно, что _____

3. Вокруг меня _____

4. В этой жизни _____

5. Жизнь — это _____

6. Я обязательно _____

7. Через некоторое время _____

8. Жизнь после смерти — это _____

9. Впереди меня ждет _____

10. Жаль только что _____

Благодарим за работу!

Ключи к тесту:

Порядок обработки раздела I

(оценка суицидального риска)

Начиная с вопроса № 12. Складываются «сырые баллы» выбора тестируемого, полученная сумма по таблице № 1 переводится в группу суицидального риска.

Значение групп суицидального риска:

- 1 группа - Суицидальный риск минимальный.
- 2 группа - Суицидальный риск не значительный.
- 3 группа - Суицидальный риск средний (значительный).
- 4 группа - Суицидальный риск высокий.
- 5 группа - Суицидальный риск очень высокий.

Таблица №1.

(стаж службы до 1 года)

1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	5 группа
до 15	16-18	19-21	22-23	более 23

(стаж службы от 1 до 3 лет)

1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	5 группа
до 14	15-17	18-20	21-23	более 23

(стаж службы от 3 до 5 лет)

1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	5 группа
до 15	16-18	19-21	22-24	более 24

(стаж службы от 5 до 10 лет)

1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	5 группа
до 15	16-18	19-20	21-24	более 24

(стаж службы более 10 лет)

1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	5 группа
до 15	16-18	19-21	22-24	более 24

Психологу необходимо помнить, что у сотрудника с отсутствием суицидального риска при длительном пребывании в психотравмирующих для него условиях могут возникнуть суицидальные тенденции.

Порядок обработки раздела II

(оценка суицидальной мотивации)

Подсчитывается количество выборов на каждую тему, полученные суммы переводятся в группы выраженности суицидальной мотивации по таблице № 2.

Значение групп суицидальной мотивации:

- 1 группа – Суицидальная мотивация минимальная.
- 2 группа – Суицидальная мотивация не значительная.
- 3 группа – Суицидальная мотивация средняя .

4 группа – Суицидальная мотивация высокая.

5 группа – Суицидальная мотивация очень высокая.

Таблица №2.

(стаж службы до 1 года)

	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	5 группа
Алкоголь	До 13	14-16	17-18	19-20	Более 20
Измена в любви	До 6	7-8	9-10	11-13	Более 13
Противозаконные действия	До 7	8-10	11-13	14-16	Более 16
Деньги и проблемы с ними	До 11	12-14	15-16	17-19	Более 19
Добровольный уход из жизни	До 8	9-12	13-15	16-18	Более 18
Семейные неурядицы	До 4	5-8	9-11	12-15	Более 15
Взаимоотношения с окружающими	До 10	11-14	15-17	18-21	Более 21

(стаж службы от 1 до 3 лет)

	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	5 группа
Алкоголь	До 13	14-16	17-18	19-20	Более 20
Измена в любви	До 6	7-8	9-10	11-13	Более 13
Противозаконные действия	До 6	7-9	10-12	13-16	Более 16
Деньги и проблемы с ними	До 10	11-13	14-16	17-20	Более 20
Добровольный уход из жизни	До 7	8-11	12-14	15-18	Более 18
Семейные неурядицы	До 5	6-8	9-10	11-13	Более 13
Взаимоотношения с окружающими	До 10	11-15	16-20	21-24	Более 24

(стаж службы от 3 до 5 лет)

	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	5 группа
Алкоголь	До 13	14-16	17-18	19-20	Более 20

Измена в любви	До 5	6-8	9-10	11-12	Более 12
Противозаконные действия	До 6	7-9	10-13	14-16	Более 16
Деньги и проблемы с ними	До 10	11-13	14-16	17-18	Более 18
Добровольный уход из жизни	До 7	8-11	12-14	15-18	Более 18
Семейные неурядицы	До 5	6-8	9-10	11-12	Более 12
Взаимоотношения с окружающими	До 12	13-16	17-19	20-23	Более 23

(стаж службы от 5 до 10 лет)

	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	5 группа
Алкоголь	До 13	14-15	16-17	18-19	Более 19
Измена в любви	До 6	7-8	9-10	11-12	Более 12
Противозаконные действия	До 6	7-9	10-12	13-16	Более 16
Деньги и проблемы с ними	До 10	11-13	14-16	17-18	Более 18
Добровольный уход из жизни	До 7	8-11	12-15	16-18	Более 18
Семейные неурядицы	До 5	6-8	9-11	12-14	Более 14
Взаимоотношения с окружающими	До 12	13-15	16-19	20-23	Более 23

(стаж службы более 10 лет)

	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	5 группа
Алкоголь	До 13	14-15	16-17	18-19	Более 19
Измена в любви	До 6	7-8	9-10	11-13	Более 13
Противозаконные действия	До 6	7-10	11-13	14-17	Более 17
Деньги и проблемы с ними	До 10	11-13	14-15	16-17	Более 17
Добровольный уход из жизни	До 8	9-11	12-14	15-17	Более 17

Семейные неурядицы	До 6	7-9	10-12	13-14	Более 14
Взаимоотношения с окружающими	До 12	13-16	17-20	21-23	Более 23

Высокие показатели темы «Добровольный уход из жизни» (5-6 группы) интерпретируется как представленность суицидальной мотивации.

Высокие показатели других тем указывают на выраженность конкретного фактора формирования суицидальных намерений. Проанализировав их, психолог определяет направления работы и рекомендации по профилактике суицидального поведения сотрудников ОВД.

Раздел III

Является ориентировочно-подтверждающим основные выводы из разделов № 1 и 2. При наличии в продолжении предложения мыслей о самоубийстве, интерпретируется как наличие суицидальных намерений.

Содержание этого раздела может быть оптимистичным, нейтральным или нести негативистские установки. Раздел оценивается психологом как оптимистичный, если в окончаниях предложений четко просматриваются планы на будущее, уверенность в себе, видна жизненная перспектива и готовность к активной деятельности по достижению поставленных целей. А некоторые трудности если и встречаются на его жизненном пути, то они расцениваются обследуемым как временные и преодолимые.

Раздел оценивается как нейтральный, если в его содержании просматривается отсутствие интереса обследуемого к данному виду деятельности. Как правило, такие ответы очень коротки и абстрактны. Информативность их очень низкая.

Негативистские установки обследуемого проявляются в его излишнем пессимизме, в отрицательном отношении к себе или окружающим, в крахе или отсутствии перспективных жизненных планов, потере веры в себя и свои силы. В большинстве случаев обследуемые в завуалированной форме сообщают о своем «жизненном тупике», а иногда встречаются и открытые суицидальные намерения, как выход из сложившейся ситуации. Это говорит о том, что обследуемый находится в острой кризисной ситуации и нуждается в немедленной психологической помощи квалифицированного специалиста. При обработке третьего раздела большое значение имеет профессиональный опыт психолога, который умеет читать «между строк». Это повышает диагностическую ценность методики.

Оценка результатов.

После проведения группового тестирования, психологу необходимо провести математический подсчет сырых баллов, как указано в каждом из разделов, и перевести их в группы суицидального риска по таблицам №1 (раздел I) и №2 (раздел II). Сотрудники, которые по первому и второму разделам (или по одному из них) попали в 5 или 4 группу, или в законченных ими предложениях (раздел III) явно прослеживаются суицидальные мысли, предварительно определяются в «группу психологической коррекции». Итоговое заключение психолог делает после беседы с тестируемым. При этом учитываются ответы на вопросы с 1 по 11 первого раздела (анализируется социальный опыт и факты онтогенеза, способствующие развитию суицидальных намерений) и выясняется представленность антисуицидальных факторов личности.

Психологическая работа с каждым сотрудником, попавшим в группу психологической коррекции, планируется и осуществляется на основании углубленного анализа его ответов (особенно в разделе II) и носит характер конкретный. Так, если по какой-то причине произошло крушение смысла жизни сотрудника (на вопросы 20, 21, 22, 23 в разделе I ответ «да, это так», или «возможно это так»), то задача психолога — помочь ему обрести этот смысл. При высоких показателях (4-5 группа) тем, формирующих суицидальную мотивацию в разделе II, психологическая помощь осуществляется на основе анализа этих тем. Более эффективным является сочетание индивидуальных и групповых форм психологического воздействия.

Выборка.

Методика стандартизирована на выборке сотрудников органов внутренних дел объемом 926 человек. Группа психологической коррекции (4 и 5 группа) по первому разделу составила 147 человек, или 16% от всех обследованных. Из них: 4-я группа составила 115 сотрудников, или 13%; 5-я группа составила 32 сотрудника, соответственно 3%.

По второму разделу группа психологической коррекции составила 138 человек, или 15% от всех обследованных. Из них: 4-я группа составила 124 сотрудника, или 13,5%; 5-я группа — 14 сотрудников, или 1,5 %.

Попали в группу психологической коррекции одновременно по 1 и 2 разделу 18 сотрудников, что составило 2% от всех обследуемых (таблица 3).

Таблица 1.

Группа психологической коррекции по I разделу методики

Стаж службы в ОВД	Всего обследовано сотрудников	вся группа риска		4 группа		5 группа	
		колво сотрудн.	%	кол-во сотрудн.	%	кол-во сотрудн.	%
До 1 года	180	23	13	14	8	9	5
1-3 года	280	44	16	32	12	12	4
3-5 лет	177	22	12	18	10	4	2
5-10 лет	192	40	21	35	18	5	3
Более 10 лет	97	18	19	16	16	2	2
Всего	926	147	16	115	13	32	3

Таблица 2.

Группа психологической коррекции по II разделу методики

Стаж службы в ОВД	Всего обследовано сотрудников	вся группа риска		4 группа		5 группа	
		колво сотрудн.	%	кол-во сотрудн.	%	кол-во сотрудн.	%
До 1 года	180	33	18	30	16	3	2
1-3 года	280	37	13	34	12	3	1
3-5 лет	177	32	18	30	17	2	1
5-10 лет	192	21	11	16	8	5	3
Более 10 лет	97	15	15	14	14	1	1
Всего	926	138	15	124	13,5	14	1,5

Таблица 3.

Группа психологической коррекции по I и II разделам методики.

Стаж службы в ОВД	Всего обследовано сотрудников	Из них группа риска по I и 2 разделу чел.	%
До 1 года	180	3	1,6%
1-3 года	280	7	2,5%
3-5 лет	177	2	1,2%
5-10 лет	192	4	2%
Более 10 лет	97	2	2%
Всего	926	18	2%

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И РЕАБИЛИТАЦИИ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ

Звоников Вячеслав Михайлович

доктор медицинских наук, профессор, заведующий
психофизиологической лабораторией Московского
гуманитарного университета.

Психологическая помощь и реабилитация – это система психологических, психолого-педагогических, социально-психологических мероприятий, направленных на коррекцию, восстановление или компенсацию нарушенных психических функций, состояний, личностного и социального статуса людей, получивших психическую травму.

Социально-психологическая ситуация, постепенно складывающаяся в нашей стране за последние 15 лет, привела к коренной ломке общественного сознания и жизненной ориентации миллионов людей. Развивающиеся состояния психоэмоционального напряжения и психической дезадаптации по существу являются естественной «экспериментальной моделью» социальных стрессовых расстройств.

В результате, объективной потребностью становится создание Федеральной системы психологической помощи и реабилитации после воздействия стресс-факторов экстремальных ситуаций. Это, в свою очередь, приводит к необходимости более детального изучения причин возникновения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), назревает необходимость выделения и специального изучения последствий боевой психической травмы, психотравмы техногенного и социального характера, сотравмированности членов семей лиц, выполняющих свой профессиональный и служебный долг в экстремальных условиях с риском для жизни.

Очень долго в нашем обществе и, соответственно, в психологических кругах проблемы диагностики и коррекции негативных психологических последствий травмирующих событий не принимались как значимые. Цель многих исследований, посвященной деятельности человека в экстремальной ситуации, была во многом утилитарна: изучить условия и разработать рекомендации, обеспечивающие нормальный уровень функционирования человека как звена единой системы, от которой зависит её эффективность. Что и как происходит с человеком потом, по-

сле выполнения задачи, система, способствующая его эффективному восстановлению, еще не становилась предметом специального изучения и практического воплощения в жизнь.

Социальная потребность создания Федеральной системы комплексной реабилитации комбатантов и сотравмированных членов их семей заключается в том, что на территории России, стран СНГ продолжают военные конфликты.

Граждане России участвуют в Миротворческих контингентах, на просторах страны, в воздухе и на водных акваториях происходят техногенные катастрофы (гибель АПРК «Комсомолец», «Курск»), террористические акты (взрывы жилых домов), наблюдается тенденция криминализации общества (заказные убийства, похищение людей с целью выкупа), все это приводит к увеличению количества людей с острыми стрессовыми и посттравматическими стрессовыми расстройствами.

Проблемы адаптации после воздействия стресс-факторов экстремальной ситуации не становятся менее острыми с течением времени. Данные социологических исследований показали, что 35 % ветеранов афганской войны имеют серьезные психологические проблемы и не могут найти места в обществе.

Это означает, что выполнение боевых задач, миротворческих функций приводят не только к людским потерям. От полученных боевых душевных и физических травм, увеличивается количество людей не способных адаптироваться к мирным условиям, трудоустроиться и обеспечить материально своих детей, растет число разводов в семьях ветеранов войн с признаками посттравматического стрессового расстройства.

Анализ проявления посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) после выполнения задач на территории Чеченской Республики (см. таблицу), показывает, что в 2000 году в психологической помощи нуждалось около 90 тыс. комбатантов и 130 тыс. членов их семей.

Вооруженные Силы РФ						МВД РФ					
Комбатанты (тыс. чел.)			Члены семей (тыс. чел.)			Комбатанты (тыс. чел.)			Члены семей (тыс. чел.)		
1996	1998	2000	1996	1998	2000	1996	1998	2000	1996	1998	2000
18-20	15-17	20-25	25-30	22-27	32-35	10-15	15-17	30-40	20-25	18-20	35-40
Накопленная величина:											
37 – 43 тыс.			72 – 85 тыс.			47 – 55 тыс.			54 – 62 тыс.		

За Вооруженные Силы РФ:	За МВД РФ:
109 — 128 тыс. чел.	101 — 117 тыс. чел.
Всего: 210 — 245 тыс. чел. с признаками ПТСР и сотравматизации.	

Особенностью этапа реадaptации после возвращения из зоны боевых действий является объективная потребность в контакте со специалистами-реабилитологами, что примерно в **4 раза увеличивает** нагрузку на психологические структуры и службы, занимающиеся психологической помощью и поддержкой.

Так, например, **за первое полугодие 1996 г.** реабилитационные мероприятия позволили восстановить силы и функциональные возможности более **25 тыс.** военнослужащим Вооруженных Сил Российской Федерации. Всего через реабилитационные центры с учетом работы временных пунктов реабилитации прошло в то время около **37 тыс.** военнослужащих (из материалов Парламентских слушаний от 15.08.1996 г.).

Региональная представленность мероприятий психологической помощи и реабилитации комбатантов во втором полугодии 2000 г. в ВС РФ:

	Комбатанты		Члены их семей	
	Оказана помощь	Наблюдается	Оказана помощь	Наблюдается
Московская обл. и центральный регион	около 3 тыс.	около 7 тыс.	около 4 тыс.	около 10 тыс.
Северо-западный регион	2480	около 5 тыс.	590	около 8 тыс.
Калининград и Калинингр. обл.	442	1,6 - 2,5 тыс.	около 200	около 3 тыс.
Северо-Кавказский регион	более 7 тыс.	более 18 тыс.	около 1,5 тыс.	около 5 тыс.
Приволжско-Уральский рег.	более 3 тыс.	около 5 тыс.	около 4,5 тыс.	около 7 тыс.
Сибирский регион	1650	6 тыс.	780	около 9 тыс.
Забайкальский регион	950	более 3 тыс.	1,4 тыс.	около 5 тыс.

Дальневосточн. регион	1150	около 5,5 тыс.	760	более 8 тыс.
Общее кол-во	более 18,5 тыс.	55,5 тыс.	более 13 тыс.	55 тыс.
Всего по ВС РФ: оказана помощь - более 31,5 тыс. чел., наблюдается - более 68 тыс. чел.				

Специфичность рассматриваемой проблемы (ПТСР) заключается в том, что посттравматическим стрессовым проявлениям свойственны отсроченные по времени реакции, следовательно, работа с комбатантами не носит характера одноразового акта, а требует создания единой системы социальной, психологической и медико-психологической, реабилитации в масштабах государства.

Критическое число наличия в обществе лиц, участвовавших в боевых действиях, привело к острой необходимости формирования комплексной государственной системы реабилитации комбатантов и сотравмированных членов их семей.

Также следует учесть, что в результате упущений в работе по восстановлению психологического статуса ветеранов военных конфликтов, сегодня в местах лишения свободы находится **около 20%** бывших участников боевых действий, совершивших правонарушения в период затрудненной адаптации к мирным условиям жизни. Среди лиц, обратившихся за наркологической помощью — **25%** комбатантов.

10% военнослужащих, совершивших суицидальные действия в 2000 году, имели признаки посттравматического стрессового расстройства.

Международный опыт подтверждает эту тенденцию. Так в США через 10 лет после завершения Вьетнамской войны в местах лишения свободы находилось более **25%** заключенных из числа комбатантов, а количество суицидентов сравнялось с числом общих потерь во время войны.

В работе G.Laude (1975) по материалам арабо-израильского конфликта 1973 года сообщается, что из первых **1500** поражённых **900** составили лица, которым требовалась психиатрическая помощь.

По данным Американской психиатрической ассоциации на 1990 г. количество страдающих ПТСР в США в среднем составляет **2,6%** от общего числа населения (Shore J.H. et. al., 1986). Американские центры исследования Вьетнамского опыта (Vietnam Experience Study) в 1988 г. проводили сравнительные исследования групп вьетнамских ветеранов (**2.490** чел.) военнослужащих, не служивших во Вьетнаме (**1.972** чел.). Эти исследования обнаружили, что почти половина ветеранов отмеча-

ла у себя те или иные симптомы, касающиеся травматических военных событий, а **15%** ветеранов точно соответствовали диагностическим критериям ПТСР во время или после службы в армии (Girolamo G., 1992).

В России данная тенденция выражена намного ярче. По данным военных психологов Министерства обороны Российской Федерации, в войсках достаточно высок показатель психогенных потерь.

В ходе выполнения боевых задач по наведению конституционного порядка на территории Чеченской Республики, боевые психотравмы наблюдались у **80-85%** военнослужащих.

Во время антитеррористической операции этот показатель снизился незначительно и достиг **70%**, что говорит о психогенном характере обстановки на Северном Кавказе и постоянном пополнении нашего общества людьми с признаками боевой психической травмы.

Вывод: В условиях боевого стресса, психические нарушения встречаются у подавляющего большинства участников вооруженных действий, а посттравматические стрессовые расстройства и частичные признаки этого симптомокомплекса в отдаленном от ситуации периоде констатируются почти у половины ветеранов.

Состояние комбатантов оказывает отрицательное влияние на людей из ближайшего социального окружения, и прежде всего, на членов своей семьи, поэтому возникает проблема сотравматизации.

Сотравматизация приводит к нарушению стабильности основной ячейки общества – семьи, страдают дети. В результате ухудшается психическое здоровье общества, создаются условия для агрессивного поведения, повышения конфликтности, асоциального поведения, алкоголизации, наркотизации вышеназванной категории граждан.

Таким образом, назрела необходимость создания в нашей стране комплексной системы реабилитации комбатантов и сотравмированных членов их семей, что позволит целенаправленно осуществлять мероприятия по обеспечению сохранности физического и психического здоровья нации, снизит криминогенность в субъектах Российской Федерации, обеспечит профилактику постстрессовых реакций, будет способствовать сохранению генофонда России.

Для реализации этой цели потребуется создание разветвленной и скоординированной сети реабилитационно - восстановительных объектов. Первоначальный опыт такой работы имеется в Вооруженных Силах РФ и МВД Российской Федерации, аналогичная система психологической помощи при посттравматическом стрессовом расстрой-

стве разворачивается в МЧС РФ. В отдельных регионах, прежде всего в Перми, Самаре, Новосибирске, Томске, действуют Центры психологической помощи и реабилитации ветеранов Афганистана и участников контртеррористической операции на территории Северного Кавказа.

Справочно:

Данные о реабилитационно—восстановительных объектах работающих в Вооруженных Силах Российской Федерации во время Чеченской компании

Всего объектов — 1725, из них:

- Центров психологической помощи и реабилитации военнослужащих — 99 (штатных — 71; вне штата — 28).
- Пунктов психологической помощи и реабилитации военнослужащих — 426. (штатных — 216; вне штата — 210).
- Комнат психологической разгрузки — 1200.

Не смотря на то, что количественные показатели реабилитационно-восстановительных объектов впечатляют, их организационная, финансовая, научно-методическая разрозненность не позволяет достичь главного — **надежного восстановления функционального состояния и психического здоровья.**

Качественно оказывать помощь комбатантам, возможно лишь в рамках Федеральной Программы, целью которой должно стать создание основ государственной системы комплексной реабилитации участников военных конфликтов и членов их семей. Наибольший эффект психологической помощи при ПТСР дадут технологии разработанные в рамках силовых ведомств и адаптированные к условиям работы гражданских психологов. Наивысшую результативность обеспечит комплексный подход при создании психокоррекционных программ, включающих в себя разумную представленность индивидуальных и групповых форм работы, а закрепление психокоррекционного результата возможно при включении в процесс реабилитации семьи ветерана боевых действий и его ближайшего социального окружения.

Целесообразно предусмотреть три уровня реабилитационно-восстановительных объектов и органов их управления.

На I уровне (Федеральном), наибольшую пользу принесет Межведомственный Координационный Совет, а также научно-исследовательская и методическая площадка на соответствующей базе.

II уровень (Федеральные округа) предусматривает развертывание 7 Центров психологической помощи и реабилитации в рамках террито-

риального деления России на Федеральные округа.

III уровень (Субъекты РФ) базируется на создании реабилитационно-восстановительных объектов на территории Федеральных округов.

Трехуровневая система комплексной реабилитации функционально разграничена следующим образом:

	Уровни		
Основные функции	Федеральный	Федеральные округа	Субъекты РФ
Административно-управленческая	Координация работы региональных Центров	Управление работой территориальных объектов	Организация психологической помощи и реабилитации
Научно-исследовательская	Создание основ Федеральной системы комплексной реабилитации	Разработка эффективных технологий психологической помощи и реабилитации	Анализ эффективности методик психологической помощи и реабилитации
Учебно-методическая	Обобщение опыта в научных и научно-популярных журналах	Проведение обучающих семинаров, издание методической литературы	Проведение профессиональной доподготовки, обмен опытом психокоррекционной работы с ПТСР
Прикладная, практическая	Экспериментальная проверка и практическая отработка наиболее эффективных технологий	Внедрение и адаптация новых психокоррекционных методик. Работа с наиболее сложными комбатантами	Совершенствование специальных психотехник. Оказание помощи комбатантам

Комплексность реабилитационных мероприятий предусматривает три основных направления:

- медицинская реабилитация;
- психологическая реабилитация;
- социальная реабилитация.

Цели, специфика и задачи этих направлений реабилитации:

Медицинская реабилитация	Психологическая реабилитация	Социальная реабилитация
Цель: восстановление и улучшение функций органов и систем организма, обеспечивающих восстановление боевой и профессиональной трудоспособности военнослужащих.	Цель: восстановление психического равновесия и утраченных индивидуально-психологических характеристик личности	Цель: обеспечение социализации личности и восстановление ее прежнего уровня, обеспечение социального статуса и социального самочувствия
Специфика: проявления в области медицинской патологии	Специфика: проявление в состояниях повышенного риска психических расстройств (пограничных психических состояний)	Специфика: проявления в социальной сфере
Задачи: 1. Диагностика и определение уровня функционального состояния организма 2. Лечение соматических заболеваний и последствий травм и ранений 3. оказание помощи при психических расстройствах 4. Проведение других восстановительных мероприятий	Задачи: 1. Психодиагностика актуальных психических состояний 2 Восстановление психической деятельности 3. Восстановление индивидуально-психологических характеристик 4. Закрепление психических реакций и психологических характеристик личности в пределах нормы	Задачи: 1. Обеспечение социальных гарантий 2. Контроль за реализацией социальных льгот 3. Правовая защита 4. формирование позитивного общественного мнения в отношении комбатантов 5. Вовлечение личности в систему социальных отношений

Экономические расчеты показывают, что на вложенный рубль в Систему комплексной реабилитации 1 комбатанта, государство получит в качестве прибыли 35 рублей за счет:

- экономии на потерях от асоциальных действий нереабилитированного участника боевых действий;
- экономии на содержании специалистов, обеспечивающих законопослушность ветерана с признаками ПТСР;
- исключения потерь от непроизводительного труда не реабилитированного участника боевых действий;
- дохода от производительного труда реабилитированного комбатанта.

ЗАСТРЕВАНИЕ В СОБЫТИИ, ПОВТОРНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ. АФГАНИСТАН – ЖИВЁТ В ДУШЕ МОЕЙ.

Евдошенко Сергей Павлович

ветеран боевых действий, воин-интернационалист, старший
помощник начальника отделения военного комиссариата
Академического района ЮЗАО города Москвы

Кривченко Григорий Иванович

генерал-лейтенант, Военный советник в ДРА

В 1973 году произошла Даудская (Саурская) революция, свергнувшая монархию в Афганистане. Первым президентом Афганистана стал Мухаммед Дауд Хан (двоюродный брат свергнутого короля), который опирался на Народно-демократическую партию Афганистана - НДПА. В 1967 году в виду тактических разногласий в НДПА оформились два крыла: «Хальк» («Народ») во главе с Н.М. Тараки и «Парчан» («Зная») во главе с Б. Кармалем.

Афганская война продолжалась с 25 декабря 1979 до 15 февраля 1989 года, то есть 2 238 дней. 25 декабря 1979 года в 7 часов утра в районе города Термеза два понтонно-мостовых полка начали наводить понтонный мост.

В 15.00 начался ввод советских войск в Афганистан в соответствии с приказом министра обороны СССР. Первыми переправились разведчики, а затем, под руководством генерала К. Кузьмина - 108-я мотострелковая дивизия. В это же время военно-транспортная авиация начала переброску по воздуху основных сил воздушно-десантной дивизии отдельного парашютно-десантного полка на аэродромы Кабула и Баграма. Для переброски личного состава потребовалось сорок семь часов, за которые было совершено 343 рейса. В Кабул и Баграм было доставлено 7.700 десантников и 894 единиц боевой техники. 27 декабря 103-я воздушно-десантная дивизия взяла под свой контроль здание ЦК НДПА, министерство обороны, МВД, министерство связи и другие важные объекты столицы Афганистана. Части 108-й мотострелковой дивизии к утру 28 декабря сосредоточились северо-восточнее Кабула.

До 25 декабря 1979 года, в Туркестанском военном округе были подготовлены к вводу в Афганистан полевое управление 40-й общевойсковой армии, 2 мотострелковые дивизии, армейская артиллерийская бри-

гада, зенитно-ракетная бригада, десантно-штурмовая бригада, части боевого и тылового обеспечения, а в Среднеазиатском военном округе: 2 мотострелковых полка, управление смешанного авиакорпуса, 2 авиapolка истребителей-бомбардировщиков, 1 истребительный авиapolк, 2 вертолётных полка, части авиационно-технического и аэродромного обеспечения. В качестве резерва в обоих округах были отобилизованы ещё три дивизии. В части и соединения 40-й армии по состоянию на 27 декабря 1979 года было призвано из Узбекистана, Туркмении и Таджикистана более 32 тысяч военнослужащих, запаса и получено более 9 тысяч автомобилей из народного хозяйства. Личный состав 5-й мотострелковой дивизии на 43,5 % состоял из представителей местных национальностей, а в 108-й мотострелковой дивизии 64 % были представителями местных национальностей. Это было крупнейшее мобилизационное развертывание Советской Армии с 1945 года.

В соответствии с Постановлением Совета министров СССР от 30 июня 1978 года, в Афганистан убыл генерал Кривченко Г.И., где недалеко от штаба Ограниченного контингента советских войск, на полпути от Кабула к границе СССР, в местечке Пули-Хумри располагалась материально-техническая база ОКСВА. Именно там, в составе батареи управления сводной колонны, сформированной в Одесском военном округе, в 1981 — 1982 г., проходил срочную службу Сергей Евдошенко.

Находясь на войне, два российских воина, дышали одним афганским воздухом, а затем встретились уже за общим столом, 30 лет спустя, при обсуждении задач социальной защиты ветеранов войн и военных конфликтов, взаимодействия с ветеранскими организациями в вопросах увековечивания памяти погибших воинов.

