

Министерство социальной защиты Алтайского края
КГБУСО «Краевой кризисный центр для мужчин»



ОКАЗАНИЕ СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ УЧАСТНИКАМ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Методическое пособие для специалистов
учреждений социального обслуживания



краевой
кризисный
центр
для мужчин

Барнаул
2024

УДК 159
ББК 88.25
С 646

18+

Методическое пособие «Оказание социально-психологической помощи участникам боевых действий» разработано специалистами КГБУСО «Краевой кризисный центр для мужчин» при поддержке Министерства социальной защиты Алтайского края.

Данное пособие представляет собой практическое руководство для работы с участниками боевых действий, а также членами их семей, и предназначено для использования в работе психологами и другими специалистами учреждений социального обслуживания населения. В пособии описан опыт работы психологов КГБУСО «Краевой кризисный центр для мужчин» с участниками СВО и их семьями; представлен обзор основных направлений работы по оказанию психологической помощи при ПТСР у участников боевых действий; приведены методики психодиагностики и психологической работы, которые можно использовать при оказании психологической поддержки участникам боевых действий.

88.25
С 646

Методическое пособие для специалистов учреждений социального обслуживания населения «Оказание социально-психологической помощи участникам боевых действий» / сост. Е. В. Васильева, Н. И. Комарова; М-во соц. защиты Алт. края, КГБУСО «Краевой кризисный центр для мужчин». – Барнаул, 2024. - 61 с.

Визуальный образ и коррекция: В.Ю. Басова, Ю.К. Боровинская

УДК 159.942
ББК 88.252.1



© КГБУСО «Краевой кризисный центр для мужчин», 2024

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие

Раздел 1.

Феномен ПТСР как последствие участия в боевых действиях

Раздел 2.

Принципы и тактики мотивирования к обращению
за получением психологической помощи

Раздел 3.

Методы и методики психологической диагностики
и коррекции последствий участия в боевых действиях

Раздел 4.

Психообразование ближайшего социального окружения
участников СВО о ПТСР

Используемая литература



ПРЕДИСЛОВИЕ

Социально-психологическая помощь участникам боевых действий в настоящее время является востребованной во многом в связи с необходимостью поддержки участников специальной военной операции на Украине. Изменение экономических, политических и социальных условий, в которых проходят современные боевые действия, определяет необходимость переосмысления подходов к оказанию профессиональной помощи их участникам.

Несмотря на повышение общего уровня психологической культуры населения и готовности обращаться за профессиональной психологической поддержкой, участники боевых действий, в том числе специальной военной операции на Украине, остаются одной из наименее мотивированных категорий. Именно поэтому в пособии уделено большое внимание вопросам коммуникации с участниками боевых действий, а также членами их семей, поскольку контакт с самими участниками зачастую становится возможным только при условии непосредственного участия их близких. Наибольший интерес для психологов и других практикующих специалистов помогающих профессий может представлять описание конкретных речевых модулей, которые можно использовать во взаимодействии с участниками боевых действий и членами их семей.

Мы выражаем надежду, что данный методический сборник вызовет профессиональный интерес у специалистов помогающих профессий и будет способствовать повышению качества оказываемой помощи участникам боевых действий и членам их семей.

Посттравматическое стрессовое расстройство представляет собой серьезное психическое заболевание, которое развивается у людей, переживших тяжелое травматическое событие. Военные, находящиеся в зонах боевых действий, являются одной из наиболее уязвимых групп для проявления заболевания. Согласно данным Министерства обороны, около 20% ветеранов боевых действий сталкиваются с ПТСР. Прежде чем рассмотреть феномен ПТСР, следует разобрать причины изменений психики участников боевых действий и признаки боевого стресса.

Специальная военная операция оставляет глубокий след в психике её участников. Вездесущая опасность, неизвестность, неопределённость, внезапность наступления боевых событий, гибель и ранения боевых товарищей, участие в физическом уничтожении противника, высокая ответственность за результаты боевой работы, запредельная длительность сроков пребывания в зоне боевых действий, отрыв от родных и близких, резкое снижение уровня повседневного быта – эти и другие обстоятельства, действуя разрозненно и в сочетании, накапливаясь до «критической массы», способны порождать у военнослужащих боевой дистресс, вызывать боевую психическую травму, а позже проявляться в различных неблагоприятных психологических последствиях клинического уровня.