Ветераны согласовали совместные действия по организации и проведению мероприятий, посвященных 30-летию завершения войны в Афганистане, разработали комплексные мероприятия по патриотическому воспитанию молодежи. Это решение: значимая позиция реабилитационного направления деятельности военно-патриотического Клуба «Отчизна», в работе по купированию посттравматического стрессового расстройства у комбатантов, стоящих на учёте в военном комиссариате Академического района ЮЗАО города Москвы.

До начала вывода советских войск в мае 1988 года моджахедам ни разу не удалось провести ни одной крупной операции и не удалось занять ни одного крупного города. В то же время мнение Громова о том, что перед 40-й армией не ставилась задача военной победы, не согласо-



ется с оценками некоторых других авторов. В частности, генерал-майор Евгений Никитенко, в 1985—1987 годах бывший заместителем начальника оперативного отдела штаба 40-й армии, полагает, что на протяжении всей войны СССР преследовал неизменные цели — подавление сопротивления вооружённой оппозиции и укрепление власти афганского правительства. Несмотря на все усилия, численность формирований оппозиции из года в год только росла, и в 1986 году (на пике советского военного присутствия) моджахеда контролировали более 70 % территории Афганистана. По мнению генерал-полковника Виктора Меримского, бывшего заместителя начальника Оперативной группы МО СССР в Демократической Республике Афганистан, руководство Афганистана фактически проиграло борьбу с мятежниками за свой народ, не могло стабилизировать обстановку в стране, хотя располагало 300-тысячными военными формированиями (армия, милиция, госбезопасность).

Всего за период с 25 декабря 1979 года по 15 февраля 1989 года в войсках на территории Афганистана прошло военную службу 620 тыс. военнослужащих, из них в соединениях и частях Советской Армии - 525 тыс., в пограничных и других подразделениях КГБ СССР - 90 тыс., во внутренних войсках МВД СССР - 5 тыс. чел. Кроме того, на должностях рабочих и служащих в советских войсках в этот период находилась 21 тыс. чел.

Ежегодная списочная численность советских войск в составе ограниченного контингента составляла от 80 до 104 тыс. военнослужащих и 5-7 тыс. рабочих и служащих (вольнонаёмных).

Выйдя в запас, Григорий Иванович Кривченко, возглавил Ветеранскую организацию Академического военного комиссариата ЮЗАО го-

рода Москвы, деятельностью которой он руководит настоящее время.

Основное направление этой деятельности, реализация задач военно-профессиональной ориентации допризывной молодёжи четырёх муниципальных округов столицы, осуществление социальной поддержки ветеранов одного из территориальных образований ветеранской организации района «Черёмушки».

Григорий Иванович, щедро делится своим боевым и жизненным опытом в различных организациях Юго-Западного административного округа, часто выступает с напутственными словами перед призывниками, убывающими к месту прохождения военной службы с Городского сборного пункта Военногокомиссариата г. Москвы. Активно взаимодействуя с военно-патриотическим клубом «Отчизна» военного комиссариата Академического района ЮЗАО г. Москвы, Григорий Иванович входит в Совет Клуба, и ежегодно участвует в проводимых Военным комиссариатом города Москвы мероприятиях с призывной молодёжью, таких как: «День призывника», «Звёздный призыв», Форум кадет города Москвы, слёты Юнармии.

Мы знаем, что переписать историю невозможно, если в памяти людей будет жить правда о войне.

Различные политические силы пытались использовать молодых ветеранов как социально активную категорию населения в своих интересах. Враждующие стороны во всех межнациональных конфликтах вербовали ветеранов в ряды боевиков. Многие из них вступали в организованные преступные группировки.

По данным на ноябрь 1989 года, 3.700 ветеранов Афганской войны находились в заключении, количество разводов и острых семейных ссор составляло в семьях «афганцев» 75 %; более двух третей ветеранов не были удовлетворены работой и часто меняли её из-за возникающих конфликтов, 90 % студентов-«афганцев» имели академическую задолженность или плохую успеваемость, 60 % страдали от алкоголизма и наркомании.

Ещё в 1989 году среди «афганцев» было достаточно широко распространено настроение, наиболее ярко выраженное в письме одного из них в «Комсомольскую правду»: «Знаете, если бы сейчас кинули по Союзу клич: «Добровольцы! Назад, в Афган!» — я бы ушёл... Чем жить и видеть всё это дерьмо, эти зажравшиеся рожи кабинетных крыс, эту людскую злобу и дикую ненависть ко всему, эти дубовые, никому не нужные лозунги, лучше туда! Там всё проще».

Концепция психических расстройств, вызванных повторяющимися психотравмирующими ситуациями, в СССР практически не разра-

батывалась и профессиональная помощь участникам боевых действий, находившимся в состоянии ПТСР, не оказывалась.

Тестирование, проведённое в начале 1990-х годов, показало, что как минимум 35-40 % участников войны в Афганистане остро нуждались в помощи профессиональных психологов.

Только во время контртеррористической операции на Северном Кавказе, в масштабах Вооруженных Сил была развернута деятельность (Центров, пунктов) психологической помощи и реабилитации, и заслуга в этом принадлежит мудрости руководства Вооруженных Сил, изучившего состояние психики солдат, в ходе войны в Афганистане, ветеранов этой войны, и на основе этого опыта создавшего организационно-штатную основу для купирования боевой психической травмы и предотвращения деструктивной динамики посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).



Этой организационно-штатной основой в 1995 году, явился отдел психологической работы в одном из управлений ГУВР ВС Российской Федерации Генерального Штаба ВС РФ.

На фото: Состав отдела в 1997 г.

В этот отдел вошли военные психологи, в том числе и те, кто занимался научными исследованиями состояния психики в боевых условиях в научно-исследовательских подразделениях Центра военно-социологических, психологических и правовых исследований Вооруженных Сил Российской Федерации. После организационно-штатных мероприятий, сведших на нет, достижения военной психологии (было осуществлено сокращение штата войсковых психологов с 5.000 человек до 800), мы с надеждой взираем на возрождение структуры психологов в Психологической службе Главного военно-политического управления ВС РФ, и надеемся, что впереди нас ждёт новый подъём.

В настоящее время, с введением Главного военно-политического управления Вооруженных сил Российской Федерации, военно-патриотическая работа приобретает новых размах. Этот вектор позитивной направленности привёл к тому, что в Главном военно-политическом управлении Вооруженных Сил, в настоящее время воссоздана и действует психологическая служба, к созданию которой отдел психологической работы ГУВР ВС РФ пришёл на 5 год своего существования, в 2000 году.

Возрождается духовность, воссоздана Психологическая служба Главного военно-политического управления Вооруженных Сил, мы верим, приближается новый этап в постановке работы с участниками боевых действий.

Литература:

1. Ляховский А. А., Забродин В. М. Тайны афганской войны. - М., 1991.
2. Грешнов А. Б. «Афганистан». — М., 2006.
3. Костыря А. А. Историография, источниковедение, библиография спецоперации СССР в Афганистане (1979 -1989 гг.): монография. — 2-е изд., доп. и испр. — Донецк: Промінь, 2009. — 600 с.
4. Сергей Бояркин. Солдаты Афганской войны.
5. БрейтвейтAfgantsy: The Russians in Afghanistan, 1979–89. — New York: Oxford University Press, 2011. — P. 417.
6. Брейтвейт. Афган = Afgantsy: The Russians in Afghanistan 1979–1989 / Переводчик: АнтонШириков. — Corpus, 2013. — 496 с.
7. Д. Коміренко. Женевські угоди про врегулювання в Афганістані 1988 // Українська дипломатична енциклопедія: У 2-х т. /Редкол.:Л. В. Губерський (голова) та ін. - К: Знання України, 2004 - Т.1 - 7.
8. ГромовБ. В. «Ограниченный контингент». — М., 1994. — 352 с.
9. Ляховский А. А. Трагедия и доблесть Афгана — М., 1995. — 720 с.
10. Лебедь А. И. За державу обидно. — М.: Редакция газеты «Московская правда», 1995. — 464 с. Доп. тираж 15 000 экз.
11. Александр Майоров. Правда об Афганской войне Свидетельства главного военного советника. — М., 1996. — 287 с.
12. Гордиенко А. Н. Войны второй половины XX века. — Минск, 1999.
13. Подушков Д. Л. Исповедь самому себе (об участии в боевых действиях в Афганистане). — Вышний Волочёк, 2002. — 48 с.
14. Дэвид С. Инсби. Афганистан. Советская победа // Пламя «холодной войны»: Победы, которых не было = Cold War Hot:Alternative Decisuiicions of the Cold War / под ред. Питера Цуроса, пер. Ю. Яблокова. — М.: АСТ, Люкс, 2004.
15. Аблазов В. И. Афганистан. Четвёртая война. — Киев, 2002.; Над всем Афганистаном безоблачное небо. — Киев, 2005.; Долгий путь из афганского плена и безвестия. — Киев, 2005.
16. Нешумов Ю. А. Границы Афганистана: Трагедия и уроки. — М.; Жуковский: Граница; Кучково поле, 2006.
17. Бондаренко И. Н. Как мы строили в Афганистане. — М., 2009.
18. Марченко В. Г. Афган: разведка ВДВ в действии. — Минск, 2009.
19. Кожухов М. Ю. Над Кабулом чужие звёзды. — М., 2010. — 352 с.

ЭВОЛЮЦИЯ ПРИНЦИПОВ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ УЧАСТНИКАМ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ.

Караяни Александр Григорьевич

доктор психологических наук, профессор,
главный научный сотрудник ВНИИ МВД России, г. Москва

Аннотация: Принципы психологической помощи участникам боевых действий были сформулированы и развивались в войнах XX и XXI вв. В них были определены требования к содержательным, организационным и пространственно-временным аспектам помощи. Соблюдение сформулированных принципов существенно повышает эффективность психологической помощи участникам боевых действий.

Ключевые слова: психологическая помощь, принципы психологической помощи, боевые действия.

Опыт психологического вспомоществования участникам боевых действий в войнах XX и XXI вв. убедительно доказал, что его эффективность в решающей мере зависит от соблюдения принципов организации психологической помощи. Под принципами мы понимаем базовые теоретические положения, определяющие содержательные и организационные характеристики психологической помощи.

Ретроспективный анализ теории и практики психологической помощи участникам боевых действий позволяет констатировать, что первый принцип ее организации был сформулирован отечественным врачом и психологом Г. Е. Шумковым. При активном участии Шумкова в годы Русско-японской войны (1904-1905 гг.) впервые в истории войн была создана глубоко эшелонированная система психолого-психиатрической помощи. Она включала сеть развернутых вдоль линии фронта амбулаторных пунктов, ориентированных на решение проблемы психических потерь, психиатрические отделения военных госпиталей, полевой психиатрический приемный покой, психиатрическое отделение сводного военного госпиталя, центральный психиатрический госпиталь, поезда для эвакуации психотравмированных воинов в тыловые госпитали, специализированные психиатрические лечебные учреждения глубокого тыла [7; 8].

В ходе практического функционирования данной системы был вы-

явлен так называемый «*синдром эвакуации*». Как только солдаты осознали, что психическая травма является достаточным основанием для эвакуации с поля боя, количество психотравмированных резко увеличилось, эффективность их лечения падала, а срок увеличивался. Было замечено, что чем дальше от линии фронта эвакуировались психотравмированные воины, тем меньше шансов у них оставалось на выздоровление [1]. Учитывая эту тенденцию Г.Е. Шумковым был сформулирован принцип «*приближения*» психолого-психиатрической помощи к линии фронта.

В ходе Первой мировой войны британскими специалистами были разработаны принципы оказания психологической помощи лицам с психическими расстройствами, которые были объединены акронимом «PIE» (*PIE* — *пирог*). Они были концептуально сформулированы американским специалистом доктором Т. Салмоном. Эти принципы означали: Proximity (близость) - помощь должна организовываться вблизи линии фронта и «в пределах слышимости звуков боя», Immediacy (незамедлительность) - помощь должна оказываться сразу после обнаружения симптомов расстройства, Expectancy (выжидательность, предвкушение) - пострадавшие должны рассматривать себя не как больных, а как военнослужащих, нуждающихся во временном отдыхе и предвкушать выздоровление и скорое возвращение в боевой строй.

Соблюдение перечисленных принципов позволило американским военным психологам и психиатрам к концу войны выстроить достаточно эффективную схему психологической помощи участникам боевых действий, позволявшую возвращать в боевой строй от 40 до 80% пострадавших [6; 7; 8].

Опыт Второй мировой войны (1939-1945 гг.) и войны в Корее (1950-1953 гг.) потребовал уточнить и конкретизировать принципы оказания психологической помощи участникам боевых действий. В систему существующих принципов «PIE» были добавлены принципы краткосрочности, централизованности и простоты, а существовавшие ранее принципы были уточнены. Доработанную систему принципов американские специалисты обозначили акронимом «BICEPS» (Brevity - краткосрочность, Immediacy - незамедлительность, Centrality - централизация, Expectancy - выжидательность, Proximity - приближенность, Simplicity - простота) [3; 5; 8; 12]. Вновь добавленные принципы трактуются следующим образом.

Принцип *краткосрочности* означает, что мероприятия психологи-

ческой помощи на тактическом уровне должны длиться не более 4 суток. Лица, требующие дальнейшего восстановления, перемещаются на следующий уровень медико-психологической помощи. Принцип близости требует, чтобы пострадавшие эвакуировались в учреждения, находящиеся в непосредственной близости от линии фронта. Подразделения психологической помощи должны находиться рядом с медицинскими учреждениями, но психотравмированные военнослужащие не должны наблюдать раненых и погибших сослуживцев. Принцип простоты указывает, что целью помощи пострадавшим является не восстановление их психического здоровья, а восстановление боеспособности. Для этого нужны простые и компактные по времени методы помощи, нацеленные на восстановление физического здоровья и уверенности в себе (сон, отдых, горячая пища и напитки, рациональная психотерапия). Принцип централизованности определяет, что квалифицированная психологическая помощь должна быть сосредоточена в специальных подразделениях и проводиться подготовленными в профессиональном отношении специалистами (психологами, социальными работниками, психиатрами).

Опыт Второй мировой войны и последующих локальных военных конфликтов показал, что сам факт развертывания системы психологической помощи в зоне боевых действий может провоцировать массовую симуляцию участниками боевых действий симптомов боевых расстройств. В американских воинских частях, воевавших на севере Африки в годы Второй мировой войны, отмечались факты оставления поля боя сотнями военнослужащих, которые считали, что получили боевую психическую травму и бросались на поиски психолога. В ходе боевых действий наших войск в Чечне было замечено, что если психологическая помощь не обеспечивается материально-технически (автомобилем, палаткой, раскладушками, одеялами, печкой, продуктами и т.п.), то она превращается в фикцию [8].

Понимание этих обстоятельств потребовало уточнить существующие принципы психологической помощи. На основе анализа психологических особенностей военных конфликтов начала XXI в. нами был сформулирован перечень принципов, объединяемый акронимом «БЛОКПОСТ». Сформулированные принципы звучат так. Принцип близости – требует осуществления основных мероприятий психологической реабилитации в пунктах психологической работы и медицинских подразделениях воинских соединений и частей [8; 9; 10].

Принцип личностного подхода содержит следующие требования: относиться к пострадавшим не как к пациентам, а как к лицам, нуждающимся во временном отдыхе; недопущение введения пострадавших в заблуждение относительно их здоровья, нанесения вреда их психике; исключение расположения пунктов психологической помощи в пределах видимости медицинских подразделений; организация посещения пострадавших командирами и сослуживцами, выражающими надежду на возвращение их в боевой строй.

Принцип оперативности - предполагает немедленное начало реабилитации после обнаружения у военнослужащих психологических проблем с целью обеспечения отреагирования травматического события, трансформации его смысла и оказания пострадавшим социальной поддержки.

Принцип краткосрочности - определяет необходимость проведения психологической помощи воинам в течение ближайших 12-72 часов с целью профилактики возникновения «вторичной выгоды».

Принцип превенции — ориентирует на превентивное формирование у военнослужащих психологической устойчивости.

Принцип обеспеченности — требует создания соответствующей методической и материально-технической базы для оказания психологической помощи, без которой она превращается в профанацию.

Принцип системности — устанавливает, что психологическая помощь должна осуществляться: командирами, психологами, медицинскими работниками, психологическим активом, самими военнослужащими; в пунктах психологической работы, медицинских подразделениях, воинских подразделениях; на различных этапах эвакуации; с помощью простых физиологических, психологических, социально-психологических и медикаментозных средств и способов.

Принцип твердости — ориентирует на приоритетное выявление лиц, симулирующих расстройство; на восстановление боеспособности, а не абсолютного психического здоровья; соблюдение пострадавшими военной формы одежды и включение их во временные воинские подразделения; вовлечение пострадавших в простейшие формы активности.

Соблюдение системы принципов, как свидетельствует международный опыт, позволяет в течение короткого времени возвращать в боевой строй более 85% психотравмированных военнослужащих.

В настоящее время, в связи с изменением характера участия военнослужащих в боевых действиях (краткосрочность пребывания в зоне

боевых действий, низкая интенсивность боевых событий и др.) требуется дополнительное изучение принципов оказания им психологической помощи.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Габриэль Р. Героев больше нет. Нью-Йорк, 1987.
2. Дьяченко М.И., Кандыбович С.Л., Караяни А.Г. История отечественной военной психологии. М., 2009.
3. Кандыбович С.Л., Караяни А.Г., Караяни Ю.М., Секач М.Ф. Когнитивные технологии эшелонированной психологической помощи: Монография. М., 2011.
4. Караяни А.Г., Корчемный П.А. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. М. : ВУ, 2010.
5. 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.
6. Караяни А.Г., Караяни Ю.М. Психологическая помощь военнослужащим в годы первой мировой войны // Научные и образовательные проблемы гражданской защиты. 2014. № 2. С. 101-110.
7. Караяни А.Г., Караяни Ю.М. Психологическая помощь военнослужащим в боевой обстановке. М. : ВУ, 2016.
8. Караяни А.Г. Военная психология В 2 Ч. Часть 1. Учебник и практикум. М. : Юрайт, 2016.
9. Караяни А.Г. Содержание и принципы подготовки к организации психологической помощи участникам боевых действий (на примере армий иностранных государств) // Психология обучения. 2018. № 5. С. 88-95.
10. Караяни А.Г. Психологическая реабилитация участников боевых действий (Психология боевого стресса и стресс-менеджмента). М.: ВУ, 2018.
11. Психология служебной деятельности /Цветков В.Л., Караяни А.Г., Хрусталева Т.А., Рожков А.А., Човдырова Г.С., Мусатова О.А., Статный В.М., Петров В.Е., Танов А.М., Шеглов С.Ф. : учебник для студентов вузов, обучающихся по специальности «Психология служебной деятельности» / Москва, 2014.
12. Field Manual FM 4-02.51 (FM 8-51) Combat and operational stress control. Washington, 2006.

НЕМОТИВИРОВАННАЯ АГРЕССИЯ. ДЕБРИФИНГ СТРЕССА КРИТИЧЕСКОГО ИНЦИДЕНТА. НАЛИЧИЕ БОЕВОЙ НАСТОРОЖЕННОСТИ.

Адаев Александр Иванович

кандидат психологических наук, главный редактор журнала

«Вопросы психологии экстремальных ситуаций»

Посттравматические проявления зачастую выражаются в повышении агрессивности, эмоциональной нестабильности, что является предпосылкой для противоправных действий, в результате потенциально ветеран с большей степенью вероятности может оказаться на скамье подсудимых.

Многие из моих знакомых после пребывания в боевых условиях не раз сталкивались с проявлением немотивированной, необъяснимой агрессией. Она бывает как к лицам, чем-то напоминающим бывшего противника, так и к другим, тем, кто взглядом или словом проявил неуважительность или бестактность по отношению к участнику боевых действий. В этот момент возникает агрессивная реакция, которая выходит из-под контроля сразу после момента возникновения, все происходит в режиме отработанных рефлекторных действий.

К чему же это может привести:

Сергей С. Попал под следствие в результате проявления немотивированной агрессии. Ему грозил большой срок. Как же все произошло? Приведу психологический анализ его действий. В поведении Сергея явно прослеживается актуализация боевой психотравмы. Его действия обусловлены поведенческими реакциями, сформированными в боевой обстановке, в условиях постоянного риска для жизни. При наличии явно выраженных посттравматических проявлений на почве боевой психической травмы (Сергей получил ранение, продолжительное время ему снились кошмарные сны о боевой обстановке, в течение нескольких месяцев после возвращения к мирной жизни фиксировалась боевая настороженность, наблюдалась повышенная эмоциональность, с переносом на себя всего, что связано с войной) стимулом (сигналом) для работы в боевом режиме, для центральной нервной системы послужили ситуации двух случаев. В первом случае было нападение собаки (при зачистках и передвижениях по Грозному, Сергей встречал множе-

ство одичавших собак, которых при агрессивных проявлениях приходилось уничтожать). Во втором случае, подрезание и особое поведение водителя Семенова, который при приближении был похож на бывших противников (Семенов по внешнему виду напомнил Сергею людей, которых он видел стреляющих в него в Чеченской Республике. Сергей хорошо знал как в Чечне перекрывают путь машине для нападения и последующего уничтожения, потому что он сам непосредственно попадал в засады, когда идущую колонну обстреливали боевики. Вся эта ситуация подсознательно отслеживалась Сергеем и вне зависимости от сознания по психологическим законам функционирования центральной нервной системы у комбатанта сработали механизмы боевых реакций.

Данные механизмы сформированы в ситуации боя и обеспечивают сохранение жизни военнослужащему, в момент возникновения ситуации, похожей на ту, что запомнило подсознание, начинают доминировать сигналы аналогичные тем, что были в боевой обстановке, когда психика работала с перенапряжением, что и сформировало боевую психическую травму, перешедшую в посттравматическое стрессовое расстройство.

Действия Сергея с психологической точки зрения оправданы и являются посттравматической реакцией на стимул «ключевого» характера. Очевидно, такие действия не могут быть мотивированы каким-либо умыслом. Они являются автоматически отработанным типом поведения в экстремальной ситуации.

Избежать ненужной агрессивности легче всего в ходе конструктивного общения с лицами, особенностями внешнего вида, напоминающими бывшего противника. Если такого общения не возникает, целесообразно принять участие в специальных тренингах общения, которые применяются специалистами - психологами для восстановления коммуникационных возможностей человека. И, конечно же, все то, что убирает боевую настороженность, про которую мы уже вели разговор, также успешно позволяет решить задачу снятия немотивированной агрессивности.

Дебрифинг стресса критического инцидента.

В наиболее полном и структурированном виде процесс работы с последствиями психической травмы отражает метод «дебрифинга стресса критического инцидента», разработанный американским психологом Дж. Митчелом в 1983 году.

Психологический дебрифинг проводится индивидуально или с груп-

пами людей, совместно испытывавших стрессовые или трагические события. Его цель – минимизировать нежелательные психологические последствия и предупредить развитие синдрома посттравматических стрессовых расстройств. По своей природе дебрифинг представляет собой не терапевтический, а психолого-педагогический метод, и проводится, как правило, “по горячим следам” конкретного события в форме групповой дискуссии под руководством подготовленного профессионала. Подчеркивается, что дебрифинги не заменяют собой собственно лечения, которое бывает необходимо в некоторых случаях; их цель – минимизировать нежелательные психологические последствия и предупредить развитие синдрома посттравматических стрессовых расстройств.

Эта цель достигается путем проработки впечатлений и эмоций; когнитивной организации опыта; уменьшения тревоги и напряженности; понимания универсального характера индивидуальных реакций, достигаемого в процессе интенсивного «обмена» чувствами; мобилизации ресурсов для социальной поддержки, усиления групповой солидарности и сплоченности; подготовки участников к правильному восприятию своего последующего состояния и использованию различных стратегий психологической по мощи.

Процесс дебрифинга обычно состоит из трех основных частей: «вентиляции» чувств в группе и оценивания стресса ведущим; подробного обсуждения «симптоматики» и психологической поддержки; мобилизации ресурсов, предоставления информации и планирования дальнейшей помощи. Выделяют от 5 до 7 обязательных фаз, через которые проходит группа:

- Вводная фаза:

Представление ведущего, разъяснение целей, задач и правил, снятие тревоги у участников по поводу «необычности» процедуры.

Основными правилами, которых придерживаются как ведущие, так и участники, являются:

- не заставлять никого из группы говорить или обсуждать то, чего они не захотят. Единственное требование – это назвать свое имя и отношение к инциденту (характер участия). Все внимательно выслушивают то, что говорит каждый из участников;
- соблюдать конфиденциальность: то, что происходит или обсуждается в группе, предназначено только для группы и не выносится вовне;
- не допускать критических суждений в отношении другого: никто

не должен рассматривать происходящее как «разбор» или «трибунал» - для них найдется другое место;

- каждый может говорить лишь о своих переживаниях, поступках (от первого лица), а не о чужих;
- участники предупреждаются о том, что могут вновь пережить отрицательные чувства, что естественно, т.к. речь идет о весьма болезненных вещах. Однако, задача дебрифинга как раз и состоит в том, чтобы научиться справляться с реальными негативными эмоциональными состояниями;
- группа работает без перерывов, что не означает невозможности покидать ее на время с тем, чтобы все же вернуться, если этому не мешают неотложные обстоятельства.

• Формально-логический этап:

Каждый рассказывает о том, что происходило с ним: что он видел, где находился и что делал. Восстанавливается полная картина происшествия и хронология событий. Согласие относительно фактов способствует когнитивной организации опыта. Выражения эмоций на этой фазе допускать не следует.

• Эмоционально-чувственный этап (мысли, эмоции, чувства, речь):

Ведущий просит перейти от описания событий к рассказу о внутренних психологических реакциях на них. Очень важно припомнить самые первые впечатления, пронесшиеся в голове мысли, импульсивные поступки и эмоциональные реакции. Несмотря на то, что рассказы могут приобретать весьма драматический характер, нельзя допускать, чтобы доминировали чувства кого-либо из участников, а все остальные превратились бы в слушателей: каждый должен получить возможность высказаться и постараться выразить свои переживания. Ведущий поддерживает в группе понимание того, что высказываясь, участники вновь переживают сильный стресс, однако это происходит в ситуации, когда реальная опасность миновала, а их чувства находят понимание и поддержку группы.

• Этап психосоматического отреагирования (симптомы):

Обсуждаются актуальные эмоциональные, когнитивные и соматические проявления посттравматического стресса, отмечаемые участниками изменения в восприятии своего «Я» и поведении. Составляется перечень симптомов, описывающий спектр психологических последствий критического инцидента в данной конкретной группе. Каждый участник получает возможность лучше разобраться в своем состоянии, от-

мечая и те симптомы, о которых, в силу различных причин, он не высказывался.

- Просветительский этап (образование, информирование):

Разъяснение участникам природы постстрессовых состояний как «нормальных реакций на экстремальную ситуацию»; обсуждение вариантов и способов преодоления, имеющих место и возможных в будущем отрицательных психологических последствий.

- «Закрытие прошлого» и новое начало:

Подводится своеобразный итог под тем, что было пережито. Прошлое нельзя просто забыть, оно требует активного к себе отношения с тем, чтобы найти в себе силы для новой жизни. Ритуалы «закрытия прошлого» выработаны в культуре (поминовения, годовщины, посещения мест, связанных с событиями и пр.), однако они предполагают и собственное творческое участие: например, многие из переживших катастрофу посвящают себя тому, чтобы помочь избежать новых катастроф или уменьшить их травматические последствия, используют свой опыт при оказании помощи, участвуют в деятельности добровольных спасательных бригад и т.п.

Формально процедура дебрифинга завершается вопросами участников к ведущему, советами, как вести себя в будущем, где искать источники психологической поддержки или профессиональной помощи, раздачей памяток, листовок (если они заранее подготовлены).

Окончание дебрифинга всегда специально акцентируется, что придает процессу завершенность и логическую стройность. При этом, ведущий разъясняет, в каких случаях следует обратиться за профессиональной помощью:

- во-первых, если состояние не улучшится в ближайшие шесть недель;
- во-вторых, если оно начнет внезапно ухудшаться;
- в-третьих, если появятся затруднения при выполнении привычной работы или понизится работоспособность.

С концептуальной психотерапевтической точки зрения, дебрифинг решает следующие задачи:

- на формально-логическом этапе, восстанавливается амнезия стрессогенного события, как механизма психологической защиты, вытесняющего психогении в бессознательное;
- эмоционально-чувственный этап и этап психофизиологического отреагирования обеспечивают завершение отработки блокированных

эмоций и психофизиологических реакций, и в этом смысле по своей психотерапевтической тенденции соответствуют технологиям эмоционально-стрессовой психотерапии;

- комбатанту дается возможность выговориться, что также снижает нервно-психическое напряжение по поводу состоявшегося события;
- просветительский этап обеспечивает комбатанту принятия самого себя, что является психологически проблемным после пребывания в экстремальной ситуации. Проблема возникает, потому что ряд эмоциональных (сильный страх, действия в состоянии аффекта и т.д.) и психофизиологических (слабость или дрожь в ногах, частое мочеиспускание, холодный пот, тошнота и т.д.) реакций не соответствуют традиционным морально-нравственным нормам восприятия человека в бою.

Наличие боевой настороженности.

На первый взгляд нет ничего плохого от того, что ты всегда готов действовать быстро, решительно и уверенно, но задумайся над тем, что сейчас читаешь.

Можешь ли ты продолжительное время не спать? Конечно нет. Очень скоро наступит физическое утомление, вплоть до полного изнеможения и тогда твой организм откажется бодрствовать и ты уснешь, как бы не сопротивлялся своему желанию.

Боевая настороженность для психики - то же самое, что продолжительное бодрствование для тела. В таком состоянии наступает нервно-психическое перенапряжение, которое приводит кразличного рода срывам. Повышается нервозность, конфликтность.

Именно наличие боевой настороженности, зачастую мало осознаваемой, является почвой для возникновения немотивированной агрессии.

Избавиться от состояния боевой настороженности можно многими путями. Этому, прежде всего, способствует продолжительный отдых, в том числе и отдых во сне. Для этого иногда достаточно увеличить продолжительность своего сна на 1-2 часа. Эффективным средством является освоение приемов психологической релаксации или других методов снятия нервно-психического напряжения. Если ты заметил, что реагируешь на обострение ситуации двигательной активностью, то для тебя полезными будут интенсивные занятия спортом. В любом случае тебе полезно будет использовать специальный комплекс упражнений, приводящий через напряжение к расслаблению.

Начало научной разработки этого метода было положено Э. Джекобсоном, предположившим, что существует прямая зависимость между

тонусом скелетной мускулатуры и различными формами отрицательного эмоционального возбуждения. Он является создателем системы специальных упражнений, техники «прогрессивной релаксации» (Jacobson, 1978), которая представляет собой курс систематической тренировки по произвольному последовательному (потому и названа прогрессивной) расслаблению всех мышц тела. При этом под релаксацией понимается не только сам процесс снятия мышечного тонуса, но и процесс достижения нервно-психического состояния человека, противоположный по своему характеру активности.

Характерным для метода Джекобсона является предположение, что расслабление (релаксацию) можно ощутить лучше непосредственно после напряжения. Поэтому, обычно тренировки состоят из чередования периодов максимального напряжения и быстро следующего за ним максимального расслабления определенных мышечных групп. В ходе этих упражнений человек научается различать, а затем и оценивать степень релаксации как «разницу напряжений» (Jacobson, 1978).

Кроме того, активное сокращение мышцы само по себе является дополнительным импульсом к достижению более глубокой степени релаксации в отличие от эффекта направленного осознания в различных методиках самовнушения.

Занимаясь мышечной релаксацией, мы фактически занимаемся нервно-психической релаксацией, поскольку занимаемся «расслаблением и успокоением обширной сенсомоторной зоны коры головного мозга». Именно поэтому так широко в данной методике представлены упражнения для расслабления мышц лица, кистей рук и стоп.

Лечебный эффект, основанный на действии релаксации, заключается в достижении состояния покоя и отдыха (нервно-психической релаксации), ведущим, в свою очередь, к восстановлению сил и энергии.

ЗАСТРЕВАНИЕ В ТРЕТЬЕЙ ПОЗИЦИИ ВОСПРИЯТИЯ. СЕМЬЯ КОМБАТАНТА.

Горелая Ольга Николаевна

психолог воинской части

Аннотация: целью работы является освещение некоторых вопросов, связанных с работой психолога с членами семьи военнослужащего, вернувшегося из зоны боевых действий. Описаны особенности индивидуальной беседы с семьей комбатанта.

Ключевые слова: реадaptация, комбатант, дезадаптация, вторичная психотравматизация, адаптационные процессы.

«Я не участвую в войне - война участвует во мне»

Ю. Левитанский

«Война» — слово всего из пяти букв, а сколько всего за ними спрятано... и свой неизгладимый отпечаток оно накладывает не только на самого участника боевых действий, но и на всех, кто находится рядом.

Я выпускница школы 1994 года и так сложилось, что именно мои одноклассники в качестве военнослужащих по призыву стали участниками боевых действий на территории Чеченской республики. По прошествии более 20 лет, к сожалению, можно подвести неутешительные итоги: из всего мужского состава нашего класса ни профессиональная, ни личная жизнь не сложилась ни у кого, несколько одноклассников стали законченными алкоголиками, некоторые ведут маргинальный образ жизни, один покончил жизнь самоубийством.

Спустя годы, став профессиональным военным психологом, я стала понимать причины сложившихся обстоятельств, а общаясь с членами семей своих одноклассников, пришла к выводу, что работа по «вводу в нормальную жизнь», так называемой реадaptации к условиям мирной жизни, должна проводиться не только с военнослужащим, но и с членами его семьи. Ведь чаще всего именно от семьи зависит, как быстро и насколько успешно комбатант возвратится в нормальную жизнь.

Приведу в пример отрывок рассказа жены моего одноклассника Андрея Ирины о своей жизни: «Мой муж участвовал в боевых действиях, пережил гибель своих сослуживцев и до сих пор не может побороть чув-

ство вины перед ними, считает, что он тоже должен был там остаться. Обостряется эта проблема тогда, когда появляются ещё проблемы - по работе, с близкими. Вот и в настоящий период он уволился с работы, не нашел пока другого места работы. В сентябре прошлого года заболел мой отец, его парализовало на одну сторону, сейчас он живет с нами, потихонечку ходит, пытается сам себя обслуживать. Вы спросите, а к чему я это все говорю? А к тому, что наша семья сейчас в кризисе! Я вымотана необходимостью работать, выхаживать отца (я все же смогла поставить его на ноги), пытаться помочь дочери (старается закончить университет, пишет диплом). Я устала физически, устала морально. Из-за отсутствия работы, муж начал психовать, стал агрессивным, да ещё и начал попивать. При этом в состоянии опьянения начинает жалеть себя, на все уговоры, наезды и т.д. заявляет, что жизнь ему не мила и не лучше ли ему с ней распрощаться. На мои доводы, что этого делать не стоит, он заявляет, что если его не будет на свете, типа и проблем не будет. Я умом понимаю, что возможно он ничего с собой и не сделает, только пугает, но когда приходится нож вырывать из рук, становится страшно! Когда он протрезвеет, то успокаивается, но после этого обостряются хронические заболевания. На всем этом фоне я еле ношу ноги, настроения никакого, срываюсь, плачу, хотя и пью успокоительные. И я не знаю, что же мне делать: пытаться поддержать мужа и при этом возможно свалиться самой, или же предоставить его себе самому и подумать о себе?»

Столкнувшись с такой проблемой, я задумалась, а ведь, действительно, в психологической литературе очень много написано о проблемах участников боевых действий, но практически нет материала о работе с семьей комбатанта. А ведь как показывает мой собственный опыт, эта проблема существует и очень часто требует вмешательства различных специалистов. И в связи с этим можно условно выделить несколько этапов в работе психолога именно с семьей военнослужащего.

1 этап – время до убытия военнослужащего. Конечно же, эту работу необходимо проводить еще до отъезда военнослужащего в зону боевых действий. Но зачастую практически осуществить это не дают временные рамки и нежелание семьи контактировать с посторонними людьми (ведь чаще всего об убытии военнослужащий узнает за 2-3 дня). Поэтому на данном этапе роль психолога ограничивается лишь сбором характеризующих документов и индивидуальной беседы с военнослужащим перед убытием.

2 этап – время отсутствия военнослужащего. В этот период пси-

хологу необходимо поддерживать взаимодействие семьи с командованием части, сослуживцами, женсоветом. Это дает семье ощущение защищенности, понимания, что ей есть к кому обратиться, в случае необходимости. Очень важным на данном этапе является психологическое просвещение. Члены семьи должны понимать, с какими изменениями личности военнослужащего они могут столкнуться, на что необходимо обращать внимание, какие состояния и реакции комбатанта требуют пристального внимания. Это могут быть и отдельные проявления ПТСР и изменения в поведении, такие как раздражительность, нервозность, легкое возникновение чувства гнева и многое другое. Именно на этом этапе необходимо обучить всех членов семьи элементарным приемам оказания психологической поддержки.

3 этап — время после возвращения военнослужащего. Вот об этом этапе следует поговорить подробнее. Очень важно, чтобы в этом периоде семья не выступила для военнослужащего фактором социальной дезадаптации и вторичной психотравматизации, но, в свою очередь, возвращение военнослужащего также не стало для семьи тяжким бременем. Здесь необходима серьезная психологическая работа, как с ветераном боевых действий, так и с членами его семьи.

После длительной беседы с супругой моего одноклассника, я пришла к выводу, что в работе психолога с семьей военнослужащего необходимо обращать внимание на следующие аспекты.

Во-первых, удовлетворение специфических потребностей комбатанта для того, чтобы подчеркнуть важность и значимость участия супруга в боевых действиях. Это, конечно же, организация достойной встречи, признание заслуг, как командованием, так и всеми членами семьи, понимание специфических ценностей боевого братства, организация выступлений перед другими военнослужащими, вовлечение его на первых этапах в несложную деятельность.

Во-вторых, создание благоприятной психологической атмосферы в семье. С этой целью нужно внимательно, заинтересованно и вместе с тем безоценочно выслушать супруга, проявить терпение, даже если он не захочет делиться с вами пережитым. Как говорится, всему своё время. Очень важно на этом этапе поделиться и своими переживаниями в его отсутствие, рассказать, как вы справлялись с возникающими трудностями. Но сделать это так тонко, чтобы супруг не почувствовал себя «лишним», он должен состояться в таких значимых для него социальных ролях, как «муж» и «отец». Каждый из супругов должен понимать,

что весьма значимые адаптационные процессы произошли не только у военнослужащего, но и у членов его семьи. И пройдет еще немало времени прежде, чем эти изменения будут поняты и приняты.

В-третьих, процесс регулирования семейных отношений между супругами. В решении этого вопроса в стороне не должны остаться другие члены семьи, и особенно дети. Они должны быть активно включены в процесс стабилизации семьи. И чаще всего именно дети являются теми связующими ниточками, которые из вроде бы отдельных и даже самодостаточных личностей формируют целостный организм под названием «семья».

В-четвертых, регуляция сексуального поведения. Если эта сторона отношений супругов успешна, то это важнейший залог благоприятного развития супружеских отношений.

В-пятых, эффективное построение контакта с супругом, вернувшимся из зоны боевых действий. Для этого необходимо соблюдать ряд правил:

- чтобы избежать недопонимания, убедитесь в том, что собеседник верно воспринял ваши слова, а также правильно ли вы его поняли;
- позвольте супругу иметь своё мнение, не обесценивайте его поступки и состояние;
- для важных разговоров и замечаний необходимо выбрать время и место, не стоит устраивать «разборки» в общественных местах, при посторонних людях, и особенно при детях, лучше это делать наедине;
- принять возможность ограниченного общения (не задавать уточняющих вопросов, переспрашивать), умейте не только говорить, но и слушать;
- начните строить отношения с уже «новым» человеком.

Психологу необходимо отслеживать динамику отношений в семье военнослужащего, использовать при этом как индивидуальные, так и групповые методы работы. Очень важно организовывать «группы встреч», где позволить им общаться с такими же семьями, делиться опытом по гармонизации отношений, по преодолению кризисных моментов.

Литература:

1. Караяни А.Г. Настольная книга военного психолога. М.: Юрайт, 2017.
2. Сидоров П.И., Литвинцев С.В., Лукманов П.И. Психическое здоровье ветеранов Афганской войны. Издательский центр АГМА, 1999.

РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ ВОЕННЫХ, ПОБЫВАВШИХ В «ГОРЯЧИХ ТОЧКАХ».

Шапошникова Татьяна Дмитриевна

кандидат педагогических наук, доцент кафедры психологии и педагогики, психолог, эксперт в области семьи и детства, эксперт в области ресоциализации и социальной реабилитации, города Москва

Ресоциализация военных — одна из самых больших проблем нашего общества.

Проблема социально-психологической адаптации лиц, побывавших в экстремальных условиях деятельности, включающая оценку вероятности сохранения их здоровья и работоспособности после воздействия экстремальных факторов, становится в настоящее время особенно актуальной. Это связано с тем, что в России, как и во всем мире, участились стихийные бедствия, межнациональные и межрегиональные конфликты. Значительно увеличилось число жертв военных действий и количество военнотружущих — участников локальных конфликтов внутри страны и боевых действий за рубежом. Имея своеобразный жизненный опыт, они представляют собой такую категорию населения, которая нуждается в особом подходе. На первый план выходит вопрос о необходимости адаптации к новым условиям, о перестройке психики на мирный лад.

Опыт стран, столкнувшихся с явлениями, возникающими после возвращения людей с войны, показал, что участие в событиях, связанных с риском для жизни, травматическим образом действует на психическое здоровье и состояние участников боевых действий. Военнотружущие, принимавшие участие в боевых действиях, относятся к группе лиц с повышенным риском развития психогенных нарушений. В наибольшей мере это относится к участникам локальных войн, прежде всего в Афганистане и Чечне. Военные медики используют для характеристики их состояния такие нетрадиционные терминологические обозначения, как боевая психическая травма, боевое утомление. Еще не прошедший афганский синдром успел дополниться карабахским, приднестровским, абхазским, таджикским и др. А теперь еще и чеченским, который, как считают специалисты, намного сложнее афганского. Исследования, проводимые в этой области, показывают, что у людей, побывавших в экстремальных ситуациях, возникают так называемые посттравматические стрессовые нарушения. По результатам исследований, в структуре

психической патологии среди военнослужащих срочной службы, принимавших участие в боевых действиях во время локальных войн в Афганистане, Карабахе, Абхазии, Таджикистане, Чечне, психогенные расстройства достигают 70 %, у офицеров и прапорщиков этот показатель несколько меньше. У 15–20 % военнослужащих, прошедших через вооруженные конфликты, имеются хронические посттравматические состояния, вызванные стрессом.

«По данным ведущих отечественных военных психиатров, изучающих частоту и структуру санитарных потерь при вооруженных конфликтах и локальных войнах, в последнее время существенно изменились потери психиатрического профиля в 4 сторону увеличения числа расстройств пограничного уровня». Однако гораздо серьезнее смягченные и отсроченные последствия войны, влияющие не только на психофизическое здоровье военнослужащих, но и на их психологическую уравновешенность, мировоззрение, стабильность ценностных ориентаций.

Круг явлений, вызывающих травматические стрессовые нарушения, достаточно широк и охватывает множество ситуаций, когда возникает угроза собственной жизни или жизни близкого человека, угроза физическому здоровью или образу «Я». Нарушения, развивающиеся после пережитой психологической травмы, затрагивают все уровни человеческого функционирования (физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия) и приводят к стойким личностным изменениям не только у людей, непосредственно переживших стресс, но и у членов их семей, а также очевидцев.

Существенный научный вклад в исследование протекания и механизмов посттравматического стрессового расстройства — главного психологического последствия участия в боевых действиях — внесли такие видные психологи как А.Г. Караяни, Е.О. Лазебная, М.Е. Зеленова, Я.В. Подоляк, Н.В. Тарабрина, Б. Бадмаев, А. Столяренко и многие другие. Над этой проблемой постоянно работает психологическая служба Северо-Кавказского военного округа, местные психологические службы, чьи военные подразделения участвуют в локальных конфликтах.

Посттравматические стрессовые нарушения способствуют формированию специфических семейных отношений, особых жизненных сценариев и могут влиять на всю дальнейшую жизнь. Психическая травма, психологический шок и их последствия — вот что будет определять жизненный настрой выживших в военных конфликтах. Статистические данные также показывают, что на каждого погибшего на войне воен-

нослужащего приходится один случай самоубийства ветеранов в период после прохождения военной службы.

Таким образом, война еще долго оказывает свое влияние на участников боевых действий. Поэтому следует обратить особое внимание на необходимость проведения психосоциальной работы с ними.

Участие в войне оказывает безусловное воздействие на сознание человека, подвергая его серьезным качественным изменениям. В ряду множества последствий войны (экономических, политических, социальных) существуют не менее важные психологические последствия. Пребывание в экстремальных условиях характеризуется воздействием на психику человека стресс-факторов повышенной интенсивности. Длительность их воздействия, а также психотравмирующий характер могут способствовать возникновению изменений в психической деятельности, снижающих эффективность жизнедеятельности уже в мирных условиях. При этом расширяется и круг жертв, в число которых попадают не только непосредственные участники событий, но и их родственники.

Люди, их психика при нахождении на войне со временем перестраивается, перестраивается под ее потребности. И после того, как человек попадает в мирную обстановку, он становится неприспособленным к ней. Его мнение отличается от мнения окружающих. А психика солдата после военных действий не хочет воспринимать спокойствие. Прежде всего эта неприспособленность сказывается на стандартных ценностях общества. Все становится для человека бессмысленным. На войне важно то, что враг — есть враг. И когда военный человек с ним сталкивается, ему нужно принимать быстрые решительные действия. Есть одно единственное правило: *«если ты не убьешь противника, тогда он убьет тебя»*. В мирном обществе такие методы борьбы с неприятелем не признаются по закону, что становится серьезной проблемой для тех людей, которые привыкли быстро реагировать на любую опасность. От данной привычки очень сложно избавиться, на это может уйти много времени, поэтому зачастую солдатам после войны требуется восстановление психики, которое может быть оказано только профессиональными специалистами.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР, «вьетнамский синдром», «афганский синдром» и т. п.) — тяжелое психическое состояние, которое возникает в результате единичной или повторяющихся психотравмирующих ситуаций, как, например, участие в военных действиях, тяжелая физическая травма, сексуальное насилие, либо угроза смерти. При ПТСР, группа характерных симптомов, таких как психопа-

тологические переживания, избегание либо выпадение памяти о травмирующих событиях и высокий уровень тревожности сохраняется на протяжении более месяца после психологической травмы. У большинства людей после психотравмирующих событий ПТСР не развивается.

Деадаптации, вызванные ПТСР, проявляются в поведении, деятельности, общении военнослужащего. Кроме того, что военнослужащий сам страдает от проявлений этого расстройства, испытывают трудности и негативные переживания и близкие ему люди, друзья, и трудовой коллектив. Очень важным показателем деадаптаций при ПТСР является нарушение социального статуса. Снижение уровня социальной адаптированности — наиболее очевидное для окружающих последствие психической травмы. Среди ветеранов локальных войн и вооруженных конфликтов значимо чаще встречаются такие формы деадаптивного поведения как алкоголизм, наркомания, склонность к совершению актов насилия. Также значимо чаще происходит аутоагрессивное поведение в виде самоповреждений и суицидальных попыток.

У солдат, как правило, появляются такие проблемы, которые сложно встретить у обычных людей. Военная жизнь требует четкого подчинения, подавляя свободную волю человека. Картины боевых действий находят свое место в памяти мужчины, они систематически всплывают и их очень сложно забыть. Война навсегда накладывает свой отпечаток на психику, сознание и его поведение. А общество, которое относится к ним с опаской, только усугубляет положение. Кроме того, те люди, которые прошли войну, зачастую видят кошмары, их преследуют ужасные воспоминания и лица погибших товарищей.

Течение ПТСР проявляется повторяющимся и навязчивым воспроизведением в сознании психотравмирующего события. При этом испытываемый пациентом стресс часто является чрезвычайно интенсивным переживанием и иногда даже вызывает мысли о суициде с целью прекратить приступ. Также характерны повторяющиеся кошмарные сны и произвольные воспоминания.

При этом пациент усиленно избегает мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой, а также действий, мест или людей, которые инициируют эти воспоминания. Характерна психогенная амнезия, пациент не способен воспроизвести в памяти психотравмирующее событие в подробностях. Имеет место также постоянная бдительность и состояние постоянного ожидания угрозы. Состояние часто осложняется соматическими расстройствами и заболеваниями — в основном со стороны нерв-

ной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и эндокринной систем.

Влияние войны на психику очевидно, но стоит помнить, что реабилитация солдат зависит от многих важных факторов, например:

- *Встреча с родными и близкими после возвращения домой;*
- *Общественная благодарность за выполнение долга перед Родиной;*
- *Доступность льгот и повышение социального статуса;*
- *Новая интересная работа;*
- *Ведение общественной жизни;*
- *Общение.*

Но кроме этих пунктов, любому бывшему солдату будет невероятно полезно посетить специально обученного профессионала. Есть такая профессия — военный психолог. Этот человек прошел длительное обучение для того, чтобы вникнуть в проблемы солдат и уметь им помочь.

Обязанности военного психолога включают в себя установление проблемы, а также последующее ее решение. Бывшему солдату нужно выговориться, поделиться своей болью и не носить ее в себе. Ведь часто жизнь с таким грузом ни к чему хорошему не приводит. Многие люди, побывавшие на войне, заканчивают жизнь самоубийством, не желая смириться с судьбой. Другие попадают в тюрьму, не принимая общественные порядки. А некоторые просто сходят с ума, поскольку психика не выдерживает постоянной нагрузки. Такого не должно происходить. Каждый человек имеет свое место в обществе и не должен его потерять из-за того, что ему пришлось пройти войну.

Это очень важная профессия. Поскольку люди, которые воевали за свободу и лучшие условия для нашей жизни, должны быть услышаны и поддержаны. Война имеет свои последствия, и методы лечения после возвращения с военных действий, призваны их искоренить. Врач узнает своего пациента, составляет его психологический портрет и вырабатывает индивидуальную линию лечения. Некоторым бывшим солдатам нужно просто выговориться, другим стоит больше времени уделять общественной деятельности, бывать в коллективе. Третьим просто нужно понять, что они не сделали ничего плохого и лишь выполняли свой долг.

В любом случае, каждый человек, пришедший с войны, должен реабилитироваться при помощи специалиста, чтобы вернуться к нормальной жизни и быть счастливым. Таким образом, успешность адаптации к гражданской жизни в немалой степени определяется тем, как быстро семьи приспособляются к новой системе ценностей, основанной на рыночных отношениях.

Увольнение в запас по существу представляет собой процесс ресоциализации, так как приходится отказываться от одних ценностных ориентиров и привыкать к другим, существенно отличающимся от старых. Самая сложная ситуация у тех офицерских семей, которые долгое время жили в закрытых военных городках, напроочь оторванных от большого мира. Гораздо проще переход дается тем офицерам, кто нес службу в крупном городе, отправлялся на службу общественным транспортом, а домочадцы и вовсе не отрывались от окружающего мира.

Для многих профессиональных военных сокращение является удобной возможностью реализовать назревшее решение об увольнении без осложнений и волокиты. Одними руководит желание покончить со своим бедственным положением, другими — стремление изменить свою жизнь более радикально и попробовать себя в бизнесе, коммерции или другом прибыльном деле. У этого контингента ресоциализация, по крайней мере психологически, начинается очень рано, поскольку готовность круто изменить судьбу зреет на протяжении нескольких лет. Они остаются в казарме лишь потому, что пока еще не подыскивали подходящей замены ей. Для них увольнение или сокращение — не зло, но благо.

В переходном обществе, где все нестабильно и изменчиво, увольнение из армии для многих перестало быть неожиданным событием. Гораздо труднее приспособиться к непонятному для них миру — гражданской жизни. Адаптация в подобных условиях выглядит как переход человека из одного измерения в другое: воинская жизнь — это порядок, дисциплина и план, гражданская — рынок, непредсказуемость и анархия.

Процесс адаптации семей профессиональных военных к гражданской жизни, как показывают эмпирические данные, является тяжелым и болезненным

Перемена места жительства, трудоустройство, следовательно, изменение условий жизни, смена ролей, которые приходится выполнять мужьям и женам, появление нового круга лиц, включенных во взаимоотношения, расширение спектра решаемых на уровне семьи вопросов и необходимость принятия соответствующих решений — вот далеко не полный перечень проблем, с которыми обычно сталкивается каждая семья бывшего военного.

При создании системы социальной адаптации лиц, участвовавших в боевых действиях, необходимо учитывать прежде всего восстановительный характер адаптационного периода для данной категории населения. Бывшие военнослужащие при переходе к мирным условиям

прежде всего преодолевают последствия боевой обстановки и восстанавливают утраченные социальные связи. Поэтому следует вести речь о социальной реабилитации, в которой нуждаются военнослужащие — ветераны войн и военных конфликтов.

Социальная реабилитация, как комплекс мер, направлена на восстановление человека в правах, социальном статусе, здоровье и дееспособности. Этот процесс нацелен на восстановление не только способности человека к жизнедеятельности в социальной среде, но и самой социальной среды, условий жизнедеятельности, нарушенных или ограниченных по каким-либо причинам. Цель социальной реабилитации — обеспечение социализации личности и восстановление ее до прежнего уровня, причем речь идет о восстановлении не только здоровья, но и социального статуса личности, правового положения, морально-психологического равновесия, уверенности в себе. Важнейшими задачами социальной реабилитации военнослужащих — участников военных конфликтов являются обеспечение им социальных гарантий, контроль над реализацией социальных льгот, правовая защита, формирование позитивного общественного мнения и вовлечение военнослужащих в систему социальных отношений.

Основные направления социальной реабилитации участников боевых действий — это медицинская и психологическая реабилитация. Работа с ветеранами должна включать в себя как медико-психологическую помощь, так и социальную поддержку.

Диагностика психических состояний, уровня нервно-психической деятельности, проводимая психологами и психиатрами, должна быть основным содержанием работы в ходе медицинского обследования военнослужащих после их возвращения из районов боевых действий. При этом особое внимание должно быть уделено проведению групповых и индивидуальных бесед, в ходе которых необходимо сориентировать в проблемах, возникающих в процессе реадaptации участников боевых действий к обычным условиям жизнедеятельности.

Медикаментозные методы предполагают использование малотоксичных препаратов в минимальных дозах. С этой целью наиболее часто применяются следующие группы препаратов: препараты, устраняющие гипоактивационное состояние за счет преимущественного влияния на медиаторный обмен мозга, включая некоторые антидепрессанты; препараты с преимущественным влиянием на энергетический и пластический метаболизм мозга; препараты, преимущественно улучшающие ми-

кроциркуляцию в мозге; препараты с преимущественным влиянием на пейсмейкерную организацию мозга и улучшение процессов восстановления во время сна.

В последнее десятилетие широко используют препараты метаболического действия, ускоряющие реабилитацию после воздействия различных экстремальных факторов, в том числе боевого стресса, боевых травм, ранений и заболеваний. К ним относят средства неспецифического действия, повышающие преимущественно общую резистентность организма (комплексы поливитаминов и микроэлементов, предшественники пуриновых и пиримидиновых нуклеотидов, биогенные стимуляторы и т.д.), и средства специфического реабилитационного или корригирующего действия (антигипоксанта, антиоксиданты, ноотропы, актопротекторы, некоторые гормональные препараты).

Психологическая помощь должна способствовать успешной адаптации военнослужащего к новым условиям жизни. Термин «психологическая реабилитация» (от латинского *rehabilitatio* — восстановление) наиболее точно отражает процесс и результаты деятельности психолога при оказании помощи в процессе социально-психологической адаптации.

Чрезвычайно важны для психосоциальной адаптации травмированных их отношения в семье. Говоря о работе с семьями участников боевых действий, выделяют два аспекта:

- а) работу с ними как с одним из наиболее важных и значимых факторов психореабилитации и психологической помощи вернувшимся с войны;
- б) оказание непосредственной психологической помощи самим членам семей воевавших.

Психологическая реабилитация — это помощь личности на всех этапах формирования новой системы значимых отношений: от возникновения первичного расстройства самосознания в форме негативных значимых отношений до формирования позитивных значимых отношений личности к себе в соотнесенности с миром в прошлом, настоящем и будущем своей жизни. Психолог помогает военнослужащим и членам их семей восстановить и утвердить свои связи с природным, социальным и культурным пространствами жизни, структурировать в самосознании реальности внешнего мира, соотнося их с реальностями внутреннего мира.

Эффективным является использование в процессе ресоциализации метода психологического дебрифинга в комплексной системе социально-психологической реабилитации (дебрифинг стресса критических ситуаций), разработанный американским психологом Дж. Митчелом в

1983 году для работников «опасных профессий» (спасатели, полицейские, пожарные, военнослужащие во время боевых действий, и др.).

Дебрифинг относится к мерам экстренной психологической помощи. Он проводится как можно раньше после события, возможно, через несколько часов или дней после трагедии. Экстренная психологическая помощь характерна тем, что проводится с людьми в остром стрессовом состоянии (ОСР – острое стрессовое расстройство). Это состояние представляет собой переживание эмоциональной и умственной дезорганизации. Процедура дебрифинга позволяет участникам в условиях безопасности и конфиденциальности отреагировать на впечатления, реакции и чувства, связанные с событием. Встречая похожие переживания у других людей, участники получают облегчение, – у них снижается ощущение уникальности и ненормальности собственных реакций, уменьшается внутреннее напряжение. В группе появляется возможность получить поддержку от других участников.

Также, можно отметить и эффективность таких методов и подходов в процессе ресоциализации, как: методы, опирающиеся на знакомство с физиологией и психологией человека, методы, направленные на профилактику здорового образа жизни, методы, которые увеличивают социальную поддержку и социальную интеграцию, а также собственную терапию, включающую работу с горем, страхами, психосоматикой, травмирующими воспоминаниями и направленными на «переработку» проблемы и совладение с симптомами – метод рациональной психокоррекции, метод психической саморегуляции, метод ослабления травматического инцидента (ОТИ), Гештальт-терапии, символдрама, работа «с потерей, утратой», когнитивная терапия, когнитивно-бихевиоральная терапия, личностно-ориентированная и семейная терапия.

В заключение можно сказать, что консультирование и терапия организуется и осуществляется хорошо подготовленными специалистами. Данная работа может проводиться как на дому у клиента, так и в Комплексных центрах социального обслуживания населения, Центрах социальной помощи семье и детям, Центрах социально-психологической помощи населению или на базе различных общественных фондов.

Все это способствует личностному росту, укрепляют надежду на изменения, стимулируют ответственность за свою жизнь и принимаемые решения, оказывают положительное воздействие на индивидуально-психологические особенности личности военнослужащих, получивших ранения и увечья в ходе боевых действий.

Проблема психологического обеспечения адаптации человека к условиям жизни идеальности особенно остро заявляет о себе в период социально-экономических преобразований, сопровождающихся кризисами и даже локальными боевыми конфликтами. Потрясшие нашу страну за последние годы катастрофы, стихийные бедствия, межнациональные и межрегиональные конфликты со всей очевидностью показали, насколько важна помощь людям — жертвам военных действий и межнациональных конфликтов, а также участникам боевых действий.

Воюющая армия «пропускает» через себя многомиллионные массы людей и после демобилизации «выплескивает» их обратно в гражданское общество, внося в него при этом все особенности милитаризованного сознания и оказывая тем самым существенное влияние на дальнейшее развитие социума.

Следует отметить, что изучение психологических последствий войны представляет достаточно сложный процесс, что связано с несколькими причинами.

Во-первых, психологические последствия войны обусловлены, как правило, воздействием множества экстремальных факторов боевой обстановки. Поэтому их диагностика и коррекция требуют комплексного подхода.

Во-вторых, на степень их проявления оказывает влияние уровень стрессогенности послевоенной обстановки, в которую попадает ветеран.

В-третьих, психологические последствия войны могут проявляться не сразу после возвращения в мирные условия, а спустя некоторое время.

На долю ветеранов выпало слишком много нечеловеческих переживаний. События войны воздействовали не только своей интенсивностью, но и частой повторяемостью, травмы следовали одна за другой, так что у человека не было времени «прийти в себя». В таких исключительных, по современным меркам, условиях, бойцам для выживания потребовались такие навыки и способы поведения, которые нельзя считать нормальными и общепринятыми в мирной жизни.

Многие из этих стереотипов поведения, пригодных только для боевой обстановки, так глубоко пустили корни, что будут сказываться еще много лет.

Поэтому всем ветеранам предстоит пройти период адаптации к новым условиям. На этом пути возможны проявления посттравматического синдрома — так называемые стрессовые реакции, подробно описанные выше.

Важность изучения психологических последствий военных действий

определяется необходимостью предвидения результатов воздействия психотравмирующих факторов на психику воинов в условиях, приближенных к условиям боевой обстановки, а также задачами организации своевременной психологической помощи военным служащим, принимавшим участие в локальных вооруженных конфликтах.

Посттравматический синдром требует достаточно продолжительно-го лечения, длительность которого зависит в первую очередь от фазы процесса. Так, в тех случаях, когда пациент обращается за медицинской помощью в острой фазе ПТСР, то период лечения и реабилитации составляет 6-12 месяцев, при хроническом типе течения - 12-24 месяца, а в случае отсроченного ПТСР - более 24 месяцев. Если вследствие посттравматического синдрома развились патологические изменения черт характера, может возникнуть необходимость в пожизненной поддержке у психотерапевта.

Успех ресоциализации и посттравматической реабилитации при ПТСР во многом зависит от интенсивности травмирующего фактора и степени вовлеченности пациента в экстремальную ситуацию, а также от индивидуальных особенностей психики больного, определяющих его способность к сопротивлению развитию патологии.

Успех процесса ресоциализации и реабилитации во многом зависит от следующих факторов:

- своевременность обращения за медицинской помощью;
- поддержка ближайшего социального окружения;
- настроенность пациента на успешное лечение;
- отсутствие дополнительной психологической травматизации во время прохождения реабилитации.

Чтобы избежать возвращения симптомов посттравматического шока, необходимо вести здоровый образ жизни, избегать стрессов, а при появлении первых симптомов психологического неблагополучия обращаться за помощью к специалисту.

Для клиники посттравматического стрессового расстройства характерно наличие латентного периода между воздействием травмирующего фактора и появлением специфических симптомов ПТСР (наплывы воспоминаний, ночные кошмары и т.п.). Поэтому профилактическая помощь пережившим экстремальную ситуацию является необходимым действием для избежания развития посттравматического стрессового расстройства. Таким действием является консультирование лиц, переживших посттравматический шок, даже в тех случаях, когда пациенты чувствуют себя

вполне удовлетворительно и не предъявляют каких-либо жалоб.

Посттравматический синдром — это центральное звено в подходе к проблемесоциально-психологической адаптации и ресоциализации участников военных действий.

Поэтому именно на разрешении этих вопросов необходимо сосредоточить внимание специалистов — медиков и психологов. Психологическая помощь и медицинская реабилитация позволяют облегчить процесс адаптации и ресоциализации военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях. Поэтому они рекомендуются в качестве основных направлений психосоциальной работы с данной категорией населения.

Другим универсальным механизмом должен стать такой инструмент, как целевая программа комплексной реабилитации участников локальных вооруженных конфликтов, включающая в себя вопросы медицинской, психологической, нравственной, социально-экономической, социально-культурной реабилитации данного контингента. Её необходимо применять как на федеральном, так и на региональном (местном) уровне для решения проблем, связанных с трудоустройством, восстановлением физического и социального здоровья.

Литература

1. Александровский Ю. А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы. Ростов н/Д, 1996.
2. Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И., Щукин Б. П. Психогении в экстремальных условиях. М., 1991.
3. Гончаров И. В. Место и роль органов внутренних дел в механизме обеспечения основных прав и свобод личности в условиях чрезвычайного положения // Армия и общество. 1999. № 2.
4. Гримак Л. П. Общение с собой. М., 1991.
5. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса. М., 1983.
6. Ольшанский Д. В. Смысловые структуры личности участников афганской войны // Психологический журнал. 1991. № 5. 46
7. Понимание войнами интернационалистами ситуаций насилия и унижения человеческого достоинства // Психологический журнал. 1989. № 4.
8. Попов В. Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий. М., 1992.
9. Фонтана Д. Как справиться со стрессом / Пер. с англ. М., 1995.
10. Черепанова Е. М. Психологический стресс. М., 1996.
11. Черепанова Е. М. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях. М., 1995.

ОБЗОР ОПЫТА КОМПЛЕКТОВАНИЯ ОБЪЕКТОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГОВ-РЕАБИЛИТОЛОГОВ.

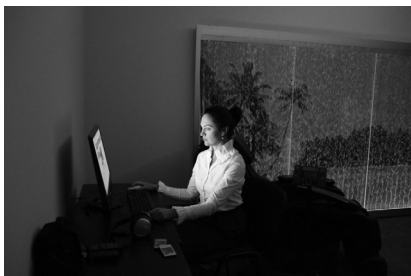
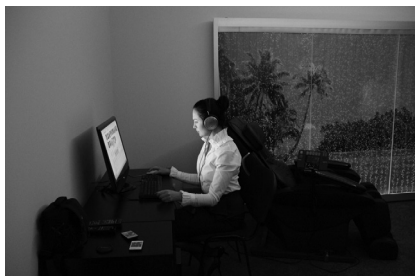
Кучер Юлия Юрьевна

клинический психолог, г. Москва

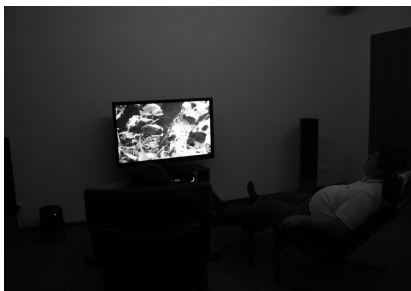
Комната психологической разгрузки УОГЗС МВД России. Общий вид комнаты.



Работа психолога за пультом управления АВК.



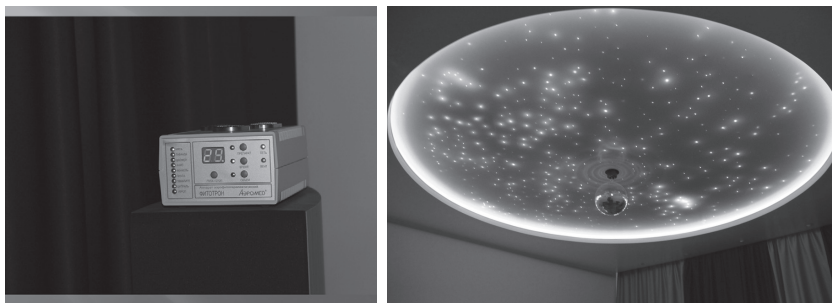
Сеанс релаксации с применением сенсорно-массажного кресла
и аудиовизуального комплекса.



Вояджер в действии.
Психоэмоциональная разгрузка на силовом тренажере.



Вспомогательный прибор Аэронизатор и снятие нервного напряжения
посредством прибора «Звездное небо».



Комната психологической разгрузки Психологической службы
ГУ МВД России по Московской области. Общий вид комнаты.



Кресло релаксации и вспомогательные средства дизайна.



Проекционная аппаратура и аудиовизуальный комплекс



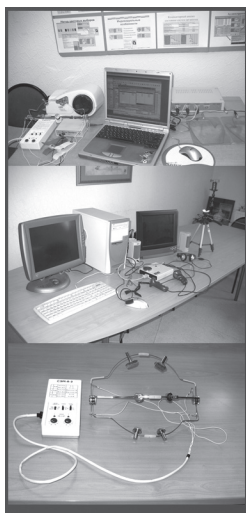
Психофизиологическая лаборатория Московского гуманитарного университета
Лаборатория и массажное кресло в экспериментальном блоке А.



Аппаратно-программный комплекс ППО «Выбор»



Аппаратно-программные комплексы



Аппаратно-программный комплекс по психофизиологической диагностике динамики функционального состояния Ритм-Экспресс

Психодиагностический аппаратно-программный комплекс Выбор

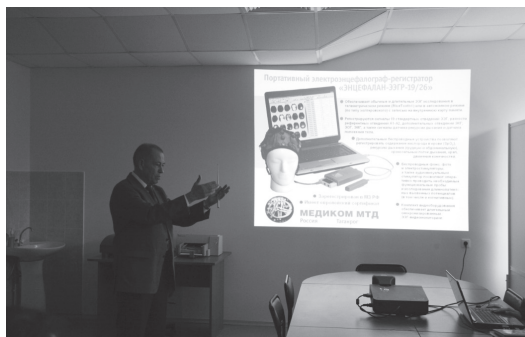
Аппарат многофункциональный биорезонансной электроимпульсной терапии СЭМ-02



Релаксационно-массажное кресло с эластичным псевдокипящим слоем

Аппаратно-программный комплекс для мезодизэнцефальной модуляции Тэтос

Портативные приборы лаборатории.
Электроэнцефалонграф-регистратор и стабиллоплатформа.



Миниполиграф.

Центр экспериментальной
психологии
Московского городского
психолого-педагогического
университета.

Исследования антисакады -



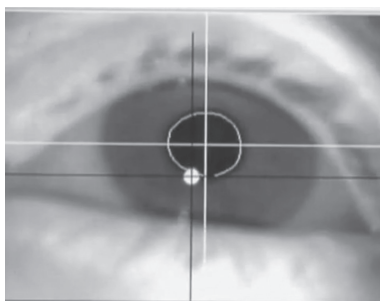
меры волевого управления поведением,
чувствительная к дисфункции зрительного анализатора.



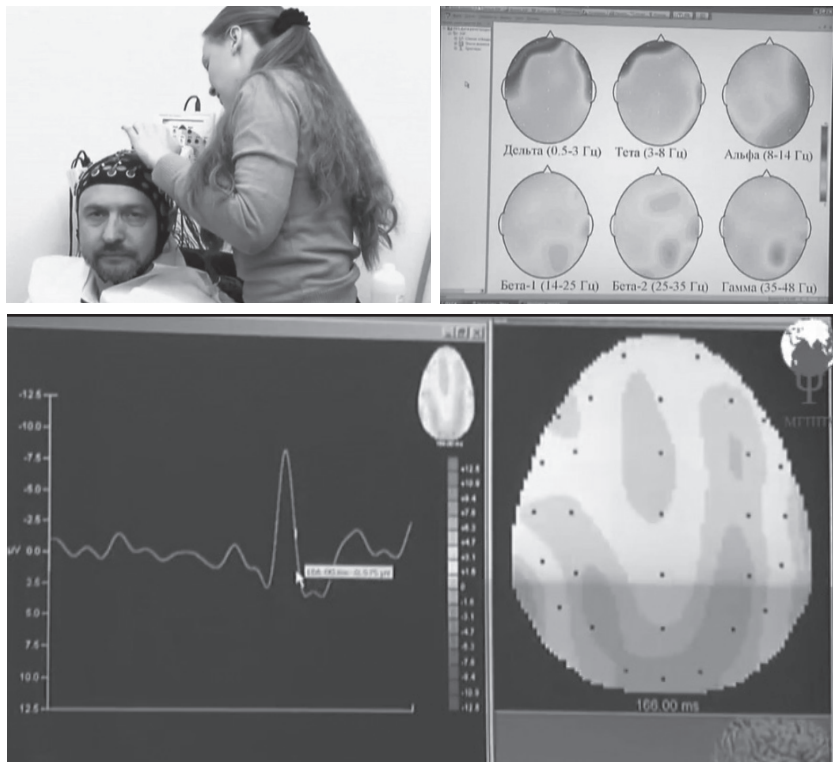
Тренажер коммуникативных навыков, и методика анализа
глазодвигательных реакций.



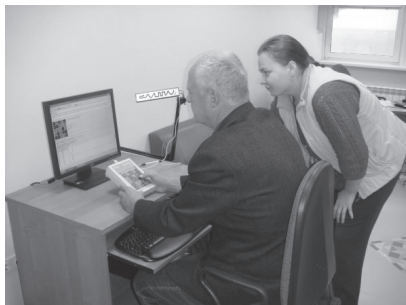
Диагностика мелкой психомоторики и оценка направленности взгляда
в зависимости от значимости объекта.

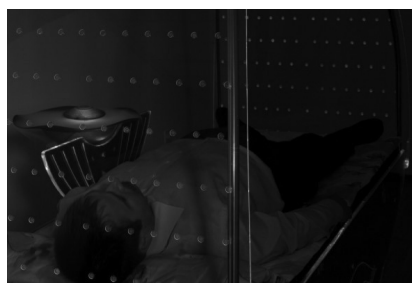


Диагностика активности отдельных центров КГМ
на различные визуальные раздражители.



Отдел реабилитации пожарных и спасателей УМУ по ГО и ЧС г. Москвы.

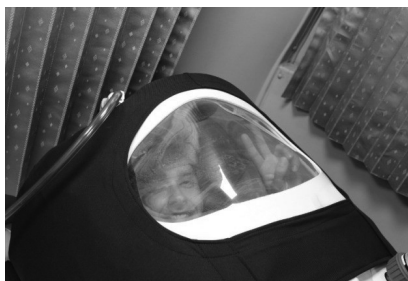




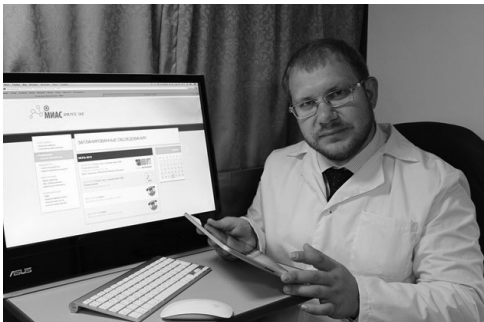
Центр спортивной медицины ФМБА России



Передвижной мобильный центр.



Стационарный Центр ФМБА России.



Центр по проведению спасательных операций особого риска «Лидер» МЧС России.





МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ И ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ.

Синицына Татьяна Юрьевна

преподаватель Центральной государственной
медицинской академии Управления делами Президента РФ

Своевременно оказанная экстренная психологическая помощь ставит преграду развития посттравматических стрессовых расстройств, позволяет сохранить здоровье и профессиональное долголетие большому числу пострадавших.

В данной статье мы рассмотрим ряд зарубежных и российских моделей оказания психологической помощи, ряд которых возможно применять в рамках оказания экстренной психологической помощи пострадавшим, другие же – на более поздних этапах оказания психологической помощи, в том числе, при ПТСР, которые могут быть взяты специалистами в свою «профессиональную копилку».

В 2009 году Группа по разработке руководств Программы mhGAP Всемирной организации здравоохранения оценила имеющуюся информацию по оказанию первой психологической помощи и психологическому дебрифингу. Группа пришла к выводу, что именно первую психологическую помощь, а не психологический дебрифинг следует предлагать людям, находящимся в состоянии дистресса непосредственно после перенесенного травмирующего события». Интересен вывод специалистов, сделанный в работе **«Первая психологическая помощь: руководство для работников на местах»/Всемирная организация здравоохранения (2014):** «Первая психологическая помощь, - делают вывод авторы - является альтернативой психологическому дебрифингу.

Тренинг по оказанию первой психологической помощи, Израиль Беэр-Шева, (2014) разработан группой специалистов из Института ментального здоровья в условиях кризиса Университета Нью-Палц, штат Нью-Йорк, США (Institute for Disaster Mental Health, State University of New York at New Paltz), при участии исследовательского центра RADAR (Regional Alcohol and Drug Abuse Research Center), отделения социальной работы Университета Бен-Гурион и поддержке Американского агентства международного развития (USAID). Авторы предлагают свою модель оказания первой психологической помощи пострадавшим и сво-

ей целью видят обучение специалистов, оказывающих первую психологическую помощь людям, которые в ней нуждаются, во время или после различных кризисных событий, чрезвычайных ситуаций, природных или техногенных катастроф. Авторы говорят о первой психологической помощи: «Слагаемые ППП - не процесс, но инструмент, который используется по мере необходимости и в той последовательности, которая наиболее подходит для сложившейся ситуации». В работе также предложены правила общения с пострадавшими, принципы и приемы работы.

Интересной и важной для нас представляется работа норвежских ученых. **Ян Хаслеруд, Герд-Рагна Блох Торсен, Эгил Вальденстрем (2004)** - авторы руководства «Первая психологическая помощь при катастрофах, несчастных случаях и в кризисах отмечают: «Так же, важно знать и уметь оказывать первую помощь для спасения жизни, в той же мере важно быть в состоянии оказать первую психологическую помощь». В своей работе они раскрывают свою модель оказания первой психологической помощи пострадавшим в ЧС (группы пострадавших, цели, задачи, принципы оказания психологической помощи, этапы работы, правила общения с пострадавшими, приемы оказания психологической помощи).

На наш взгляд, заслуживает внимания и внедрения в профессиональную деятельность модель оказания психологической помощи детям и подросткам, разработанная и внедренная **специалистами по психологической безопасности Израиля**. Ключевыми инструментами для описания и оценки ситуации являются «Круги уязвимости и поддержки» (**Синицына Т.Ю., 2013**). Психологи «сортируют» учащихся и работников школы, пострадавших в ЧС, в соответствии с тремя критериями: физическая близость к зоне бедствия; эмоциональная и социальная близость; ученики и учителя, чьи ресурсы совладания со стрессом могут быть истощены вследствие личных обстоятельств.

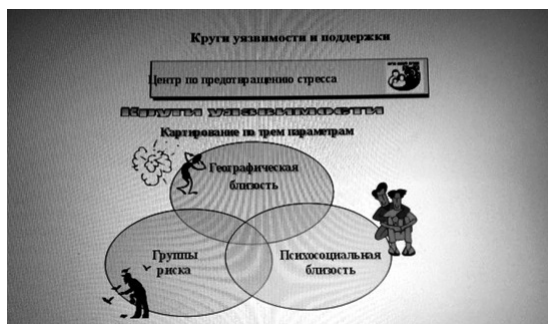


Рис. Круги уязвимости и поддержки.

Израильский профессор **Мули Лаад** предложил модель, сущность которой состоит в том, что существуют, по крайней мере, шесть каналов, которыми люди пользуются для преодоления состояний стресса и неопределенности (**Синицына Т.Ю., 2013**). Ученый выделил каналы для преодоления состояний стресса и неопределенности: чувство (эмоциональный канал); ум (когнитивный канал); верования (система верований и убеждений); социум (социальная сфера); тело (телесный канал); воображение (сфера фантазии). При этом профессор Лаад утверждает, что у каждого человека существуют все шесть каналов, но превалирует обычно один из них (табл.1).

Таблица 1. Каналы для преодоления состояний стресса и неопределенности.

Чувство (эмоциональный канал)	человек обсуждает свои ощущения, пытается сбросить напряжение с помощью плача, описания чувств.
Ум (когнитивный канал)	человек стремится получить информацию, составляет планы, устанавливает порядок предпочтений, пытается понять логику ситуации.
Верования (система верований и убеждений)	человек обращается к религии, обращается к приметам, к мифам, пытается придать смысл ситуации или событию, испытывает надежду.
Социум (социальная сфера)	человек пытается найти поддержку у друзей и родных, принимает на себя общественные функции.
Тело (телесный канал)	человек стремится к физической активности, к совместной деятельности; испытывает облегчение при массаже, ванне, принятии пищи.
Воображение (сфера фантазии)	фантазии о путешествиях, юмор (в том числе черный юмор), творчество (в любом виде искусства).

Интересен опыт оказания кризисной психологической помощи субъектам образовательной среды в США (**Павлова Т.С., 2012**). Она включает в себя комплекс мероприятий по предотвращению и минимизации последствий кризисного события, оказанию экстренной психологической помощи алгоритм работы в кризисной ситуации (**модель PREPaRE**):

1. предотвращение психологической травматизации;
2. поддержание физического здоровья и чувства безопасности;
3. оценка психологической травматизации;

4. обеспечение интервенций;
5. реагирование на психологические нужды;
6. оценка эффективности кризисных превентивных мер и интервенций.

Предложена модель экстренной психологической помощи детям и подросткам, пережившим психотравмирующее событие (**Бурмистрова Е.В. (2006); Миллер Л.В. (2011)**).

Бурмистрова Е.В. (2006) предложила модель оказания экстренной психологической помощи (ЭПП), где есть четкое разграничение деятельности различных Служб и специалистов, определен порядок их взаимодействия, выделены группы пострадавших, описаны приемы и методы оказания ЭПП.

Миллер Л.В. (2011) - модель экстренной психологической помощи детям и подросткам, пережившим психотравмирующее событие. Под моделью экстренной психологической помощи понимается особая система и основа действий психолога, имеющая свои отличительные особенности. Целью разработки модели экстренной психологической помощи явилось описание ее специфики, которая становится очевидной, если описать критерии данного вида деятельности (кому оказывается помощь, где, в каком случае, когда, каким образом и др.). В качестве критериев разграничения модели экстренной психологической помощи от других видов психологической помощи, отмечает Миллер Л.В., используются: понимание, цели экстренной психологической помощи (ЭПП); межведомственное взаимодействие; функции и внутригрупповое взаимодействие специалистов службы ЭПП, контингент (лица, которым оказывается ЭПП), место деятельности специалистов, оказывающих экстренную психологическую помощь, сферы воздействия, проблемы, с которыми работают психологи, оказывающие ЭПП; длительность и частота контакта психолога с клиентом; методы, используемые специалистом; этапы оказания ЭПП.

Модель оказания психологической помощи при суицидальном поведении учащихся предложена **Матафоновой Т.Ю. (2013)**, где, на наш взгляд, достаточно полно освещено взаимодействие между субъектами образовательной среды при текущем суициде, выстроена работа по оказанию психологической помощи учащимся образовательного учреждения на ранних и на отдаленных этапах при произошедшем суициде, предусмотрены профилактические меры по его недопущению.

Разработанный **Кучер А.А. (Кучер А.А., Синицына Т.Ю., 2014)** подход, заключается в реализации механизма учёта особенностей возраст-

ной периодизации и процесса возрастных изменений, являющихся следствием психологической идентификации личности: «Эти две системы: возрастная периодизация, как этапность естественного биологического пути развития организма человека и психологическая идентификация, как естественный возрастной путь развития и созревания психики личности — должны находиться в отношении баланса между собой. При возникновении психотравмы в ситуации ЧС, у пострадавшего, происходит нарушение идентификации, которое достаточно легко диагностируется и позволяет оперативно принять решение о содержании экстренной психологической помощи и разработать индивидуальную программу последующей пролонгированной реабилитации пострадавшего в ЧС».

Бензик Л.Р. (2017) предлагает методику оказания психологической помощи подростку, находящемуся в психотравмирующей семейной ситуации. Алгоритм работы с переживанием последствий психологической травмы включал в себя три аспекта:

- телесную динамику — актуализацию дыхательной и мышечной активности с целью обеспечения кислородного насыщения мозга и снижения выраженности мышечного тонуса;
- внутренний образ — визуализацию и проработку представлений на уровне телесных метафор и визуальных образов;
- художественную экспрессию — знаково-символические манифестации внутреннего образа, посттравматических ощущений, сопутствующих или производных состояний, переживаний, поведенческих и когнитивных дисфункций.

Выделены этапы работы с последствиями психологической травмы.

Этапы работы:

I. Идентификация травмы и ее манифестаций (страхи, тревожные состояния, поведенческие расстройства, соматические реакции):

- через художественный образ: рисунок, пластические материалы, художественные и авторские фотографии, маску, драматизацию, коллаж, «найденные» и природные предметы и пр.;
- через нарративное описание эмоций, чувств, мыслей, желаний и через сюжетное метафорическое описание (сказка, личный миф);
- через «обнаружение» в теле следов присутствия травмы в виде психосоматического симптома, неприятных ощущений и дискомфортных локализаций, соматизированных образов.

II. Детализация образа (описания) и его дифференциация: из чего состоит и на что похож? что включает в себя? какую функцию выпол-

няет? для чего нужен? что выражает? о чем сообщает? что скрывает? какую потребность блокирует?

III. Установление вторичной связи между образами (описаниями) и телесными ощущениями — формирование «соматического якоря»: где «звучит» в теле? как и через какое место отчуждаемый, дискомфортный образ проник в тело? на что похож (на какой предмет) по ощущениям? какое ощущение пробуждает в теле? к каким действиям побуждает? что хотелось бы с этим образом сделать?

IV. Трансформация — изменение внутренних характеристик и субъективного значения травматического образа, и «встраивание» его смысла и содержаний в личную историю.

V. Создание итогового ресурсного образа — «формирование образа, который будет нести для личности исцеляющий смысл и ресурсный потенциал. Формирование образа осуществляется через художественные средства, через психодраматическое моделирование (трансформация дисфункциональной модели в ресурсную и здоровую) или через «распускание» и «обнуление» соматизированных образов, в которых сконденсировалось психосоматическое содержание травмы и формирование на их месте saniрующих и успокаивающих образов.

Разработан алгоритм оказания экстренной психологической помощи подросткам с антивитаальными переживаниями и аутоагрессивным поведением (Кошкин К.А., Банников Г.С, Павлова Т.С. (2015). Алгоритм, несомненно, вызывает профессиональный интерес. Описаны этапы беседы при индивидуальной работе с подростком. Беседа включает восемь последовательных этапов:

1. Установление и поддержание контакта.
2. Безопасность и комфорт.
3. Стабилизация эмоционального состояния.
4. Уточнение или нахождение: что может явиться ресурсом в данной ситуации.
5. Помощь в совершении практических действий.
6. Объединение с близкими.
7. Предоставление информации о способах совладания.
8. Связь с необходимыми организациями.

Джона Энрайта предложил технику «Девять позиций» (1993). Она раскрывает систему, которая органически вписывается в консультирование служб экстренной психологической помощи пострадавшим.

Позиция — это система установок, которая дает результаты, резко

отличающиеся от результатов работы в другой позиции. В данной технике полагается, что психотерапевт ведет общение, сознательно находясь в одной из предложенных позиций. При этом, терапевт преимущественно выступает в роли слушателя, в то время, как клиент выполняет функции говорящего. Уникальность данной техники заключается в ее универсальности. Освоив ее, можно запросто вести диалоги не только в пределах частных психологических школ, но даже переходя от одной парадигмы к другой.

Позиции:

1. нулевая позиция;
2. позиция вовлечения или восприятия интенсивности «Лазер»;
3. позиция «оригинальности»; отражающее слушание;
4. сознательное слушание;
5. позиция ответственности;
6. позиция раскрытия (раскрытия своего прошлого слушателем – терапевтом и раскрытие актуальных чувств (здесь и сейчас));
7. экзистенциальная позиция; позиция совершенствования.

Хороший психотерапевтический эффект дают приемы краткосрочной психотерапии **Амбрумовой А.Г., (1987)** (таблица 2).

Таблица 2. «Приемы краткосрочной психотерапии» (по Амбрумовой А.Г.)

Преодоление исключительности ситуации	Используется в случае, когда клиент считает, что критическая ситуация складывается у него в силу его личностных недостатков и ошибочных действий. Психолог должен тактично подчеркнуть, что аналогичные ситуации встречаются в жизни достаточно часто. Этим приемом следует пользоваться очень осторожно, так как он может нарушить общение, когда клиент ждет от психолога поддержки, а вместо этого слышит: «Ваша ситуация банальна».
Включение ситуации в контекст жизненного пути	Психотравмирующее событие часто воспринимается человеком как неожиданные, внезапные, непреодолимые. Раскрывая последовательность развития ситуации, психолог показывает ее связь с предшествующими событиями и тем самым открывает возможность ее изменения.
Снятие остроты ситуации	Клиенты часто считают, что критические обстоятельства требуют от них немедленного, сиюминутного решения. В таких случаях психолог подчеркивает, что у обратившегося есть время на обдумывание и на принятие решения.
Терапия успехами и достижениями	Часто применяется для людей, не уверенных в себе, застенчивых, с низкой самооценкой. Рассказывая о себе, человек сообщает и о тех трудностях, которые ему приходилось преодолевать.

	Психолог подчеркивает эти успехи, формируя у собеседника представление о себе как о личности, способной к преодолению трудностей, что повышает его самооценку. Это прием, будучи методом косвенной суггестии, является очень эффективным при воздействии на кризисные переживания и должен неоднократно повторяться на протяжении всего процесса терапии.
Формулировка ситуации	Нередко, сообщив всю значимую информацию, клиент испытывает трудности в ее осмыслении, интеллектуальном овладении. Тогда психолог должен высказать точную формулировку переживаемой подростком ситуации. Этот прием эффективен в острых кризисных ситуациях. Он помогает рационализировать происходящее, интеллектуально им овладеть и реалистически принять. Кроме того, он создает уобратившегося представление, что какой бы трудной ни была его проблема, она может быть понята другими людьми. Тем самым у человека уменьшаются переживания одиночества и беспомощности.
Поиск источника эмоций	Обратившемуся за помощью клиенту предлагается установить непосредственные причины своего эмоционального состояния (Что именно в этой ситуации так тебя ранит?) Этот прием помогает обратившемуся осознать связь между поступками значимого другого и собственными эмоциями.
Фокусировка на ситуации.	Правильно будет не бесконечно обсуждать эмоциональное состояние и соматические симптомы клиента, уходя от обсуждения сути ситуации. Психологу необходимо вернуть обратившегося к обсуждению конкретных планов выхода из ситуации, решению проблемы.
Интерпретация	Если в процессе беседы клиент не нашел (не видит) пути разрешения ситуации, специалист может помочь ему, высказывая гипотезы о возможных путях ее решения.
Планирование	Психолог побуждает клиента к вербальному оформлению планов предстоящей деятельности.
Вербализация чувств консультанта — психолога	Этот прием дает клиенту возможность узнать, как он и его проблема воспринимаются другим человеком, а также почувствовать, что психолог открыт для общения с ним.
Удержание паузы	Целенаправленное молчание предоставляет клиенту возможность проявлять инициативу, стимулирует вербализацию разрабатываемых им планов поведения. Молчание снижает темп беседы, дает клиенту время для рассмотрения альтернатив, принятия решения, уменьшает эмоциональное напряжение. Время удержания паузы зависит от многих причин, в частности, от скорости речи обратившегося, от его эмоционального состояния.

Наибольший интерес представляет для нас работа **Кадырова Р.В. (2009)**. Кадыров Р.В. в своей работе «Комбинированная психологическая помощь при психической травме и критерии ее эффективности» отмечает: «Психотравмирующие события изменяют жизнь и функционирование психики участников этих событий по основным четырем измерениям»:

1. Изменяется внутреннее ощущение себя в мире («Я – Духовное») т.е. изменяется система ценностей и концепция окружающего мира.
2. Изменяется субъективная характеристика течения времени (в травматической ситуации время либо «останавливается», либо возникает острая его нехватка) («Я – реальное»).
3. Изменяется чувство безопасности («Я – социальное»).
4. Изменяется физическое состояние («Я – телесное»).

Биопсихосоционезитическая модель психологической помощи при психической травме **Кадырова Р.В.**, которая позволяет выделить четыре уровня работы с последствиями психотравмирующих событий и применить соответствующие этим уровням методы психологической помощи (схема 1).

Схема 1.



Рисунок 1. Модель психологической помощи

«Эта модель позволяет выделить и теоретически обосновать практическое применение различных психотерапевтических направлений в работе с психологической травмой (мультимодальный подход в психологической

помощи). В контексте практической работы разделение психотравмы на несколько уровней затруднительно, поэтому используемые психологические техники позволяют корректировать психотравму как многофакторное целостное образование», - делает вывод Кадыров Р.В.

В предлагаемой модели основное внимание уделяется **первому уровню**, а затем второму, третьему и четвертому уровням травмы.

1-й уровень психологической помощи — Телесно-ориентированная терапия.

Положительный эффект оказывают техники «заземления» (индивидуальные и групповые упражнения). Техники заземления направлены на то, чтобы человек осознал, почувствовал себя в настоящем моменте и текущей реальности. Особенно они помогают тем, у кого есть склонность диссоциироваться с реальностью (и своим телом), а также в случаях наплыва сильных эмоций, типа тревожности, страха, болезненных воспоминаний и пр.

Индивидуальные упражнения: самомассаж, прикладывание ладоней, поглаживание, поглаживание в движении, похлопывание, взаимодействие тела с полом, «Поклон Александра Лоуэна», ладони к ступням, стоять ступня к ступне, вставание в землю и др. Групповые упражнения: парные упражнения (спокойные и теплые объятия), театр прикосновений (техники В. Баскакова), заземление стоп, ноги в живот, ладони к ступням, подведение рук к ступням, техники Х. Алиева «Ключ»: раскачивание/раскручивание и др.

2-й уровень психологической помощи — Групповая работа.

3-й уровень психологической помощи — Разные психотерапевтические подходы.

4-й уровень психологической помощи — Экзистенциальная терапия

Кадыров Р.В. (2009) делает следующие выводы:

«В целом, комбинированная психологическая помощь при психической травме и критерии ее эффективности позволяют прийти к ряду выводов, имеющих значение для ее теории и практики, а также для дальнейшего развития исследований:

1. Использование биопсихосоционотической модели психологической помощи, позволяет выделить и теоретически обосновать практическое применение различных психотерапевтических направлений в работе с психологической травмой.

2. Критерии эффективности психологической помощи должны полно характеризовать наступившие изменения в психической картине и

адаптации клиента, с учетом выделенных выше четырех плоскостей рассмотрения психологической динамики, и позволять производить объективную и субъективную оценку с достаточно независимой объективностью друг от друга».

Все рассмотренные модели имеют много общего, любой специалист, привлекаемый для оказания экстренной психологической помощи, должен знать и уметь применять их в своей профессиональной деятельности.

Обозначим основные направления оказания пролонгированной психологической помощи клиентам с ПТСР, а также, модели и методы психотерапии, позволяющие достичь этой цели.

Основные стадии оказания пролонгированной психологической помощи детям, пережившим психотравмирующее событие, описаны **Н.В. Тарабриной (2007)**:

Основные стадии:

1. Информирование.
2. Обучение техникам совладания со стрессом.
3. Обучение выражению и управлению эмоциями.
4. Обучение когнитивному совладанию.
5. Создание рассказа о травме.

6. Проведение сессий с родителями:

а) Когнитивная переработка;

б) Обучение навыкам управления поведением детей. Проведение совместных сессий родитель-ребёнок.

Тарабрина Н.В. (2001) описывает следующие практические шаги психодинамической краткосрочной терапии ПТСР (табл.3):

Таблица 3. Шаги психодинамической краткосрочной терапии ПТСР.

Актуальное состояние пациента	Завершить событие или вывести пациента из стрессогенного окружения. Построить временные отношения. Помочь пациенту в принятии решений, планирование действий (например, в устранении его из окружения).
Проявление невыносимых состояний: наплывы чувств и образов; парализующее избегание и оглушенность.	Снизить амплитуду состояний до уровня переносимых воспоминаний и переживаний.
Застревание в неконтролируемом состоянии избегания и оглушенности.	Помочь пациенту в повторном переживании травмы и ее последствий, а также в установлении контроля над воспоминаниями и в осуществлении произвольного припоминания.

	В ходе припоминания оказывать помощь пациенту в структурировании и выражении переживания; при возрастающей доверительности отношений с пациентом обеспечить дальнейшую проработку травмы.
Способность воспринимать и выдерживать воспоминания и переживания.	Помочь пациенту переработать его ассоциации и связанные с ними когниции и эмоции, касающиеся образа Я и образов других людей. Помочь пациенту установить связь между травмой и переживаниями угрозы, паттерном межличностных отношений, образом Я и планами на будущее.
Способность к независимой переработке мыслей и чувств	Проработать терапевтические отношения. Завершить психотерапию.

Интересен метод **М. Мюррей (2004)** «Реабилитация последствий травм, жестокого обращения и депривации».

Метод Мюррей дает ясные и логичное объяснение последствий детских травматических переживаний, исследует то, как жестокое обращение и ответные механизмы создают искаженные мысли и чувства, которые отрицательно влияют на физическое здоровье и поведение.

Предлагаемый метод предназначен для работы с психологическими травмами любой тяжести и охватывает практически все стороны работы с личностью от внутренних переживаний до взаимодействия с другими людьми.

Целью психотерапии, по мнению **М. Мюррей**, является формирование здоровой уравновешенной личности. Эта полноценная личность, способная вести себя рационально, рассуждать, думать, нести ответственность — и все это в контакте с чувствами, то есть в эффективном синтезе работы «головой и сердца».

Если говорить непосредственно о самой процедуре психотерапии, по методу М. Мюррей, необходимо отметить, что она позволяет щадящим образом проработать то психотравмирующий опыт, с которым обратился пациент. Она сочетает в себе элементы арт-терапии, гештальт — терапии, групповую терапию, когнитивную психотерапию и др.

Эффективным представляется процесс «Исцеление от травмы» - **метод Питера Левина**.

«Исцеление от травмы — это долгий и непростой процесс. Каждый из нас сталкивался с травмирующими переживаниями: потерей близких, унижением, агрессией, провалом, предательством и так далее, список можно продолжать до бесконечности. При этом чаще всего травма

не проходит бесследно, со временем осознанная боль притупляется, но разрушительная энергия, которая выделилась в момент травмирующего события никуда не уходит, и продолжает разрушать нас изнутри, проявляясь в виде подавленности, страхов, беспричинной тревоги, бессонницы или психосоматических заболеваний» - пишет автор.

Психолог **Питер Левин** в своей книге «Исцеление от травмы» делает вывод о том, что общество учит нас бороться с переживаниями, прятать их, «быть сильными», «не сдаваться перед лицом трудностей» — мы смотрим фильмы про сильные личности, которые всегда преодолевают любые препятствия, читаем книги, в которых герои «берут себя в руки» сразу после травмирующего события и идут дальше, вопреки всему... Нас учат «держать лицо», не подавать виду, что нам больно, не позволять себе слабость, хотя, пишет Левин, психологическая травма переносится ничуть не легче, а то и гораздо тяжелее физической.

Сложность в том, пишет автор, что психологическая травма — это понятие очень субъективное. Если последствия физической травмы очевидны и поддаются понятному лечению, с травмой психологической каждому из нас приходится разбираться самостоятельно. Избегать травмирующих переживаний невозможно, сам Левин пишет о принципиальной роли, которую играют травмы в нашей жизни: тяжелые испытания помогают нам осознать важные для нас вещи, трансформироваться. Но очень важно правильно пройти и завершить все процессы, чтобы травмирующее переживание стало опытом, на который мы можем опереться, а не источником проблем и заболеваний.

Питер Левин разработал программу по правильной проработке травмы, основы которой он изложил в своей книге «Исцеление от травм». Подход у Левина интересный: он работает с ощущениями тела, и через них помогает человеку избавиться от разрушительной энергии травмы. Его программа состоит из восьми основных этапов (табл.4):

Таблица 4. Этапы работы (по П.Левину).

Этап 1	Возвращение чувства безопасности	Если вы пережили травмирующее событие (предательство любимого, смерть близкого, публичное унижение, разрыв отношений и т. д.), то первое, с чего советует начать доктор, это с восстановления границ собственного пространства. Травмирующее событие разрушает нашу защиту, мы перестаем чувствовать себя в безопасности, нас буквально разрывают тяжелые эмоции, мы чувствуем себя незащищенными перед внешней агрессией.
-----------	----------------------------------	--

		Левин предлагает специальные упражнения, которые помогают снова почувствовать границы, внутри которых мы в безопасности — это границы нашего тела. Постукивание по коже, контрастный душ помогут буквально «кожей» почувствовать границу, которая отделяет и защищает наше личное пространство от агрессивного внешнего мира. Почувствуйте, что вы «в домике», и никто и ничто не может проникнуть в ваше пространство, вы в абсолютной безопасности.
Этап 2	Обретение почвы под ногами	Любое травмирующее событие буквально выбивает почву у нас из-под ног. Нам кажется, что все рушится вокруг нас, все нестабильно: мы как будто летим на скорости в безвоздушном пространстве, и ничего не можем с этим поделать, мы не контролируем события, которые развиваются помимо нашей воли. Левин рекомендует «заземлиться» — буквально встать голыми ступнями на землю и просто почувствовать, что вот она, почва, что вы стоите очень надежно. Нет никакого безвоздушного пространства, вы стоите на земле двумя ногами, и мир не рушится вокруг вас, все стабильно. Вы не падаете, и не теряете своего равновесия, вы на 100% контролируете происходящее, почувствуйте это и дайте себе время, чтобы это ощущение закрепилось.
Этап 3	Определение источников «подпитки» и латание «брешей»	Это очень важный этап. У нас у каждого есть свои способы пополнения энергии — кто-то спит или перечитывает любимые книги, чтобы восстановиться, кто-то готовит и ест любимую еду, кто-то занимается спортом, кто-то слушает музыку, кто-то едет к маме, и так далее. Левин советует попытаться определить, что является таким источником для вас — вспомните, что помогло вам преодолеть травмирующие переживания в прошлом? Какие занятия приносят вам чувство удовлетворения, успокаивают? Рядом с какими людьми вы чувствуете себя в безопасности, кто подпитывает вас своей энергией? Левин советует закрыть глаза и представить возможные источники энергии, а также попытаться увидеть кто или что, наоборот, вашу энергию забирают. После того, как вы провели реестр «источников питания» и определили «бреши», важно максимально оградить себя от того, что забирает силы, и наполнить жизнь занятиями и общением с теми людьми, которые вас подзаряжают. Когда вы восстанавливаетесь после физической травмы, вы соблюдаете определенный режим и избегаете того, что может ухудшить ваше состояние — восстановление после психической травмы идет по такому же принципу. Вы сейчас очень уязвимы, оградите себя по максимуму от новых травм.

Этап 4	Поиск блоков и отслеживание эффекта травмы	На этом этапе психолог учит следить за ощущениями тела, чтобы понять, как именно травмирующее переживание проецируется на физические ощущения. Например, когда девушка переживает боль предательства — в каком месте эта эмоция проявляется физически? И как ощущается физически? Боль в солнечном сплетении? Холод в животе? Ком в горле? Эти ощущения важно отследить и попробовать «пощупать» — каков по размерам этот ком? А по весу? Из какого материала он состоит?
Этап 5	Активное наблюдение за ощущениями	Как только вы сможете отслеживать физические проявления своих переживаний, травмирующий эффект события начнет снижаться, потому что вы снова будете чувствовать контроль над происходящим. Невозможно перестать чувствовать обиду или страх, но можно наблюдать и контролировать физические ощущения, которые вызывают эти эмоции. На этом этапе доктор советует очень внимательно наблюдать за собой и ощущениями тела. Закройте глаза и задайте себе вопрос: что я чувствую, когда вспоминаю про событие? Какие ощущения в теле испытываю при мыслях о человеке, с которым связано травмирующее переживание? Меняются ли эти ощущения? Возможно, камень, который вы чувствуете в районе солнечного сплетения, когда думаете о предательстве любимого, становится легче и менее плотным? Или наоборот? Возможно, ком в горле, который вы ощущаете, когда вспоминаете о смерти близкого человека, ушел, и вместо этого вы чувствуете боль в груди? Наблюдайте и записывайте свои ощущения.
Этап 6	«Контакт с переживанием»	Тяжелые травмирующие переживания часто имеют свойство оказывать долгое негативное влияние потому, что нам слишком тяжело возвращаться к ним, чтобы переработать их в опыт и отпустить. Энергия, которая высвободилась в момент травмы (стыд, страх, унижение — это все очень сильные переживания, которые высвобождают много энергии) никуда не уходит, и если мы не выпустим ее на волю, то она так и остается внутри бомбой замедленного действия. «Контакт с переживанием» это возможность разминировать эту бомбу. В своей книге психолог приводит несколько упражнений, которые помогают «обезвредить» травму, все они построены на проигрывании разных сценариев момента травмирующего переживания и наблюдения за собой. В качестве одного из упражнений Левин советует сесть в удобную позу, закрыть глаза, вернуться в момент переживания, вспомнить свои ощущения (стыд, страх, боль, ужас и т. д.) и постараться удерживать на этих ощущениях свое внимание как можно дольше, до тех пор, пока они не начнут видоизменяться и их интенсивность не начнет снижаться.
Этап 7	Возврат к нормальной жизни.	Когда мы находимся во власти травмы, мы настолько заняты своей болью и выживанием, что практически не реагируем на внешние переживания. Мы не чувствуем вкус еды, не замечаем.

		хорошую погоду, все наши ощущения притуляются После того, как мы выпустили разрушительный ураган на волю, мы можем, наконец, открыть глаза и с удивлением обнаружить тот мир, который мы не замечали, пока лечились от травмы. Левин буквально советует открыть глаза и внимательно изучить предметы вокруг себя: их цвет, особенности, назначение. Что происходит в мире? Какие фильмы, книги, темы обсуждаются? Любопытство, которое пробуждается на этом этапе, помогает окончательно избавиться от последствий травмы – травма не может сосуществовать с энергией познания, которая влечет нас вперед.
Этап 8	Закрепление результата и движение дальше.	Когда тяжесть травмирующего переживания уйдет, вы почувствуете, как к вам возвращаются силы и желание двигаться вперед. Очень важно оставаться на этой волне, не скатываясь обратно, и иногда здесь может потребоваться внешняя помощь. Левин приводит аффирмацию, которую советует повторять всем своим клиентам. Эта аффирмация на самом деле — древняя молитва североамериканских индейцев: «Я приношу благодарность за помощь, которая — я знаю — уже на пути ко мне». Когда травмирующее переживание прорабатывается, и мы избавляемся от гнета разрушительных эмоций, новая энергия «наполняет наши паруса». Мы искренне благодарим судьбу за опыт, пусть и очень тяжелый, и делаем шаг в счастливое будущее.

Выделяют четыре направления методов (**Организация медико-психологической реабилитации военнослужащих внутренних войск МВД России, принимающих участие в выполнении служебно-боевых задач, 2003**) (табл. 5):

Таблица 5. Основные направления реабилитации ПТСР.

Направление	Содержание
Информационное направление	Данное направление включает в себя информационную поддержку, обсуждение книг и статей, знакомство с основными концепциями физиологии и психологии. Например, только простое знакомство с диагностической симптоматикой ПТСР помогает больным осознать то, что их переживания и трудности не уникальны, «нормальны» в сложившейся ситуации, и это дает им возможность осуществлять контроль за своим состоянием, выбирать средства и методы, которыми можно добиться выздоровления.
Холистическое направление	Вторая группа методов располагается в области целостного отношения к здоровью. Специалисты по формированию здорового образа жизни справедливо отмечают, что физическая активность, правильное питание, духовность и развитое чувство юмора вносят большой вклад в выздоровление человека как единого целого.

	Врач, который обращает внимание своих пациентов на эти стороны целостного существования человека, часто обнаруживает и активирует такие способности к восстановлению человека, которые были скрыты даже от него самого. Здоровый образ жизни — с достаточной физической активностью, правильным питанием, отсутствием злоупотребления алкоголем, отказом от наркотиков, избеганием употребления возбуждающих питательных веществ (например, кофеина), со способностью с юмором относиться ко многим событиям нашей жизни — создает основу для восстановления после тяжелых травматических событий, а также способствует продлению активной и счастливой жизни (Пушкарев, Доморацкий, Гордеева, 2000).
Социальное направление	Методы, направленные на формирование и увеличение социальной поддержки и социальной интеграции. Сюда также можно включить развитие сети самопомощи, а также формирование общественных организаций, оказывающих поддержку людям с ПТСР. Очень важна точная оценка социальных навыков, тренировка этих навыков, уменьшение иррациональных страхов, помощь в умении преодолевать риск формирования новых отношений. К этой категории относятся и формы организации социальной работы, которые помогают течению процесса выздоровления.
Терапевтическое направление	(фармакотерапия, психотерапия) включает в себя собственно психотерапию, направленную на проработку травматического опыта, работу с горем, разумное использование фармакотерапии для устранения отдельных симптомов.

Из методов самопомощи опишем несколько общих приемов, ведущих к ослаблению нежелательных реакций.

Стресс влияет на весь организм в целом, поэтому можно существенно снизить его отрицательные последствия, если уделять здоровью больше времени, чем прежде.	Необходимо соблюдать режим труда и отдыха, правильно питаться, заниматься спортом.	Необходимо заботиться об эмоциональном комфорте и отводить больше времени на те дела, которые особенно приятны. Неприятности могут усилить симптомы ПТСР.	Не следует избегать общения. Нужно чаще находиться среди людей, быть полезным другим. Активная социальная жизнь поможет ощутить душевный комфорт.	Не следует ожидать, что воспоминания уйдут сами по себе. Чувства останутся и будут беспокоить в течение длительного времени. Вот почему крайне важно иметь возможность поговорить по душам.
--	--	---	---	---

«Целью психотерапевтического лечения клиентов с ПТСР является помощь в освобождении от преследующих воспоминаний о прошлом и от интерпретации последующих эмоциональных переживаний как напоминаний о травме, а также в том, чтобы клиент мог активно и ответственно включиться в настоящее. Для этого ему необходимо вновь обрести контроль над эмоциональными реакциями и найти произошедшему травматическому событию надлежащее место в общей временной перспективе своей жизни и личной истории. Ключевым моментом психотерапии клиента с ПТСР является интеграция того чуждого, неприемлемого, ужасного и непостижимого, что с ним случилось, в его представление о себе (образ Я)» - делает вывод **Андрюшенко А.В., 2000.**

«В целом, психотерапия ПТСР работает на подкрепление защитных факторов, поскольку она ведет именно к переосмыслению происшедших событий и усилению механизмов адаптации» - отмечает **Александров О.И., 2001.**

В связи с этим существует четыре стратегии терапии, позволяющие достичь этой цели (**Терапия КР и ПТСР**):

- поддержка адаптивных навыков Я (одним из наиболее важных аспектов тут является создание позитивного отношения к терапии);
- формирование позитивного отношения к симптомам (смысл данной стратегии заключается в том, чтобы научить клиента воспринимать свои расстройства как нормальные для той ситуации, которую он пережил, и тем самым предотвратить его дальнейшую травматизацию самим фактом существования этих расстройств) (**Ахмедов Т.И., Жидко М.Е., 2001; (Франкл В., 2000).**

- снижение избегания (потому что стремление клиента избегать всего, что связано с психической травмой, мешает ему переработать ее опыт);

Изменение атрибуции смысла (цель этой стратегии — изменить смысл, который клиент придает перенесенной психической травме, и таким образом создать у клиента ощущение «контроля над травмой») (**Краснов В.Н., Коханов В.П., Бабенко С.К., Щербинин В.С., Лихачева И.В., 1998**) (табл. 6).

Таблица 6. Примеры реконструкций.

Деструктивная схема	Конструктивная схема
Жизнь потеряла смысл.	Прямо сейчас трудно сделать вывод, о том, что случилось.
Я не могу этого пережить.	Что случилось, это очень болезненно. Это будет трудно пережить. Но со временем будет все легче и легче.

Я вел себя ужасно.	Я был испуган. Я не знал, что делать, и выбрал неверную стратегию поведения.
Мир опасен.	ЧС редки. Ест множество способов обеспечить себе безопасность.
Мне стало трудно принимать решения.	Обычно у человека после подобных ситуаций всегда возникают растерянность и беспомощность.
Есть моя вина в том, что случилось.	В случившемся виновата стихия, террористы и др.

Психотерапия должна обращаться к двум фундаментальным аспектам посттравматического расстройства: снижению тревоги и восстановлению чувства личностной целостности и контроля над происходящим.

При этом необходимо помнить:

- терапевтические отношения с клиентами, страдающими ПТСР, чрезвычайно сложны, поскольку межличностные компоненты травматического опыта: недоверие, предательство, зависимость, любовь, ненависть — имеют тенденцию проявляться при построении взаимодействия с психотерапевтом.

- работа с травмами порождает интенсивные эмоциональные реакции и у психотерапевта, следовательно, предъявляет высокие требования к его профессионализму.

Итак, мы рассмотрели основные направления, модели и методы оказания экстренной и пролонгированной психологической помощи пострадавшим, в том числе, с ПТСР. Применяя перечисленные модели в своей профессиональной деятельности, специалисты могут быть высоко эффективны в том, чтобы помочь пострадавшим справиться с текущими состояниями, в котором они находятся; найти ресурсы, чтобы справиться с тем, что произошло; выстроить свою дальнейшую жизнь и стать сильнее, сохранив свое физическое и психическое здоровье.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БРИГАДНОГО ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ПОДХОДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЛИЦЕЙСКИХ С РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ.

*Оточина Инна Анатольевна, Щеголева Татьяна Викторовна,
Ичитовкина Елена Геннадьевна*

Всероссийский институт повышения
квалификации сотрудников МВД России,

142007 Московская область, г. Домодедово, ул. Пихтовая, д. 3

Резюме: с целью оценки эффективности проведения полипрофессиональной терапии и реабилитации комбатантам с нарушениями психического здоровья, обследовано 199 полицейских участников боевых действий: основную группу составили 94 чел. с НПА и ПТСР, ср. возраст - 31,81,4, стаж службы — 11±2,9 лет, количество командировок в Северо-Кавказский регион (СКР) — 5,7±1,3; группу сравнения - 105 психически здоровых комбатантов, ср. возраст 31,3±1,5 лет; стаж службы — 12±2,8 лет, количество командировок в СКР — 5,6±1,2; достоверных различий между сотрудниками подразделений по указанным параметрам не было. Всем полицейским основной группы оказывалась лечебная помощь бригадой специалистов: врач-психиатр, врач-психотерапевт и медицинский психолог. Выбор методов медикаментозного лечения базировался на особенностях клинической картины заболевания с учетом основных психопатологических синдромов. В комплексе с психофармакотерапией использовалась: психотерапия и психокоррекционные мероприятия с индивидуальными и коллективными формами работы. Показано, что бригадный полипрофессиональный подход, является эффективной формой работы способствующей редукции психопатологической симптоматики, улучшению социального функционирования и повышению функциональной надежности полицейских — участников боевых действий. Предложено, проведение психокоррекционных мероприятий всем комбатантам, вернувшимся из зон боевых действий, для минимизации негативной динамики личностных характеристик в процессе служебно-боевой деятельности, улучшения психосоциальной адаптации и профилактики антисоциального и суицидального поведения.

Ключевые слова: комбатанты, расстройства психического здоровья,

посттравматическое стрессовое расстройство, расстройства адаптации, реабилитация

В условиях нестабильности политической обстановки в мире, роста количества вооруженных конфликтов остро встает задача совершенствования подходов к оказанию лечебно-реабилитационной помощи участникам боевых действий [1].

Распространенность посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) среди участников боевых действий, по данным разных авторов, варьирует от 23 до 58%; более 52 % сотрудников полиции после экстремального воздействия стресс-факторов боевой обстановки имеют нарушения психического здоровья в форме посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) и нарушений психической адаптации (НПА)[6,7].

Основными принципами реабилитации комбатантов с нарушениями психического здоровья являются единство психофармакологических и психосоциальных мер воздействия, разносторонность воздействий в реабилитационной программе, доверительные отношения между пациентом и специалистами психолого-психиатрического профиля, последовательность проведения мероприятий при переходе от одного вида восстановительного лечебного режима к другому, выявление латентной стадии и начальных проявлений ПТСР, а также своевременное осуществление необходимых психопрофилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий [5,8].

Эффективность проведения реабилитации зависит от своевременности оказания лечебной помощи, благоприятного преморбида, социальной поддержки и отсутствия сопутствующих соматических заболеваний [4,9].

Цель исследования - оценка эффективности проведения полипрофессиональной терапии и реабилитации комбатантам с нарушениями психического здоровья.

Материалы и методы исследования.

Нами обследовано 199 полицейских- участников боевых действий: основную группу составили 94 чел. с НПА и ПТСР, ср. возраст - 31,81,4, стаж службы - $11 \pm 2,9$ лет, количество командировок в Северо-Кавказский регион (СКР) - $5,7 \pm 1,3$; группу сравнения - 105 психически здоровых комбатантов, ср. возраст $31,3 \pm 1,5$ лет; стаж службы - $12 \pm 2,8$ лет, количество командировок в СКР - $5,6 \pm 1,2$; достоверных различий между сотрудниками подразделений по указанным параметрам не было

Первое клиническое и экспериментально-психологическое исследование

дование проводилось после возвращения из СКР в течение десяти дней, повторное — через 1,5 месяца после командировки в СКР. Диагностика ППР осуществлялась в соответствии с критериями международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10); оценивался социально-психологический статус с использованием скрининг-методики субъективной самооценки психического состояния [3]. Для экспериментально-психологического исследования использовались: тест Басса-Дарки [2].

Всем полицейским основной группы оказывалась лечебная помощь бригадой специалистов: врач-психиатр, врач-психотерапевт и медицинский психолог. Выбор методов медикаментозного лечения базировался на особенностях клинической картины заболевания с учетом основных психопатологических синдромов. В комплексе с психофармакотерапией использовалась: психотерапия и психокоррекционные мероприятия с индивидуальными и коллективными формами работы.

Статистическая обработка результатов исследования проведена с использованием программы SPSS 13.0. Применялся метод вариационной статистики с вычислением среднего значения, доверительных интервалов, определения вероятности ошибки. Для парных сравнений применялся t-критерий Стьюдента для независимых групп. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Нозологическая структура расстройств психического здоровья у полицейских основной группы после возвращения из зон с особыми условиями службы была представлена преимущественно НПА - 60,1% случаев с кратковременными депрессивными нарушениями, тревожно-фобическими состояниями и нарушениями поведения; ПТСР — 39,9%, выявлялись тревожный, эксплозивный, соматоформный, конверсионный варианты.

Клинически неоднородные, различные по структуре нарушения психического здоровья включали устойчивые симптомы нарастающего возбуждения, повторное переживание психотравмирующего события, избегание стимулов, ассоциирующихся с травмой. Раздражительность проявлялась в ранее несвойственной гневливости, постоянном переживании внутреннего недовольства, вспышками ярости, сложностью в контроле негативных эмоций в быту. Нарушения сна характеризовались трудностями при засыпании, частыми и ранними пробуждениями. Сновидения боевого содержания были представлены мучительными сценами с ощущением угрозы жизни. Тревно-фобические нарушения про-

являлись в виде не свойственной ранее повышенной чувствительности к бытовым раздражителям, страхов открытых пространств с ощущением угрозы извне. Депрессивная симптоматика проявлялась подавленностью в сочетании с дисфориями и периодическими проявлениями ажитации. Прослеживалось ограничение межличностной коммуникативности, ранимость, обидчивость, негативизм.

На фоне проведения полипрофессиональной терапии у полицейских основной группы с НПА и ПТСР отмечалось достоверное ($p < 0,001$) снижение выраженности психопатологических проявлений: нарушений сна, ощущений страха и тревоги, подозрительности, агрессивности, наплывов мыслей о боевых действиях, вспышек гнева.

Удалось изменить отношение комбатантов к терапии и реабилитации и создать мотивацию не только на откровенность при психодиагностических осмотрах, но и сформировать позитивный настрой к лечебным мероприятиям.

При анализе психосоциальной адаптации комбатантов были выявлены достоверные внутригрупповые и межгрупповые различия (табл. 1). Разводы у получивших медицинскую помощь встречались достоверно реже, чем у психически здоровых участников боевых действий. Причинами разрушения семейных отношений комбатанты считали: конфликтные отношения между супругами, частое употребление алкоголя и негативное поведение в состоянии алкогольного опьянения, командировки в зону боевых действий, а также подозрения в неверности жен. Многие комбатанты группы сравнения предпочитали не вступать в брак и объясняли это недоверием к женщинам, изменами и примерами неудачных браков у сослуживцев.

Получены достоверные различия по частоте употребляемого алкоголя и реакции на алкогольное опьянение. Значительная часть респондентов основной группы отказалась от употребления спиртных напитков полностью, во группе сравнения лиц, не употреблявших алкоголь, не было выявлено. Данный показатель имеет важное значение в связи с тем, что у большинства обследованных комбатантов (59,4%) в состоянии алкогольного опьянения возникало агрессивное поведение с дисфориями, обидчивостью, злостью, с последующей разрядкой в форме психической и физической агрессии.

Таблица 1. Частота встречаемости факторов психосоциальной адаптации полицейских, %

Факторы	Параметры	Основная группа		Группа сравнения	
		n=94	%	n=105	%
Семейное положение	женат	74	78,7	22	21,8**
	разведен	10	10,6	60	59,4**
	холост	10	10,6	19	18,8*
Сексуальная активность	без изменений	51	54,3	11	10,9**
	снижение	30	30,1	53	52,2*
	усиление	13	13,8	37	36,6**
Частота употребления алкоголя	каждую неделю	16	17,0	70	69,3**
	не употребляет	20	21,3	2	1,9**
	реже 1 раза в месяц	58	61,7	29	28,7**
Круг интересов и способы снятия напряжения	промискуитет	22	23,4	52	51,5**
	Интернет	12	12,8	33	32,7*
	религия	12	12,8	1	1,0*
	природа	11	11,7	3	3,0*
	спорт	48	51,1	15	14,9**
	семья	22	23,4	5	5,0**
Соматические заболевания	Здоровы	71	75,5	28	27,7**
	Гипертоническая болезнь	19	20,2	54	53,5**
	Язвенная болезнь	4	4,3	19	18,8*

Примечание: межгрупповые различия здесь и далее достоверны при *- $p < 0,05$, ** - $p < 0,001$.

По методу Басса-Дарки через 1,5 месяца после командировки в СКР у комбатантов основной группы итоговый суммарный показатель уровня агрессивной мотивации (УАМ) был достоверно ниже, чем у психически здоровых лиц; уменьшились проявления раздражительности, обидчивости, они были менее негативистичны, вербально и косвенно агрессивны (табл.2).

Показатели шкалы «физическая агрессия» достоверных различий

между группами не имели и соответствовали верхней границе нормы, что, с учетом остальных базовых шкал, свидетельствует о наличии «потенциала агрессии», контролируемого волевым самообладанием.

Таблица 2. Средние показатели агрессивности по методу Басса-Дарки у комбатантов через 1,5 месяца после командировки в СКР, Мт, в баллах

Шкалы	Основная группа	Группа сравнения
Физическая агрессия	8,11,5	8,51,2
Косвенная агрессия	5,91,4**	6,71,3
Раздражительность	5,42,3*	6,12,1
Негативизм	2,91,8**	4,92,4
Обида	3,51,5*	3,91,4
Подозрительность	4,31,5	4,21,6
Вербальная агрессия	6,62,4**	5,61,9
Чувство вины	4,51,7	4,31,7
УАМ	21,23,5*	23,63,9
Враждебность	7,12,4	7,72,1

Примечание: межгрупповые различия здесь и далее достоверны при * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,001$.

В качестве примера, иллюстрирующего теоретический материал приводим клиническое наблюдение больного с тревожным вариантом ПТСР.

Клиническое наблюдение больного с тревожным типом ПТСР

Пациент Н., 30 лет, майор полиции, ветеран боевых действий, стаж работы в системе МВД 10 лет. Командировался в СКР за время службы 6 раз в период с 2000 по 2008 гг. Характеристика, предоставленная кадровым аппаратом, позитивная. Образование – высшее юридическое. Семейное положение: в настоящее время женат с 2007 гг.

Анамнез жизни родился в г. Кирове третьим ребенком, в семье рабочих. Мама по характеру спокойная, уравновешенная, застенчивая, отец вспыльчивый, активный, деятельный, упрямый. Со слов Н., внимания детям уделяли мало, постоянно работали и были заняты работой по дому. В детстве рос здоровым ребенком, по характеру был лидером. Стойких привязанностей не имел, любил проводить время во дворе, за активными спортивными играми. В школе учился на «хорошо» и «отлично». Посещал спортивные кружки, увлекался футболом и спортив-

ной борьбой. Пользовался популярностью у сверстников, замечаний по дисциплине в школе не имел. По окончанию 10 классов средней школы проходил срочную службу в военно-десантных войсках, демобилизовался в звании сержанта, в должности командира отделения. По возвращению устроился на работу в МВД, в спецназ. Имел поощрения по службе, быстро продвигался по служебной лестнице. В 2000 году был направлен в СКР, где участвовал в боевых действиях, неоднократно подвергался угрожающим жизни ситуациям. После обстрела в горах Чери-Юрта возникло кратковременное состояние паники, купировалось без медицинской помощи.

Анамнез заболевания.

Ухудшение состояния с декабря 2008 года, после исполнения служебно-боевых задач в СКР. Во время служебной командировки участвовал в реальных боевых действиях, неоднократно подвергался угрожающим жизни ситуациям, во время «зачистки», был свидетелем гибели сослуживцев. После возвращения из командировки стал раздражительным, вспыльчивым, нарушился сон, появились сновидения о боевых действиях негативного характера (снились трупы убитых сослуживцев, «стрелял по врагам, но пули летели мимо», «чувствовал, как умирает», просыпался в холодном поту, с ощущением сердцебиения, тревогой, появились сложности в контроле поведения, беспокойство, мрачно-угнетенное настроение.

При целевом психодиагностическом осмотре после возвращения из СКР, сначала свои проблемы отрицал. Данные психодиагностического исследования: СМИЛ — пик профиля по шкале «тревожность» — 69,1 бал., повышение по шкале «невротического сверхконтроля» — 68,2 бал., «пессимистичность» - 78,4 бал.; МЛО «Адаптивность» — снижение общего адаптационного потенциала; тест Басса-Дарки — наличие потенциала агрессии, высокий уровень негативизма и раздражения; краткий отборочный тест — уровень интеллекта средний, ПТСР Котенева — недостоверность результатов.

После проведения индивидуально-разъяснительного клинического интервью стал предъявлять жалобы на беспокойство, раздражительность, нарушения сна.

При проведении скрининг-анкетирования отметил, что у него отмечаются: раздражительность, перепады настроения, нарушения сна, сновидения о боевых действиях, сложности в контроле поведения, конфликтность в семейных отношениях, внутреннее напряжение, подо-

зрительность, тревога, ощущение несправедливости жизни, ощущение «непонимания со стороны окружающих», неспособность расслабиться. Возникающее напряжение снимает употреблением крепкого алкоголя не реже одного раза в неделю. В состоянии алкогольного опьянения становится обидчивым и конфликтным, поэтому предпочитает «выпивать» в одиночестве. Круг интересов ограничен общением с сослуживцами, так как «только они его понимают». Отмечал, что сомневается в верности жены, поэтому в семье были скандалы и ссоры. Отметил, что за время службы изменился -, «перестал доверять людям».

Психическое состояние: Сознание не помрачено. Ориентирован в месте, времени, личности в полном объеме. Тревожен, напряжен, насторожен, подозрителен, дисфоричен, эмоционально лабилен. Ответы в плане заданного вопроса, краткие, интонации недовольные, раздражительные. Выражение лица угнетенно-мрачное, злое. Настроение снижено, вял пассивен. Мышление логичное, последовательное, обычного темпа. Идиаторно заторможен. Интеллектуальный уровень соответствует возрасту, образованию. Память не нарушена. При беседе о службе подробно рассказывает о психотравмирующей ситуации, детализирует произошедшее, высказывает недовольство по отношению к руководству, политикам. Стеничен, категоричен. Психопродуктивной симптоматики не выявлено. Употребляет крепкий алкоголь 1–2 раза в неделю, в количестве до 600 гр. В состоянии алкогольного опьянения становится злым, агрессивным «тянет подраться». В посталкогольном состоянии возникает тошнота, головная боль, «чувство вины», ухудшается настроение. Рвотный рефлекс сохранен, абстинентный синдром не сформирован. Суицидальных и антисоциальных тенденций не выявлено.

Диагноз: ПТСР, тревожный вариант. F – 43.1.

При проведении арттерапии после возвращения из СКР в рисунке комбатанта Н. (рис. 1) сюжет – «балерина со сломанной ногой» прослеживалась выраженная депрессивная настроенность, ранимость, тревога, нарушение межличностной коммуникабельности, социальная отгороженность, пессимистичность. После проведения медико-психологической реабилитации сюжет - «журавли» (рис. 1а) отмечалась стабильность эмоционального фона, внутренняя уравновешенность, позитивная оценка происходящего.

После проведения стационарного лечения в течение 20 дней психопатологическая симптоматика практически полностью редуцировалась: выровнялось настроение, упорядочилось поведение, нормализовался

сон, улучшилась межличностная коммуникабельность.



Рис.1. Работа комбатанта Н., после СКР, диагноз: ПТСР, тревожный вариант



Рис. 1а. Работа комбатанта Н., после проведения реабилитации, диагноз: Здоров

В дальнейшем продолжил служить в той же должности, руководством и психологами подразделения характеризовался положительно.

Заключение

Учитывая отрицательную динамику личностных особенностей и наличие негативных социально психологических тенденций у психически здоровых участников боевых действий, целесообразно рекомендовать проведение психокоррекционных мероприятий всем комбатантам, вернувшимся из зон боевых действий, для минимизации негативной динамики личностных характеристик в процессе служебно-боевой деятельности и улучшения психосоциальной адаптации. При проведении психотерапии и психокоррекционных мероприятий, необходимо учитывать психодинамические характеристики личности и формировать социально-позитивную настроенность с коррекцией общения и поведения в обыденной жизни и семейных отношениях.

Таким образом, комплексный полипрофессиональный подход при проведении терапии и реабилитации полицейским способствует редук-

ции основных психопатологических симптомов РА и ПТСР, улучшает социально-психологическую адаптацию и является мерой психопрофилактики антисоциального и аутоагрессивного поведения.

Литература

1. Барачевский Ю.Е., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Медицина катастроф. Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2007. — 176 с.
2. Бурлачук, Л. Ф. Словарь-справочник по психодиагностике [Текст] / Л. Ф. Бурлачук, С. М. Морозов. — СПб.: Питер, 2002. — 528 с.
3. Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Системный мониторинг психического здоровья комбатантов — сотрудников полиции: монография // Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2017. — 205с.
4. Кононова М.А. Ичитовкина Е.Г., Злоказова М.В., Соловьев А.Г. Эмоциональное выгорание сотрудников, замещающих должности старшего начальствующего состава органов внутренних дел // Психопедagogика в правоохранительных органах. 2017. № 1 (68). С. 33-36
5. Юрковский О. И. Комплексная система реабилитации больных с постстрессовыми расстройствами / О. И. Юрковский, Ю. Н. Замотаев. — М. : Медицина, 2006. — 233 с.
6. Adams, D. Pharmacological management of PTSD: clinical summary of five-year retrospective study; 1990–1995 [Text] / D. Adams, L. Lettich, T. Berigan // Military Medicine. — 2003. — № 9. — P. 616–619.
7. Bradley, R. Multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD [Text] / R. Bradley, J. Greene, E. Russ, L. Dutra, D. A. Westen // Am J Psychiatry. — 2005. — P. 214–271.
8. Jones, E. Post-combat syndromes from the Boer war to the Gulf war: a cluster analysis of their nature and attribution [Text] / E. Jones, R. Hodgins-Vermaas, H. Cartney, et al // BMJ. — 2002. — № 3. — P. 321–324.
9. Connor, K. M. The role of serotonin in posttraumatic stress disorder neurobiology and pharmacotherapy [Text] / K. M. Connor, J. R. Davidson // CNS Spectrums. — 2008. — № 2. — P. 43–51.

ПАТРИОТИЗМ И ВОВЛЕЧЁННОСТЬ В БОЕВУЮ РАБОТУ – ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ БРОНЕЖИЛЕТ ОТ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА.

Крамаренко Сергей Захарович

заместитель председателя правления Клуба
Героев Советского Союза, Героев Российской Федерации
и полных кавалеров ордена Славы.

Кучер Александр Артурович

член РОО «ОМОФОР-СУВОРОВСКИЙ ПРИЗЫВ»,
член штаба ВВПОД «Юнармия» по ЮЗАО г. Москвы.

Наша встреча с человеком-легендой Сергеем Макаровичем Крамаренко произошла в день его 95-летия. Герой Советского Союза, генерал-майор, Сталинский Сокол, лётчик-ас истребительной авиации, ведомый И. Н. Кожедуба, освоивший его технику пилотирования, сохранив свой почерк пилотирования, горевший в небе, побывавший в немецком плену, побывавший на краю Жизни и Смерти, и, сохранивший энергию и задор до наших дней – низкий поклон Россиянину, сильно-му Духом, наполненному созиданием, нацеленному на успех. Мой опыт, научные исследования и изыскания говорили о том, что для человека, побывавшего на войне – посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – объективная неизбежность – разбился как морская волна о жизнеутверждающую позицию Сергея Макаровича Крамаренко.

Мы договорились написать эту статью, которая изменила, благодаря нашей встрече, фатальность моих воззрений на острую стрессовую реакцию и посттравматическое стрессовое расстройство, которые мной описывались во многих исследованиях во время службы в Центре военно-социологических психологических и правовых исследований ВС РФ, отделе психологической работы ГУВР ВС РФ, в ходе участия в научных конференциях по проблемам проявления ОСР и ПТСР у комбатантов.

Жизнь Сергея Макаровича – демонстрирует уникальность человеческой психики в экстремальной ситуации, если Сердце его наполнено патриотизмом и ненавистью к врагу, а Душа – не ищет побрякушек телу и не идёт у него на поводу, укрепляя тем самым силу Духа и Веру в ЗНАЧИМОСТЬ и ПРАВОТУ своих поступков.

Продолжает Сергей Макарович Крамаренко:

В 1940 году я учился в 10 классе в селе Выбор, Псковской области. Я, как и другие молодые ребята, был под огромным впечатлением легендарных полетов Чкалова, Громова, Гризадубовой. Мы играли в авиацию, писали сочинения о полётах на Марс, о перелётах через Полюс. Я бредил авиацией, и в октябре 1940 года, я поступил по путёвке комсомола в Дзержинский аэроклуб в Москве. Освоил По-2, УТ-2, И-16, УТИ-4, ЛаГГ-3, Ла-5.

23 февраля 1943 года запомнился первым боевым столкновением. Удалось по воле случая поразить немецкий самолёт и успешно уйти из под удара атаковавшего противника. Боевое крещение состоялась на Ла-5.

В одном из воздушных боёв под Старое Константиново мой самолёт был сбит в воздушном бою, загорелся, меня ранило в ноги, но я сумел выпрыгнуть с парашютом, получив сильнейшие ожоги. Чудом спасшись от расстрела, был решением старшего немецкого офицера, отправлен в лагерь военнопленных. Там мне была проведена операция пленными военными медиками. Они спасли мне ноги и восстановили кожу после сильнейших ожогов. Смерть, которая казалась неминуемой — отступила, спасение пришло с наступлением Красной армии, которая освободила оставшихся в живых военнопленных. Удалось вернуться в свой полк, в боях участвовать ведомым у Ивана Никитовича Кожедуба, перенимая его манеру воздушного боя. Это уже было в небе над Польшей. Затем Победа, последний бой был 2 мая в небе над Берлином.

В послевоенное время, мне довелось дважды быть на собеседовании у Василия Сталина, потому что только он утверждал кандидатуры признание с его стороны и допуск к участию в парадах над Красной площадью, а затем война в Корее.

Крамаренко С. М. защищал небо Кореи на МИГ-15 с бортовым номером 25 (третий в ряду на фотографии из архива Сергея Макаровича) На личном счету - 21 американский самолёт. По официальным данным СССР — 15, по данным США — 13 сбитых самолётов.





Сергей Макарович не подвергнут суевериям и предрассудкам, его плацебо, никогда не демонстрировало своему хозяину диаметрально противоположность себя, называемую теоретическим термином ацебо.

В этом и заключается секрет генерал-майора Крамаренко Сергея Макаровича. Человек призван творить пространство, сказал как-то патриарх на Всероссийском соборе, это происходит в делах и Сергея Макаровича. Нет уныния во взгляде, Герой Советского Союза — на боевом посту по сей день.

Скромность и доброжелательность. Доверчивость и чистосердечность, человеческая доброта и человеческая мудрость — интегрировавшись воедино, обеспечили Сергею Макаровичу психологический иммунитет от боевой психической травмы, острой стрессовой реакции и посттравматического стрессового расстройства.

После окончания войны в Корее - служба в Вооруженных Силах, затем общественная деятельность. И по сегодняшний день, Сергей Макарович сохраняет активную жизненную позицию, участвует в мероприятиях, имеющих общественно-политическую значимость, без устали делится своим жизненным и боевым опытом, вселяет в Души и Сердца молодежи гордость за нашу великую Родину.

Значит, есть средство от последствий боевой психической травмы. Этим средством является сила Духа человека — воина и патриота своей Родины.

Психологическая составляющая формирования патриотизма.

«Будем всегда служить Верою и Правдою России и сим посраим врагов наших!», - это слова Александра Васильевича Суворова, великого полководца не потерпевшего ни единого поражения. Свои слова: «Горжусь, что я русский!... Потомство моё прошу брать мой пример... до издыхания быть верным Отечеству», были пронесены им через всю свою яркую жизнь, наполненную победоносными баталиями того времени. Его военное искусство выходит далеко за национальные рамки. А его «Наука побеждать», способна быть школой для нового поколения.

Любопытно рассмотреть механизм возникновения мировоззренческих позиций в психике человека. Психологический онтогенез патриотизма проходит свои закономерные стадии развития и становления. Позволю кратко на них остановиться:

Стадия запечатления (импринтинга) — импринтинг в психологии — это одно из интереснейших понятий. Термин в переводе, означает — “оставить след”, “отметить”. Встречается это явление, как в среде животных, так и в человеческой среде. Следовательно, запечатление генотипически заложено в каждого из нас. Однако если импринтинг братьев наших меньших обусловлен инстинктом и служит целям приспособления и выживания, то в социуме он превратился в более сложное явление.

Импринтинг (запечатление), является избирательной фиксацией в памяти значимой информации, и как целостный психофизиологический механизм, обеспечивает участие всех анализаторов для прочного сохранения в мозговых центрах информации.

Особенностями этого процесса являются: его возникновение в критические периоды жизни, когда организм оказывается максимально чувствительным и восприимчивым к новому, во-вторых, во время возникновения импринтинга у человека, ему достаточна только одна встреча с объектом запечатления, чтобы началось формирование изменений поведения, всвязи с запечатлением (например: встреча Шварцнегера в детстве с Власовым — изменила его жизнь), в-третьих, для возникновения явления импринтинга не нужно какое-либо дополнительное подкрепление, лежащее за пределами той сферы, в которой происходит запечатление, и в-четвертых, результаты импринтинга крайне стабильны и результат запечатления остаётся на всю жизнь.

Запечатление является одним из видов научения, то есть индивидуального приобретения новых форм поведения и действий, которые будут необходимы в конкретных условиях (К. Лоренц).

Следовательно, в процессе научения поведению патриотического характера, нужно достигать импринтинга (запечатления), для этого процесс обучения должен быть значимо насыщен, эмоционально окрашен для человека, получающего знания. В ходе такого закрепления знаний — лежит процесс образования нервных связей, и человек действует уверенно, рефлексивно утверждая в своём поведении принципы, по достоинству принимаемые в нашем обществе.

В качестве примера такого поведения можно напомнить многочисленные факты спасения утопающих, оказания помощи при пожарах, во-

лонтерское движение при поисках потерявшихся детей. Формирование этого качества начинается с поисковой работы в рядах «Юнармии» и в других общественных объединениях, встречи с Героями нашего времени (см. фото), их рассказы о свершениях героических лет, о своих подвигах, свершавшихся ими в повседневности будней своей биографии.



На фото: Импульс запечатления в ходе общения г/п-кается в человеке — любовь к матери и чув-
Демидова Алексея Арсеньевича ответственное восприятие безопасности.
с молодёжью.

С первых дней жизни формируются необыкновенно крепкие психологические связи: отношения матери и отца, и все события, происходящие вокруг, новорожденным воспринимаются как образец. Малыш запечатлевает демонстрируемые модели поведения, взаимодействия с людьми, окружающими предметами. Позже он начнет реализовывать их в своем будущем. В связи с этим важно то, что человек видит, слышит и чувствует!

Дети формируют общество будущего. Тимоти Лири, нейролог и психолог, выделил несколько видов импринтинга, свойственных человеку. Ранний (оральный) период. В этот период запечатлива-

Территориально-эмоциональный импринтинг, или импринтинг, связанный с освоением среды и запечатлением ее свойств. Взрослые и дети определенным образом удерживают и защищают свое пространство, начиная с выбора любимой комнаты в доме, хранения в определённом месте своих вещей и заканчивая, юридически закреплённым правом на частную собственность.

Вербальный период. Благодаря этой биопрограмме - запоминаются звуки и символы, составляющие слова. Человек осваивает речь, ребёнок учится говорить. Это в свою очередь стимулирует развитие необходимой коммуникации между людьми.

Социальный импринтинг у человека, проявляется в том, что в определенных ситуациях людям характерна сензитивность, то есть избирательная открытость, сильная восприимчивость. Социальный импринтинг — это разновидность запечатления, при котором фиксация

происходит на базовых ценностях, межполовых, этнических и других стереотипах. Представление, усвоенное в ходе общения с другими людьми или в процессе подражания им, при воспитании патриотизма — должно быть наполнено примерами беззаветного служения Родине, общением людьми — легендами нашего времени, Героями Советского Союза, России, героями спорта, Олимпийскими чемпионами, ветеранами войны и Вооруженных Сил.



Военный комиссар г. Москвы с юными кадетами.

Летчик Крамаренко С.М., Герой Советского Союза, на встрече.

Такие импринты имеют глобальное значение в плане того, что обуславливают отношение и к семье, и к религии, и к выбору спутника жизни и формируют взгляды и воззрения на саму жизнь. Они также влияют на общие установки, способности, интересы человека, и, конечно же, непосредственно формируют гражданина — патриота России.



Общение с Героем Советского Союза - Б.В. Кравцовым.

Студенты МБЭК у ветеранов войны, накануне Дня Победы!

Во всех этих мероприятиях организаторами и главными действующими лицами, являются участники боевых действий, которые видны на фотографиях и находятся за кадром. Этот факт естественным и органичным компонентом входит в систему влияния на самих комбатантов, купируя посттравматические стрессовые расстройства.

Особая чувствительность к влиянию извне присуща не только в детстве и юношестве, но и взрослым в определенные периоды жизни. Любой человек может оказаться в ловушке из-за собственной замкнутости на каком-либо событии, образе, будь то стиль одежды, приверженность специальному питанию или религиозные убеждения или факт боевого опыта. Осторожно стоит воспринимать новую информацию особенно впечатлительным людям.

Следующей в онтогенезе психологического механизма формирования мировосприятия, является стадия подражания, копирования, переноса.

Все люди копируют друг друга. Если вы чем-то недовольны, то непременно ищите пример того, что вам будет нравиться. Если вы не пользуетесь успехом у противоположного пола, то обязательно будете искать пример (человека) для подражания, который будет вашей полной противоположностью. Вы обязательно заинтересуетесь им и захотите достичь его успехов. Это естественное положение вещей, когда вы развиваете себя, чтобы иметь то, чего хотите.



Многие, подражая герою
Ланового В. С. — стали офицерами.



Подражают спецназу ГРУ

Зачастую люди копируют то, что видят: внешний облик, поведение, манеру общения и т. д. При этом забывается, что за каждым поведением и созданным образом стоят мотивы, желания и мировоззрение, которое и заставляет демонстрировать все во внешнем мире.

Мы видим следствие того, что думает, желает и ценит другой чело-

век. Если копируются лишь внешние проявления, то поведение и внешний облик будут фальшивыми, неестественными и отталкивающими.

Копируя что-то, что нравится в другом человеке, сам индивид забывает о том, что внешнее должно быть подкреплено внутренним, как и наоборот. Если нет подкрепления, то все попытки показаться интересными и привлекательными обречены на провал. Фальшиво выглядит красивый человек, который считает окружающих низшими и глупыми существами.



Перенос, копирование, подражание
— в действии.

Юнармейцы подражают Герою
России г/м-ру Исаханяну Г. А.

В патриотическом воспитании важно понимать, что внешнее копирование никогда не даст результата! Требуется достигать копирования на мировоззренческом уровне, уметь мыслить так, как другой, достойный подражания, понимать, что движет человеком и уметь принимать как свои - его способ мышления, желания, которые составляют основу всего, что проявляется во внешний мир.

Наряду с копированием работает психологический механизм переноса. Этот психологический феномен, заключается в бессознательном переносе ранее пережитых чувств и отношений, проявлявшихся к одному лицу, совсем на другое лицо. Поскольку процесс переноса большей частью является бессознательным, он не воспринимается человеком, но если учитывать эту психологическую составляющую, то можно обеспечивать защиту от антипатриотических тенденций, проникающих в наше общество и защищать от них современную молодежь.

Стадия мировоззрения, духовности — А. В. Суворов составил тетрадь «капральских бесед», именовавшуюся ещё «солдатским катехизисом», начав её словами: «Молись Богу: от Него победа!» и текстом обязательной молитвы, и только потом переходил к наставлениям военного харак-

тера. Но и наставления он начинал с самого главного: с Духовного настроя, которым и являлась для современников А.В. Суворова - молитва. Завершая сражение очередной победой, Суворов всегда устраивал благодарственный молебен, соответственно великим полководцем и в начале и в завершении ратных дел, - шло обязательное обращение к Душе! Дух воина, должен находиться в равновесном состоянии, - и эту задачу в войсках Александра Васильевича, решали военные священники. Так, например, полковой священник, с крестом в руках и в епитрахили на плечах вёл солдат на штурм укреплений Измаила (Епитрахиль — одежда, не имеющая никакой защиты). Суворов все знаки отличия за одержанные победы — привезённые от «Матушки-Царицы» - обыкновенно после обедни сам вносил в алтарь на блюде и просил священника окропить их святой водой. Потом полководец собственноручно в церкви возлагал их на всех генералов и офицеров, а иногда и солдат, удостоенных монаршей милости. Вызывали каждого из награждённых, он становился на колени, крестился и целовал боевую награду. После этого Суворов вручал орден и благословлял награждаемого. Современный психолог сразу усмотрит в этих действиях создание надёжных условнорефлекторных связей, обеспечивающих закрепление боевой психомоторной деятельности, и мотивирующих на повторение их в будущем.

Суворов для нас — образец русского патриота в лучшем понимании этого слова. Быть русским по Суворову означало самоотверженно и жертвенно служить России, быть образцом неколебимой стойкости и несокрушимого духа, примером высочайшей нравственности, благочестия и глубокой православной веры. Покрыв себя неувядаемой славой ещё при жизни, А. В. Суворов, после смерти, вошёл в историю как величайший герой России и Европы. Доброе имя своё Суворов за-



ГЕРОИ НАШЕГО ВРЕМЕНИ

ключал в славе своего Отечества, а все успехи относил к его благоденствию. А. В. Суворов завещал: *«Потомство моё прошу брать мой пример: всякое дело начинать с благословением Божьим; до издыхания быть верным Государю и Отечеству; избегать роскоши, праздности, корыстолюбия и искать славы чрез истину»*

и добродетель». Созданная Суворовым «Наука побеждать», с её предельной простотой, ясностью изложения, эмоциональным воздействием — потенциал огромной духоподъёмной силы.

Описав психологический механизм, фенотипически формирующий патриотизм, дадим понятие патриотизма. ***Патриотизм - это нравственный и политический принцип, социальное чувство, содержанием которого является любовь к отечеству и готовность пожертвовать своими частными интересами во благо интересов отечества.*** Становится понятно, что священное зерно патриотизма, живет в сущности любого человека, а вся работа по формированию личности — патриота, заключается в бережном отношении к росту, возрастающему в Душе каждого на почве его индивидуальности. Ближайшее социальное окружение, привносит в умы и сердца человека формы и способы поведения в этом мире, во благо своего Отечества! Этот росток укрепляется примером, достойным для подражания, и примерами других, достойных представителей нашей Родины. Именно так, формируется патриот! Патриотизм — иммунная система, защищающая психику от стресс-факторов окружающей среды. Чувство патриотизма сводит на нет стресс-факторы. Субъективной значимостью, поступков человека, духовным базисом стратегии его поведения, патриотизм - обеспечивает устойчивость личности к психотравматизации.



Урок Мужества в школе № 199.

В связи с этим в Военном комиссариате (объединённом Академического района ЮЗАО г. Москвы), в рамках военно-патриотического воспитания, проходят встречи с допризывной молодежью по изучению «заповедей» Суворова и применению их в современной жизни.

Суворовская наука побеждать, как проект, развития навыков управления собой, как идеологическая основа повышения стрессоустойчивости - стартовал в апреле этого года в старших классах ГБОУ «Школа № 199» (директор школы Моисеева В.В., см. фото).

Ирина Олесяевна Туманян — заместитель директора школы, разработала Комплексную программу и при поддержке Ляхова Константина Константиновича, руководителя Центра социальной адаптации военнослужащих, приступила к их практической реализации.

Сознание воинского долга, глубокая вера, инициатива, находчивость, сообразительность, понимание своих действий, а не механическое их выполнение — вот основные качества, которые Суворов стремился развить в солдатах. Духовно-нравственные основы служения, верность Отечеству, должны стоять на первом месте. Эти же принципы, закладывают в концепцию патриотического воспитания, инспектора и сотрудники Военного комиссариата города Москвы.



Формирование такого стержня личности, опирающегося на общечеловеческие ценности и готовность жертвенной и деятельной любви к Отечеству - одна из главных задач, которую ставит перед собой Программа военно-патриотического воспитания.

В ходе весенней призывной компании, мы стали свидетелями прояв-

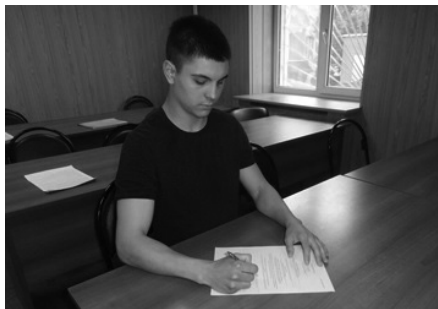
лений истинного патриотизма: без демонстративности, спокойно и по деловому, боролись за право служить в Армии призывники. Приходят в Военный комиссариат юноши, желающие служить в ВДВ, научной роте, просто быть призванным в ряды Вооруженных Сил Российской Федерации. К примеру, Миколук Максим лично обратился с ходатайством удовлетворить его желание быть призванным, и не смотря на то, что не успевал собрать все необходимые документы, приложил усилия и подготовился к призыву. Мама Максима, Светлана Ярославовна, согласилась с решением сына и всячески поддерживала его желание. М. В. Миколук, в классе психодиагностики военного комиссариата Академического района ЮЗАО г. Москвы, до и после службы в Армии.

В «Науке побеждать» Суворов провозглашает: «Умирай за Россию, под именем Матушки», в солдатском наречии тех времён, именовалась Россия, поэтому можно встретить еще одно выражение — призыв тех времён: «Умирай за дом Богородицы, за Матушку!».

Цели у человека воспитываются с детства, в детстве же человек определяется с авторитетами для себя. Чтобы патриотизм смог стать нормой жизни нашего общества, чтобы его традиции неизменно взращивались в юных душах, необходимо выстраивать воспитание на приобщении молодёжи к лучшим традициям, сложившимся у предшествующих поколений.

На службу этому поставлено, вместе с нами, — искусство!

Так в прошлом году, во время проводов от стен Военного комиссариата Академического района ЮЗАО г. Москвы вместе с родными и близкими призывников провожали ветераны боевых действий, представители студенческого совета Московского банковского экономического колледжа, деятели искусства, вошедшие в творческий коллектив «Карусель».



У Максима, жизненное кредо выражается лаконично: «Жить — Родине служить!».



М. Миколук отслужив, оформляет документы на контрактную службу.



Со словами напутствия к призывникам Академического военного комиссариата — студенты Московского банковского экономического колледжа.



Искусство обращения с холодным оружием в танце демонстрирует Владимир Королёв.

В настоящее время большие надежды возложены на Всероссийское детско-юношеское военно-патриотическое движение «ЮНАРМИЯ». В ЮЗАО города Москвы развернул свою работу региональный штаб «Юнармии», во главе с Ю.А. Данченко, неустанную заботу и внимание к Юнармии города Москвы проявляет Герой РФ, генерал-майор Г. Исаханян. В развитии Юнармейского движения, привлекательными и приятными для молодежи, являются мероприятия, осуществляемые В. Гуровым (РОО Молодежное патриотическое объединение ГВАРДИЯ), М. Чумаковым (Совет пенсионеров, ветеранов войны и труда, Вооруженных сил и Правоохранительных органов Северное Бутово), В. Кулдыкиным (РОО ветеранов военной службы «Суворовцы и Нахимовцы»).

Уникальным опытом своей жизни, положенной на Алтарь Отечества, не считаясь со временем, делятся с молодежью Академического, Черемушкинского муниципальных районов и муниципальных районов Котловка и Зюзино ветераны военной службы: генералы А. Демидов, А. Головнёв, Ф. Марковский, Г. Кривченко, О. Комлев, В. Филипенко. О каждом из них можно написать книгу, с захватывающим сюжетом и массой примеров, достойных для подражания. Низкий поклон Вам — замечательные люди, Герои нашего времени!



ВОВЛЕЧЕНИЕ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В РАБОТУ ПО ПАТРИОТИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ МОЛОДЁЖИ, ДЕЯТЕЛЬНОСТНЫЙ ПОДХОД В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМ ВИДОМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

Филиппенко Владимир Алексеевич

инспектор по военно-профессиональной ориентации военного
комиссариата Академического района ЮЗАО г. Москвы, генерал-
майор.

Гараев Ринат Георгиевич

педагог-организатор ГБОУ «Школа № 285» г. Москвы.

*Патриотическое воспитание – это, прежде всего,
личное отношение к святыням Отечества: родной земле,
ее свободе, независимости, чести и достоинству героическому
прошлому и величественному настоящему нашего народа.*

В.А. Сухомлинский

В формируемом глобальном мире, вызовами и угрозами общепланетарного масштаба, глобализацией международного терроризма, наркоугроз, новых вирусных эпидемий, трансграничной преступности, расстановкой экономических, цивилизационных и военных сил, Россия обязана оставаться суверенной и влияющей на глобальные мировые процессы страной, при всем этом уверенно развиваться, сохранять свою национальную и духовную идентичность. Одновременно формировать эффективные механизмы обеспечения международной безопасности, обладая боееспособными Вооруженными Силами.

С учетом изложенного одной из главных задач, в решении которой принимают участие все государственные институты, является обеспечение обороноспособности государства.

Поэтому одним из приоритетов государственной политики обеспечения безопасности страны является повышение престижа военной и гражданской службы. Главным условием сочетания задач комплектования Вооруженных Сил Российской Федерации с систематической работой по профилактике боевых психических травм у ветеранов боевых

действий, является продуманно проводимая работа по привлечению людей, побывавших на войне к военно-патриотическому воспитанию и подготовке граждан Российской Федерации к военной службе начиная со школьной скамьи.

Такая система реализуется на базе общественных объединений.

В октябре 2017 года, создан Военно-патриотический Клуб «ОТЧИЗ-НА». В нём скоординированы усилия участников боевых действий, находящихся в составе инспекторов военного комиссариата, ветеранских организаций, Юнармии, ДОСААФ, поисковых отрядов и Центра социальной адаптации военнослужащих.

В развёрнутой военно-патриотической работе, проводимой комбатами, последние получают моральное удовлетворение и психологическую оценку своего участия в боях, видят социальную значимость совершённых ими действий в боевых условиях, что приводит к купированию рецидива боевой психической травмы.



Главный инспектор военного комиссариата Академического района ЮЗАО г. Москвы, генерал-полковник Головлёв Анатолий Андреевич, проводит встречу со школьниками ГБОУ «Школа 538».



Рассказ молодёжи призывного возраста о действиях в «горячих точках», накануне совместного участия в мероприятиях Правительства города Москвы, посвященных призыву москвичей на военную службу.



Взаимодействие с ветеранскими организациями

Чувство патриотизма всегда было и остается в нашей стране высшей нравственной ценностью. Воин это гражданский и воинский долг, ответственность за судьбу Отечества. Готовность встать на защиту семьи, родных и близких, Родины. Духовно-нравственное воспитание подрастающего поколения, основанное на любви к семье, ближним, Отечеству, является самым главным стратегическим приоритетом государственной политики России.

Среди комплекса мер по укреплению обороноспособности государства в мирное время важное место занимает организация подготовки государственных органов власти, предприятий, учреждений и организаций, населения страны к решению задач по обеспечению военной безопасности, территориальной и гражданской обороны. Закономерно, что в числе ключевых задач на пути достижения этой цели выступает подготовка молодежи к военной службе, так как готовность граждан нашей страны к защите своего Отечества всегда оставалась одним из приори-

тетных направлений в деятельности нашего государства и священным долгом каждого ее гражданина.

Исторический опыт становления и развития нашего Отечества указывает на то, что важнейшим средством формирования гражданского общества, укрепления единства и целостности многонациональной Российской Федерации является военно-патриотическое воспитание граждан.

На фотографиях, представленных ниже, перед призывниками выступают ветераны боевых действий: полковник Кучер Александр Артурович (фото слева) и генерал-майор Филиппенко Владимир Алексеевич.



Вопросам выступления ветеранов Великой Отечественной войны, Вооруженных сил, участников боевых действий перед призывной молодежью, уделяется большое внимание в Военном комиссариате города Москвы. Ежедневно во время призыва граждан на военную службу перед призывниками на городском сборном пункте выступают они со словами напутствия, с рассказами о своём боевом опыте, с приведением конкретных примеров солдатской смекалки в бою и военного искусства полководцев, мужества и героизма своих сослуживцев.

История России свидетельствует, что идеям патриотизма, особенно в их высшем проявлении — готовности к вооруженной защите Отечества, всегда уделялось первостепенное государственное внимание. Это во многом связано с такими особенностями проявления российского патриотизма, как державность, представляющаяся исторически и геополитически, как форма развития Российской государственности, характеризующейся жизненной стойкостью и мужеством народа, твердостью народного духа; готовностью к самоотречению и сознательному самопожертвованию во имя Отечества.

Актуальность этой темы в последнее время возросла в связи с тем, что, во-первых, идея и сам принцип патриотизма закреплены в новых документах стратегического планирования Российской Федерации. Так, в Стратегии государственной национальной политики Российской Федерации на период до 2025 года патриотизм указан в числе принципов, составляющих основу для достижения целей государственной национальной политики.

В утвержденных Основах государственной молодежной политики Российской Федерации на период до 2025 года воспитание патриотично настроенной молодежи названо ключевой задачей молодежной политики.

В 2000 году, утверждаются государственные программы патриотического воспитания граждан Российской Федерации. В настоящее время принята Государственная программа «Патриотическое воспитание граждан Российской Федерации до 2020 года». Задачи патриотического воспитания объединяют такие организационные формы, как военно-патриотические клубы, поисковые отряды, военно-спортивные клубы и кадетское движение в образовательных организациях города Москвы.

По инициативе Министерства обороны Российской Федерации и при поддержке президента страны создано всероссийское военно-патриотическое движение «ЮНАРМИЯ».

В результате, сам по себе получает ответ на вопрос: А где взять средства на реабилитационно-восстановительные мероприятия комбатантов.

Воспитание дружбы и чувства товарищества, уважения к Вооруженным силам Российской Федерации, формирование положительной мотивации к прохождению военной службы и всесторонней подготовке к выполнению воинского долга; изучение истории нашей страны и военно-исторического наследия Отечества; пропаганда здорового образа жизни, укрепление физической закалки и выносливости — являются основными целями Всероссийского военно-патриотического общественного движения «ЮНАРМИЯ», и кому как не участникам боевых действий, быть в авангарде этих программ.



Юнармейский отряд школы им. Героя Советского Союза Михаила Куюкова, г. Мыски, Кемеровской области.



Готовятся к вступлению в ряды Юнармии участники ВПК школы № 626, рвйона «Котловка» ЮЗАО Москвы

На территории г. Москвы создано: 1 региональное отделение (штаб) ВВПОД «ЮНАРМИЯ» города Москвы, 11 местных отделений (штабов) ВВПОД «ЮНАРМИЯ» города Москвы в 11 административных округах города Москвы, более 120 юнармейских отрядов. В ряды «ЮНАРМИЯ» города Москвы приняты свыше 6000 юнармейцев.



Юнармейский слёт в ГБОУ «Школа № 7»



Юнармейцы на торжественной отправки призывников в научные роты Вооруженных Сил Российской Федерации.

Представленные фотографии свидетельствуют, что соотношении молодежи и ветеранов 1 : 1. Мы необходимы друг другу, передавая опыт молодежи, участники боевых действий реализуют задачи профилактики экзистенциального кризиса, укреплению своё психическое здоровье, привнося бесценный вклад в будущее общества.

ДОРОГА К ХРАМУ

Черкасов Александр Владимирович

генерал-майор, в Вооруженных силах с июля 1964 года,
кандидат военных наук, профессор Военного университета МО РФ,
председатель Попечительского Совета Региональной общественной
организации ветеранов и инвалидов силовых структур
«ОМОФОР-СУВОРОВСКИЙ ПРИЗЫВ»

*Сегодня большую силу имеет не безбожие тысяч, а вера единиц.
Иеросхимонах Моисей (Боголюбов)*

Важнейшую роль в моём духовном становлении сыграла встреча с иеросхимонахом Моисеем, которая произошла в СвятоТроице-Сергиевой лавре 21 октября 1992 года. Навсегда я запомнил эту дату..

От первого посещения его маленькой кельи в монастырской стене лавры в памяти осталось обидно мало, лишь самые общие воспоминания, а вот в душе и в сердце запечатлено неизреченно много, и словами этого никогда не передать. Осталось самое общее, но очень сильное ощущение соприкосновения с чем-то светлым, чистым, необъяснимо жизнерадостным. Передо мной был физически немощный старец, который давно и сильно болен, а воспринимался он как сильный и жизнерадостный человек. Хорошо помню неожиданно крепкое рукопожатие и ощущение тепла его сильной сухой ладони. Но прежде всего мне запомнились его глаза: молодые, внимательные и светящиеся бодростью, оптимизмом, непонятной мне радостью и силою духа.

Вспоминаю добрую, светлую улыбку, ласковый негромкий голос и тепло его руки, к которой я прикоснулся после благословения, и которое, как мне показалось, мгновенно наполнило меня всего. Это тепло — тепло от руки батюшки я явственно ощущаю внутри себя и сегодня.

Затем появилось ощущение, что он видит меня всего полностью, видит и знает обо мне нечто такое, что мне самому неизвестно. Говорил больше, конечно, батюшка, мы молча слушали, вернее, даже не слушали, а впитывали в себя каждую его мысль. Своими словами он предвосхищал очень многие наши вопросы и давал на них исчерпывающие ответы. Казалось, что он видел и знал все наши мысли и рассуждал, имея в виду наши духовные метания, поиски и проблемы. Его Вера, убежденность и одухотворенность потрясали и в то же время удивляли своей

скромностью. Он не навязывал своего мнения, а говорил просто, ясно и очень доказательно.

Если бы накануне поездки в лавру мне кто-нибудь сказал, что я, кадровый офицер, тогда ещё полковник Советской армии, вдруг встану на колени перед монахом, попрошу его благословения, поцелую крест и уйду от него со слезами на глазах и несказанной радостью в душе, я этого человека поднял бы на смех. Тем не менее, всё это было именно так, свидетели тому Господь и бывшие вместе со мной в келье отца Моисея генерал-полковник Игорь Николаевич Родионов, православный писатель Алексей Алексеевич Яковлев-Козырев и келейник отца Моисея, ныне игумен Варнава.

Надо честно сказать, что шёл я в келью к отцу Моисею в первую очередь с искренним интересом и даже любопытством. Думал: «Как же так, доктор технических наук, профессор, известный учёный и вдруг — монах?». В самом начале разговора я увидел и почувствовал, что это действительно учёный с мощным интеллектом. Но это было не главное. Главное, с чем мы соприкоснулись, — это глубочайшая Вера и несокрушимый Дух батюшки, его осязаемая духовная сила, внутренняя наполненность духовной энергией. Так навсегда во мне и осталось это глубокое изумление перед Верой батюшки и безусловное доверие к его словам.

В келье отца Моисея мы прикоснулись к настоящей духовности и, может быть, впервые, ещё во многом интуитивно почувствовали, что она идёт от его несокрушимой Веры «...в Духа Святого, Господа, животворящего, Иже от Отца исходящего, Иже со Отцем и Сыном спокланяема и славима...». Сегодня я понимаю, что духовность может быть только там, где есть Дух Святой.

Первые минуты для нас (посетителей) ситуация была несколько напряжённой. Мы знали, что отец Моисей тяжело болен, и это обстоятельство вызывало у нас внутреннюю неловкость. И вдруг мы увидели, как он искренне радуется нашей встрече, поняли, что он весь в будущем России. Эта его устремлённость в будущее, оптимизм, жизнерадостность поражали. Но больше всего нас поразило, когда мы это поняли, происхождение этих удивительных чувств и качеств отца Моисея, их духовный источник. Открытием для нас стало, что всё это идёт от глубокой Веры, но от Веры не слепой и фанатичной, а Веры, соединённой с научным, историческим и духовным видением, научным, историческим и духовным знанием.

Я никогда не жаловался, да и сейчас не жалею на память, и мне самому несколько странно, что я мало помню конкретные слова, дослов-

ные формулировки, фразы отца Моисея и не могу утверждать, что он сказал дословно именно так, а не иначе. Здесь очевидно, как я теперь понимаю, работала не механическая, логическая память разума, мозга, а память души и сердца, которые (и это я тоже сейчас понимаю) намного точнее и полнее всё понимают и запоминают.

Основные мысли, которыми отец Моисей, И.Н. Родионов, А.А. Яковлев-Козырев и я обменивались в ходе беседы и которые остались со мной навсегда именно как мысли и мнение отца Моисея, были следующие. Он был уверен, что православие в России, несомненно, возродится, и считал, что православный путь — это единственный путь спасения и сохранения России как государства. Без духовного возрождения Россия не встанет с колен, а её духовность в православии. Батюшка с оптимизмом смотрел в будущее. Тогда меня это поражало и удивляло. Сегодня я понимаю, что по-иному и быть не могло, ибо отец Моисей был схимником, монахом, а значит, сильнейшим духовным ратоборцем, важнейшие качества которого — мужество, бесстрашие в духовной борьбе и уверенность в неизбежной победе Божественной правды над силами вселенского зла.

Отец Моисей очень чётко и точно говорил о том, что совершенно обязательным и неизбежным условием возрождения и сохранения России как государства является духовное возрождение её армии и флота на основе православия. При этом его рассуждения опирались на глубокие знания истории России.

Всматриваясь вместе с батюшкой Моисеем внимательно в историю России, мы не просто умом увидели, но сердцем поняли огромное объединяющее значение православия и Церкви для становления и защиты нашего государства. Неожиданно простым оказалось осознание истины, что патриотизм русских людей проистекает из самой сути православия, которое призывает любить земное Отечество и считает это исполнением заповеди Христа «возлюби ближнего, как самого себя».

В келье батюшки я уверился и укрепился в верности наших с И.Н. Родионовым рассуждений о том, что объединение вокруг идеалов православия, сохранение и защита единого Отечества, стремление к внутреннему духовному самосовершенствованию — вот столпы, на которых возрастали Святая Русь и её воинство, его Жертвенность, Верность и Честь.

Главная мысль, в которой мы укрепились в беседе с отцом Моисеем, была в том, что много веков строительство и развитие Российского государства, армии и флота были неотделимы друг от друга и от право-

славия и сегодня духовное возрождение России и её Вооруженных сил может произойти только совместно и только на основе православия.

Многokrатно отец Моисей возвращался в своих рассуждениях к теме о роли Церкви в истории России и пытался всесторонне обосновать вывод о том, что православие и Русская православная церковь сыграли исключительную, часто определяющую роль в становлении, развитии и сохранении российской государственности. Также неоднократно он подчёркивал, что без сильных армии и флота у России нет не только достойного, но и вообще никакого будущего. Батюшка хорошо сказал, что «военная мощь России, имеющая в своей основе мощь духовную, всегда была и будет непобедимой».

Исходя из этих утверждений, он много уделил внимания в нашей беседе теме о необходимости соединения духовно-нравственных усилий Русской православной церкви и Вооружённых сил России в защите настоящего и будущего нашего Отечества. «Если Русская армия соединится с православной церковью — Россия будет непобедима» — прямая речь батюшки Моисея. Эти слова слышали не только мы, но и ещё многие, имевшие счастье удостоиться общения с ним. «Всё решает Пречистая!», «Храните Святое православие!» — вот ещё немногая прямая речь батюшки, которая навсегда осталась звучать в наших мыслях и сердцах.

Много, очень много дала каждому из нас беседа с батюшкой. Самый главный итог нашей встречи лично для меня заключается в том, что силой своего примера он показал, как надо идти к Вере, к спасению. Много позже наших встреч я прочитал в трудах отца Моисея важнейшие для меня слова: «Нет греха непрощаемого, кроме греха нераскаянного».

Не буду говорить о переживаниях и мыслях И.Н. Родионова после беседы с батюшкой, хотя многими из них он со мной и делился. Скажу о себе одно: ехал я в лавру человеком, которого никто бы не назвал верующим. Не считал себя верующим и я сам. Да и возвращался я после встречи с отцом Моисеем воодушевлённый, одухотворённый, с радостью и хорошим настроением, но далеко ещё не верующим человеком. Однако сегодня, сознавая всю свою многогреховность и маловерие, я всё-таки рискну утверждать, что во многом благодаря нашей незабвенной встрече с батюшкой я нашёл дорогу к православному храму, к Вере православной.

Общение с отцом Моисеем заставило меня более пристально взглянуть в историю Отечества, переосмыслить роль и значение православия для государственного и военного строительства России, по-иному

посмотреть на многое другое из имеющихся знаний, подвигло на поиск и добывание новых знаний.

Встреча 21 октября 1992 года с батюшкой Моисеем — исключительное событие в моей судьбе, которое оказало и сейчас оказывает влияние на мою жизнь и мироощущение. Старшие дочь и зять до сих пор помнят, каким просветлённым, радостным я вернулся домой и предстал перед ними после этой поездки в лавру. Что греха таить, они даже посмеивались надо мной первые минуты разговора, настолько он был необычен, потом поняли, что речь идёт о серьёзных вещах, и что говорю я всё очень серьёзно, присмирели и внимательно слушали. Хорошо помню, что мой рассказ детям был очень эмоциональным, не совсем логичным и связным, мало похожим на чёткую речь офицера и потому казался им немного странным. Как потом говорила мне старшая дочь Елена: «Мы мало что поняли в деталях, но одно нам было ясно, что в твоей жизни произошло исключительное событие, которое потрясло тебя до глубины души».

Видимо, необходимо напомнить читателям, если таковые окажутся, что произошла эта встреча вскоре после развала Советского Союза, воинскую присягу которого мы принимали. За спиной остались 27 календарных лет воинской службы. Я приехал в Москву с Западной Украины, где отказался принимать новую присягу, полагая, что офицер присягает однажды.

На момент встречи с отцом Моисеем я служил в Военной академии Генерального штаба в должности помощника начальника академии по работе с личным составом.

Это было время напряжённых, мучительных духовных и нравственных переживаний, метаний, поисков, большой внутренней сумятицы многих людей в погонах. Официальной идеологии в армии больше не стало, и, что будет взамен, никто в то время сказать не мог. Встали простые вопросы: а на основе каких идей воспитывать солдат и офицеров; как воодушевлять и чем мотивировать военнотружущих идти в бой, на смерть; за что и за кого они должны подниматься в атаку, подставлять свою грудь под пули. На эти вопросы надо было отвечать немедленно, сейчас, сегодня.

Как военные люди, мы понимали, что задача защиты Отечества никуда не исчезла, а в сложившихся условиях стала намного сложнее. Умом мы понимали и необходимость обратиться к отечественной истории, искать в прошлом истоки духовной и моральной стойкости военнотружущих России. Объективным было для нас и утверждение, что православие и Русская православная церковь сыграли значительную

роль в становлении России как великой державы. Но это понимание было чисто теоретическим и умозрительным, в нём не было сердца и души. Мы применяли в своей речи понятие «духовность», но не понимали происхождения этого понятия. Повторю, что в келье отца Моисея я, возможно, первый раз почувствовал: настоящая духовность происходит только от веры в Духа Святаго. Мы ясно видели и говорили с человеком, который представлял собой высокодуховную суть и в слове, и в деле, и в жизни.

Наш материалистический ум перед ним смирился и замолчал, скептицизм отступил, его словам внимали наши сердца и души. Я много потом думал, часто думаю и сегодня о том, как удивительно сочетались в батюшке терпение, скромность, смирение и острый ум, бодрость, оптимизм, жизнелюбие и несокрушимый Дух.

Не могу не вспомнить ещё об одном знаменательном моменте из той поездки в лавру. Не помню, как и почему это случилось, я отстал от (или опередил) своих спутников, но через ворота в лавру шёл впервые в своей жизни, и шёл один. Было уже поздно и холодно, я был в шинели и в полковничьей папахе. Когда уже почти прошёл всю ширину монастырской стены, мне навстречу откуда-то появился немолодой уже мужчина с бородой, одетый в чёрный стёганный ватник без рукавов поверх также чёрного длинного до пят одеяния. Встреча лицом к лицу была для нас обоим неожиданной. Увидев меня, он поражённо приостановился, немного отшатнулся, потом порывисто поднял очень высоко правую руку и сотворил крестное знамение. Я не понял, то ли он сам перекрестился, то ли меня перекрестил, но слова его запомнил: «Что, уже и наши полковники приезжают в лавру? Слава Богу! Наша Россия непобедима!».

Главное, с чем мы с И.Н. Родионовым уехали от отца Моисея, было убеждение, что нельзя ждать и медлить, надо немедленно удваивать, утраивать наши усилия по организации взаимодействия Церкви и армии. После благословления батюшки в Академии Генерального штаба активно заработал комитет «Церковь и армия», стали проводиться конференции, семинары, встречи представителей Русской православной церкви и офицеров, генералов Российской армии и флота. В академии выступил хор МДАиС под управлением незабвенного отца Матфея, прочитал лекцию профессор А.И. Осипов, в октябре 1993 года прошла первая Всероссийская конференция «Православие и армия».

Батюшка Моисей скончался 9 декабря 1992 года. Через три года, в декабре 1995-го, в Академии Генерального штаба был открыт храм Ар-

хистратига Михаила, который освятил Патриарх Московский и всея Руси Алексей II. В 1996 году начал работать факультет православной культуры в Академии ракетных войск стратегического назначения, который на сегодня окончили сотни офицеров. В апреле 1997 года министр обороны РФ генерал армии И.Н. Родионов и Святейший Патриарх Московский и всея Руси Алексей II подписали Соглашение о сотрудничестве Вооружённых сил и Русской православной церкви. Это соглашение действует и поныне. От Министерства обороны, готовить текст соглашения, и процедуру его подписания было поручено мне, а подписал его, естественно, Игорь Николаевич. Так, промыслительно через четыре с половиной года после нашей встречи в келье отца Моисея было выполнено (конечно, только частично) его напутствие, данное нам: неустанно трудиться для установления и укрепления взаимодействия армии и Церкви во благо России.

Сегодня в армии и на флоте построены и работают более сотни православных храмов, воинские части окормляют более двух тысяч священников. С ними регулярно на базе различных видов Вооружённых сил проводятся установочные сборы. Началось восстановление института военных священников на штатной основе. Все эти ныне уже свершившееся дела затрагивались в той или иной мере в разговорах с батюшкой. О некоторых отец Моисей писал ещё до нашей встречи. Сегодня радостно сознавать, что многое из предлагаемого и предсказанного отцом Моисеем сбылось и продолжает сбываться.

«БОГ нас водит, ОН нам Генерал!», «Молись БОГУ: от НЕГО победа!», «Без молитвы оружия не обнажай, ружья не заряжай, ничего не начинай!», «Мы русские! С нами БОГ!», - А.В. Суворов.

В славе Суворова величие России!

Александр СУВОРОВ! У какого человека в России сердце не отзовется при упоминании этого имени!? Мало найдется в мире людей, не слышавших о великом русском полководце Суворове - его имя заставляло трепетать врагов, восхищаться друзей и временных союзников. Яркая, самобытная личность Суворова вызывала жгучий интерес современников. Его дела, поступки, победы и его самого называли: «необъяснимым русским чудом». Народ складывал о нём легенды и сказания. Одно его появление на поле боя творило чудеса, уставшие обретали силы, раненные возвращались в строй, отступавшие устремлялись в атаку. Ни ОДНОГО проигранного СРАЖЕНИЯ более чем за ПОЛВЕКА боевого служения ОТЕЧЕСТВУ!

ИНСТИТУТ ВОЕННЫХ КОМИССАРИАТОВ – КООДИНАТОР ВОЕННО-ПАТРИОТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ.

Рзянин Андрей Викторович

полковник запаса, заместитель председателей Призывных
комиссий муниципальных районов: Академический, Черёмушки,
Зюзино, Котловка ЮЗАО города Москвы.

История военного комиссариата, который мне выпала честь возглавлять, начинается в 1977 году. Во исполнение Указа Президиума Верховного совета РСФСР от 27 марта 1977 г., в городе Москве организован Севастопольский район. 2 октября 1996 года было переименование военного комиссариата, правопреемником которого мы являемся, в Объединённый военный комиссариат Академического района ЮЗАО, с переездом на ул. Дмитрия Ульянова, д. 14. Организационно-штатное реформирование Военного комиссариата города Москвы продолжалось, и 23 апреля 2009 года Объединённый военный комиссариат Академического района ЮЗАО – был преобразован в Отдел (объединённый, военного комиссариата города Москвы по Академическому району ЮЗАО г. Москвы), а несколько позже – в военный комиссариат (объединённого Академического района ЮЗАО г. Москвы). Таким образом, с 01 декабря 2016 года, по адресу: г. Москва, улица Дмитрия Ульянова, д. 14, корп. 4, выполняет свои задачи военный комиссариат Академического района Юго-Западного административного округа города Москвы.

В работе военного комиссариата основной упор делается на профессионализм всего коллектива. Прежде всего, нам важен опыт ветеранов комиссариата: Чеуховой М.В., Никишовой Г.А., Полонской С.П., Кривченко Г.И., Требухина Н.В. (на фотографии слева на право).



Коллектив, под руководством начальников отделений Самариной И.В. (1 отделение), Работаетова И. В. (2 отделение), Полонской С.П. (социальное и пенсионное обеспечение), уверенно выполняет задачи призыва граждан на военную службу и учёта мобилизационных ресурсов, из года в год, наращивая показатели, приближаясь к пятёрке лучших районных комиссариатов города Москвы.

Весомый вклад в военно-профессиональную ориентацию молодёжи вносят инспектора военного комиссариата во главе с г/лейтенантом Кривченко Григорием Ивановичем. С участниками войны и военных конфликтов проводит работу и взаимодействует Евдошенко Сергей Павлович. Активную роль в вопросах повседневной жизнедеятельности военного комиссариата играет профсоюзная организация, которую возглавляет Никишова Галина Андреевна — опытный работник военного комиссариата, более 40 лет посвятившая себя этой работе.

Военный комиссариат славен своими ветеранами. Их общее число перевалило за 2 тыс. человек. Среди них: инспекторов МО — 25 человек; ветеранов Великой Отечественной войны — 563 человека; ветеранов боевых действий — 456 человек; ветеранов военной службы — 1086 человек.

Во исполнение государственной программы от 30 декабря 2015 года № 1493 «Патриотическое воспитание граждан Российской Федерации на 2016-2020 годы», мы осуществляем реализацию:

- Комплексного плана мероприятий по патриотическому воспитанию населения г. Москвы на 2017-2020 годы;
- Программы Министерства обороны Российской Федерации «Патриотическое воспитание граждан Российской Федерации на 2016-2020 годы»;
- Инструкции по подготовке и проведению мероприятий, связанных с призывом на военную службу граждан Российской Федерации, не пребывающих в запасе.

С целью выработки объективных критериев оценки патриотического сознания призывной молодёжи, военный комиссариат участвует в на-



учно-исследовательской работе, проводимой Военным учебно-научным центром Сухопутных войск «Общевойсковая академия Вооружённых Сил Российской Федерации», в лице его сотрудника, аспиранта кафедры общей психологии и истории психологии АНО ВО «Московский гуманитарный университет» Коротковой Натальи Валерьевны. Активное участие в исследованиях патриотического воспитания приняла Управа Черёмушкинского района Юго-Западного округа города Москвы. Благодаря личным организаторским способностям Шлейн Ольги Николаевны и передовым взглядам на значимость оценивания уровней выраженности, существующего в молодёжной среде патриотизма, со стороны Главы управы Бекниязова Мурада Азадовича, к участию в импирическом исследовании был приглашён школьный коллектив ГБОУ «Школа № 1948» Лингвист-М.

Нами были проведены исследования, которые позволили разработать инструментарий количественного измерения качественного показателя выраженности патриотических чувств учащихся 9-х классов. По итогам пилотажного исследования Поповой Н.В. (научный руководитель: заведующий кафедрой общей психологии и истории психологии МосГУ, кандидат психологических наук Олейник Юрий Николаевич), удалось создать поведенческий и когнитивные компоненты оценочного инструментария, измеряющего реально существующий у подростков уровень патриотизма.

Прагматичность данного подхода заключается в том, что отныне в ходе ежегодно проводимых Министерством обороны, совместно с Департаментом образования г. Москвы конкурсов оценки образовательных учреждений по вопросам подготовки и проведения мероприятий, связанных с призывом на военную службу учащихся школ, нами будет использоваться объективный критерий результативности учебно-воспитательной работы педагогических коллективов школ.

В завершение статьи хочу отметить, что в настоящее время идёт призывная компания, и мы работники военного комиссариата Академического района ЮЗАО города Москвы — открываем двери для всех граждан призывного возраста. Наш военный комиссариат, расположенный, как исторически сложилось, по адресу: г. Москва, улица Дмитрия Ульянова, д. 14, корп. 4 — даёт путёвку в зрелую, сознательную жизнь будущим защитникам нашей Родины, желающим получить профессиональное военное образование и стать офицером, принявшим решение заключить контракт для службы в частях передового базирования, а также желающим перед службой в Армии освоить военно-учётную специальность и получить водительские права.

Служба в Российской Армии — почётна и престижна!

ДЕТИ КАК ЗЕРКАЛО БУДУЩЕЙ РОССИИ

Беличева Светлана Афанасьевна

доктор психол. наук, профессор,
заслуженный деятель науки РФ.

«Вперёд Россия!» – провозглашают сегодня с высоких трибун, во имя великого будущего России планируются грандиозные проекты с миллиардными затратами, на которые находятся средства у нашего Правительства.

Однако, будущее любой страны и нации определяют прежде всего не многомиллиардные проекты, а сегодняшние дети и тем, какими они вырастут через пару десятков лет.

А состояние современного российского детства не может не вызывать глубокую тревогу и озабоченность. По оценке медиков лишь 10-15% детей заканчивают школу полностью здоровыми. При этом среди выпускников 32-35% страдают хроническими заболеваниями, у 12-13% – выраженные формы психических расстройств, еще 30-40% входят в группу риска по показателям нервно- психических расстройств.

СМИ то и дело сообщают о детско-подростковых самоубийствах и садистском избиении детей и подростков своими сверстниками и сверстницами. Жертвами этой подростковой агрессии порой становятся и учителя. Сотни тысяч из числа нашего подрастающего поколения уходят от действительности в наркоманию, игроманию, компьютерную зависимость, в деструктивные молодежные секты готов и сатанистов.

Чем же вызван этот массовый детский протест, проявляющийся в самых уродливых формах? Очевидно, причиной этого является неблагополучие семьи, школы, общества и увы ... государственной политики в отношении детства.

29 % наших детей рождается вне брака и воспитывается одинокими матерями. Разводы составляют 65 % от заключенных браков, и воспитание детей, как правило, снова ложится на женские плечи. И если во всех цивилизованных странах есть социальные приюты не только для брошенных детей, но и для молодых одиноких матерей с новорождёнными детьми, то у нас государственная поддержка матери-одиночки составляет 300 рублей. И прежде чем осуждать и судить матерей, бросающих, а то и убивающих новорожденных детей, надо ответить на вопрос, а сможет ли молодая, одинокая женщина, лишенная поддержки родных и близких воспитывать ребенка на 300 рублей.

2/3 наших семей, и прежде всего многодетных и семей одиноких матерей живут на грани черты бедности и порой не в состоянии оплачивать школьные завтраки и обеды своих детей. И снова государство освободило себя от этих затрат, переложив их на региональные власти, в том числе и дотационных регионов, где до 30 % детей сидят, как в военное время, голодными. Но во время войны не доедали все, а сейчас, при резком социально-экономическом расслоении общества, недоедание не только сказывается на здоровье детей, но и провоцирует социальную напряженность, агрессию в детско-молодежной среде, выливающиеся в акты жестокости, вандализма, экстремизма.

Платным и недоступным для большинства детей стало дополнительное образование, поскольку оно переведено на местный бюджет, у которого нет средств для содержания этих учреждений. И мы не знаем сколько сегодня талантливых музыкантов, спортсменов, художников, артистов, изобретателей не могут в детстве развивать свои таланты и способности. Зато знаем, что дети и подростки, лишенные возможности с пользой про водить свой досуг, сбиваются в опасные группировки и легко становятся на путь криминализации.

Не лучшим образом на воспитательные и образовательные возможности школы сказалось введение ЕГЭ, которое дружно критикуют педагоги, психологи и представители интеллигенции. В частности, когда-то выдающимся отечественным ученым-психологом Л.В.Занковым было доказано, что настоящее обучение связано не с зазубриванием материала, а предполагает освоение смысловых единиц, обобщение изучаемых знаний, что является условием развития способностей и творческого креативного мышления. Не случайно, известный советский педагог, успешно обучающих всех детей математике В.Ф.Шаталов говорит о том, что он содрогается при упоминании об ЕГЭ, поскольку оно разрушает всю систему образования. А не менее известный директор московской гимназии Е.А.Ямбург прямо высказался, что ЕГЭ асфальтовым катком прокатилось по детям с проблемами в развитии. А ведь эти дети хотя и не претендуют на высшее образование, но вполне успешно могут овладеть рабочими профессиями и стать полноценными гражданами общества, если мы не прокатимся по ним асфальтовыми катками ЕГЭ и подушевного финансирования.

Большую тревогу вызывает также ситуация и с молодежной политикой. Ликвидация в 2000 году Госкоммолодежи, а затем в 2004г. Департамента по молодежной политике, которыми когда-то успешно руководили А.В. Шаронов и Г.В. Куприянова, повлекло сворачивание, программ

по созданию молодежной инфраструктуры, подростковых клубов, реабилитационных центров для участников военных конфликтов в Афганистане и Чечне, юридических и психологических консультаций для молодежи, молодежных культурно-развлекательных и спортивных центров. Только в одном Центральной округе такого небедного города как Москва, за последние пару лет, как сообщает «МК», было ликвидировано десяток подростковых клубов таких старейших и известнейших как клубы «Хамовники», «Мир глазами детей», «Светлояр», военно-патриотический клуб «Юность», Центр досуга и спорта и др. Увы, такая участь постигла подростковые клубы и центры не только в Москве, поскольку современные руководители Роскоммолодежи заняты не столько созданием молодежной социальной инфраструктуры, сколько организацией митингов, шествий и лагерей по типу «Селигер», на которые тратятся сотни миллионов рублей.

При общем неблагополучии и кризисе российской семьи неизмеримо возрастает роль школы как главного института социализации и воспитания подрастающего поколения. Школе сегодня требуется не только давать знания, но и оказывать профессиональную психологическую, социально-педагогическую поддержку детей с проблемами в развитии и их родителей, к чему, кстати, обязывает ФЗ № 120 «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних».

В тяжелые кризисные, как теперь говорят в лихие 90-ые, в России впервые готовиться психологи, социальные педагоги и работники, ориентированные на поддержку детей и семей группы риска. К 2000 году в школах работало 64 000 психологов, близкое к тому число социальных педагогов, около 600.000 детей с проблемами в развитии обучались по индивидуально-развивающему маршруту в классах КРО, рассчитанных на 10-12 человек. Тогда же выросла сеть социальных учреждений для поддержки семьи и детства в системе соцзащиты, активно формировалась молодежная социальная инфраструктура в системе Госкоммолодежи.

Все эти меры, так называемой охранно-защитной, превенции позволили в самые тяжелые кризисные 1994 - 1998 годы впервые обеспечить тенденцию снижения преступности несовершеннолетних на 3 — 4 % в год.

Казалось бы Россия встала на путь цивилизованной гуманной политики по отношению к детству, если бы бразды правления в свои руки не взяли эффективные менеджеры, которые прикрываясь лозунгами оптимизации начали управлять с позиции примитивного бухгалтерского расчета.

Результатом оптимизации стало введение подушевого финансирования, поставившего в прямую зависимость зарплату учителя от количе-

ства обучаемых школьников. В короткий срок были ликвидированы тысячи сельских школ, заменив их школьными автобусами, которые больше половины учебного года не могут передвигаться по российскому бездорожью, да и содержание их не намного дешевле содержания малокомплектной сельской школы. Одновременно из школы были «вымыты» психологи, социальные педагоги, классы КРО, группы продленного дня, оставив учителя наедине со школьной дезадаптацией, которая сегодня зашкаливает, а заодно лишив школы возможности выполнять ФЗ № 120.

Сейчас в Министерстве образования не считают нужным иметь статистику по школьным психологам, социальным педагогам и классам КРО, зато охотно говорят об инклюзивном образовании и готовы сгрузить на общеобразовательную школу и слабовидящих, и слабослышащих, и детей олигофренов, сделав невозможным обучение и социальную адаптацию как детей-инвалидов, так и детей с нормальным развитием.

Действительно, инклюзивное образование возможно и полезно для интеллектуально сохранных детей с костно-мышечной патологией, что касается детей с интеллектуальной недостаточностью и тяжелыми нарушениями зрения и слуха, здесь необходимы специально подготовленные дефектологи, свои образовательные программы и стандарты, техническое оборудование, позволяющее этим детям осваивать доступные для них профессии, готовить к взрослой жизни.

Возникает вопрос, почему во времена тяжелейшего социально-экономического кризиса в России находились средства, чтобы содержать весь контингент специалистов, занимающихся детьми и семьями, а также образовательные социальные и культурно-развлекательные учреждения для юношества, и почему когда мы разбогатели за счет нефтедолларов, мы начали экономить на детстве. Ответ один - в дегуманизации сознания, поспешности и непрофессионализме эффективных менеджеров, которых в народе прозвали «фиктивными менеджерами», освоивших в совершенстве не более как компьютерную грамотность.

В стране, имеющей свои глубокие духовно-нравственные традиции, славные имена людей, отдававших сердце детям, таких как К.Д. Ушинский, А.С. Макаренко, В.А. Сухомлинский и ныне живущие Ш.А. Амонашвили, В.Ф. Шаталов, М.П. Щетинин и многие другие, есть кому помимо эффективных менеджеров готовить законопроекты, консультировать депутатов и Правительство в интересах нашего детства.

Говорят, скупой платит дважды. Мы же экономя на детстве, заплатим за эту экономию подрастающими поколениями.

НАШИ АВТОРЫ



Кучер Александр Артурович с 1990 г. по 1995 г. занимался исследованием психических состояний в экстремальных условиях (в отделе психологических исследований Центра военно-социологических, психологических и правовых исследований Вооруженных Сил Российской Федерации). С 1995 по 2000г. — возглавлял группу психологической помощи и реабилитации военнослужащих в психологической службе Главного управления воспитательной работы Вооруженных Сил Российской Федерации.



Крохмалёв Александр Владимирович с 1990г. по 1995 г. занимался исследованием психических состояний в экстремальных условиях, в отделе психологических исследований ЦВСППИ ВС РФ. С 1995 по 2008 г. — возглавлял психологическую работу в ВВС и ПВО Вооруженных Сил РФ. Принимал участие в боевых действиях при наведении Конституционного порядка на территории Чеченской Республики. **Всю свою жизнь посвятил своей профессии.**



Беличева Светлана Афанасьевна - доктор психологических наук, профессор, Заслуженный деятель наук РФ, создатель и президент Консорциума «Социальное здоровье России», один из ведущих российских специалистов в области социально-психологической поддержки, профилактики и психологической коррекции детей и семей группы риска, создатель новых направлений в отечественной психологии - превентивной психологии и психосоциальной работы.

Адаев Александр Иванович - кандидат психологических наук, полковник МВД, ветеран боевых действий, главный редактор журнала «Вопросы психологии экстремальных ситуаций», участник событий в г. Беслан.



Кривченко Григорий Иванович — генерал-лейтенант, ветеран боевых действий в Афганистане (военный советник СССР), участник ликвидации последствий аварии Чернобыльской АЭС, Председатель Совета ветеранов Академического военного комиссариата Юго-Западного административного округа г. Москвы



Филиппенко Владимир Алексеевич — генерал-майор, ветеран боевых действий, инспектор по военно-профессиональной ориентации военного комиссариата Академического района ЮЗАО г. Москвы.



Евдошенко Сергей Павлович — воин-интернационалист, ветеран боевых действий в Афганистане, член Совета Военно-патриотического Клуба «ОТЧИЗНА», старший помощник начальника отделения военного комиссариата Академического района Юго-Западного административного округа г. Москвы.

Горелая Ольга Николаевна - психолог различных воинских частей РВСН и ВКС. С 2017 года возглавляет группу психологической работы космодрома «Плесецк». Приоритетные направления в работе: кредитное поведение, психологическая подготовка военнослужащих к различным видам служебной деятельности.



Крамаренко Сергей Захарович - генерал-майор, Герой Советского Союза, участник Великой Отечественной войны, участник войны в Корее, председатель Общественного Организационного Комитета по празднованию знаменательных дат и юбилеев Героев Отечества (при РОО «Бородино 2045»).



Синицына Татьяна Юрьевна - клинический психолог, спасатель I класса ГК «Росатом, участник 20 спасательных операций по ликвидации последствий ЧС, имеет государственные и ведомственные награды МЧС России. Одна из победителей (соавтор) Национального профессионального психологического конкурса «Золотая Психея» по итогам 2006 г. в номинации «Лучший проект 2006 года в психологической практике» «Программа психологической помощи «Создание технологии оказания психологической помощи пострадавшим в условиях чрезвычайной ситуации». В настоящее время преподает в ФГПУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия Управления делами президента РФ», в МГУ им. М.В. Ломоносова, в МГППУ, факультет экстремальной психологии, факультет юридической психологии.



Котенёв Игорь Олегович - Кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры юридической психологии учебно-научного комплекса (УНК) психологии служебной деятельности Московского университета МВД Российской Федерации имени В.Я. Кикотя.

Член редколлегий журналов «Психопедагогика в правоохранительных органах», «Вопросы психологии экстремальных ситуаций». Член Координационно-методического совета по психологической работе с личным составом органов, организаций, подразделений системы МВД России. Почетный сотрудник МВД России. В 1979 г. окончил факультет психологии МГУ им. М.В. Ломоносова. В 1994 г. защитил кандидатскую диссертацию на тему «Психологические последствия воздействия чрезвычайных обстоятельств на личный состав органов внутренних дел».

Участвовал в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, ряда других техногенных и природных катастроф, межнациональных конфликтов в Закавказье и на Северном Кавказе. Принимал участие в адаптации русскоязычных версий Калифорнийского психологического опросника (CPI), Пятифакторного опросника (NEO-FFI) и их внедрении в практику работы с кадровым резервом в органах внутренних дел. Автор психодиагностической методики «Опросник травматического стресса» (1996).

Караяни Александр Григорьевич - доктор психологических наук, профессор. Член-корреспондент РАО. Заслуженный деятель науки РФ. Главный научный сотрудник ВНИИ МВД России. Профессор кафедры экстремальной психологии факультета психологии Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова. Член экспертного совета ВАК при МОН РФ по педагогике и психологии. Член федерального УМО в системе высшего образования по укрупненным группам специальностей и направлений подготовки 37.00.00 Психологические науки.



Звоников Вячеслав Михайлович - профессор, доктор медицинских наук, заведующий психофизиологической лабораторией МосГУ. Главный научный специалист Радиотехнического концерна «Вега». Один из руководителей программы «Феникс». действительный член Нью-Йоркской академии наук, Международной академии проблем человека в авиации и космонавтике. Участник обеспечения боевых действий в Афганистане, оказывал психотерапевтическую помощь пострадавшим при Чернобыльской катастрофе и землетрясении в Армении.



Кошелев Владимир Михайлович - полковник запаса, участник Афганской войны, заместитель председателя Центрального правления “Российского Союза ветеранов Афганистана”, член союза писателей России и Национального союза писателей Украины.

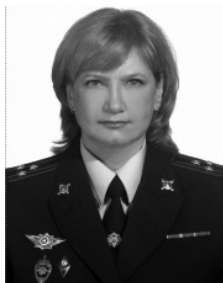
Подшибякин Александр Николаевич - полковник внутренней службы, заместитель начальника отдела организации психологической работы управления организации морально-психологического обеспечения ДГСК МВД России.





Щеголева Татьяна Викторовна

Полковник полиции, заместитель начальника кафедры. Большое внимание уделяет психологическому сопровождению в период нахождения в служебных командировках в особых условиях.



Оточина Инна Анатольевна

Начальник Центра кадрового, психолого-педагогического и медицинского обеспечения деятельности органов внутренних дел, Всероссийского института повышения квалификации сотрудников МВД России



Ичитовкина Елена Геннадьевна

Доктор медицинских наук, доцент. В 2016 г защитила докторскую диссертацию «Психическое здоровье комбатантов министерства внутренних дел, в экстремальных условиях оперативно-служебной деятельности».



Леонтьева Елена Викторовна - психолог, преподаватель психологии, медицинский (клинический) психолог в медико-социальной экспертизе (МСЭ) и реабилитации, специализируется в вопросах психологической реабилитации инвалидов.

Рзянин Андрей Викторович - военный комиссар военного комиссариата Академического района ЮЗАО г. Москвы, заместитель председателей Призывных комиссий муниципальных районов: Академический, Черёмушки, Зюзино, Котловка ЮЗАО города Москвы.



Шапошникова Татьяна Дмитриевна - канд. пед. наук, заместитель генерального директора АНО Центр дополнительного профессионального образования и социальной поддержки граждан «Соцфактора», заместитель председателя Комитета по образованию Московской торгово-промышленной палаты, проректор по учебно-методической работе АНО ВО «Институт международных социально-гуманитарных связей», доцент кафедры психологии и педагогики, психолог, коуч, эксперт в области семьи и детства, эксперт в области ресоциализации и социальной реабилитации, города Москва.



Костюкевич Валерий Петрович - председатель методического объединения, старший воспитатель кадетского класса ГБОУ Школа № 939; Свердловское высшее военно-политическое танко-артиллерийское училище; Военный Университет. Специальность: Военно-политическая наземная артиллерия, учитель истории и обществоведения. Психолог. Воин-интернационалист. Ветеран боевых действий.

Черкасов Александр Владимирович - генерал-майор, кандидат военных наук, профессор Военного университета МО РФ, председатель Попечительского Совета Региональной общественной организации ветеранов и инвалидов силовых структур «ОМОФОР-СУВОРОВСКИЙ ПРИЗЫВ». Наиболее значимым делом Александр Черкасов считает увековечивание памяти генералиссимуса А. В. Суворова и восстановление православного храма в селе Кистыш близ Суздаля, в имении Суворова. Прошел путь от рядового солдата, курсанта, командира взвода, до генерал-майора.



Кучер Юлия Юрьевна - клинический психолог, г. Москва