О психологических последствиях участия в боевых действиях А. Г. Караяни (доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО, заслуженный деятель науки РФ) говорит следующее: «Чтобы выжить в обстановке повседневной смертельной опасности, неизвестности, неопределённости, ранений, гибели боевых товарищей, необходимости физически уничтожать противника, длительного нахождения в непосредственной близости с противником, когда не только слышна его речь, но и чувствуется его запах, чтобы выжить в этой обстановке, психика, нервная система, весь организм человека должны кардинально перестроиться под требования военной обстановки. И такая, адаптивная, перестройка происходит. Прежде всего перестраивается мозг.

Он меняется не только функционально, но и структурно, физически. За 40-45 суток пребывания в военной обстановке у человека образуются многие тысячи новых нейронных связей, новые нейроны, целостные нейронные сети, управляющие поведением человека в боевой обстановке. Одновременно неактуальные «гражданские» нейронные сети угасают и управляемые ими схемы поведения не воспроизводятся. В кровь выделяются гормоны стресса (адреналин, норадреналин, кортизол) и превращают её в своеобразный стрессовый гормональный коктейль».

Постепенно у участника военных событий в среднем за 66 суток (2 месяца) формируются устойчивые навыки и привычки реагирования на события, обеспечивающие его выживание в экстремальных условиях войны путём минимизации когнитивной деятельности и усиления импульсивного реагирования. Они выстраиваются на основе рефлекса «Бей, беги, замри».

Человек в экстремальной обстановке практически не спит, так как одно полушарие мозга постоянно бодрствует. Кроме того, что он лишается возможности полноценно восстановить силы организма, его гиппокамп не может консолидировать травматические воспоминания и отправить их в биографическую память, оставляя весь этот процесс на послевоенное время.

Такое состояние он испытывает на протяжении многих месяцев. Такой статус нервной системы, психики, организма закрепляется, становится привычным. Метафорически его психика «военизируется».

Вернувшись домой, он обнаруживает, что члены его семьи изменились. Жена, которая тревожилась, тосковала и вместе с ним сражалась в своём сердце, вынужденно освоила многие мужские функции, приняла ответственность за семью. Сын остался главным мужчиной в семье и быстро возмужал. Дочь была вынуждена «воевать» с одноклассницами, не понимающими миссии СВО. Все они изменились, включая изменения в нервной и гормональной системах, поведении и привычках. Они в обстановке стали более самостоятельными, сильными, жёсткими, требовательными к себе и людям. Но они не ощущают произошедших с ними изменений, так как принцип постепенности не был нарушен.

ГРУППЫ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ ПО ПЕРЕЖИВАЕМЫМ ИМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ ПОСЛЕДСТВИЯМ

ПЕРВАЯ ГРУППА – группа посттравматического роста.

Многие ветераны боевых действий отмечают, что обрели в процессе участия в боевых действиях новые личностные свойства, которые сделали их сильнее физически и духовно, открыли иное видение жизни и задали новую энергетику личностного роста. Они обнаружили, что получили на войне ценный и полезный опыт, закалились духовно и физически, обладают мощным ресурсом, энергией и мотивацией для более активной жизни. Они будут готовы проявлять высокую активность и искать области её приложения – как в просоциальном, так и в асоциальном направлении.

Если они не найдут, где им проявить себя, у них может возникнуть желание переделать мир под себя – причём по законам военного времени, по принципам боевого братства. Их активность может быть реализована в асоциальной сфере или в девиантных формах поведения.

1

целенаправленно маршрутизировать энергию и активность этой группы ветеранов

2

создавать привлекательные сферы реализации их активности

3

оперативно оказывать психологическую помощь нуждающимся

ВТОРАЯ ГРУППА – военнослужащие, временно переживающие сложный кризис психологического возвращения в мирный социум, перехода психики с военного на мирный режим функционирования. В этот период у них могут проявляться в ярких формах отдельные посттравматические симптомы (агрессивность, повышенная возбудимость, конфликтность, склонность к употреблению алкоголя и психоактивных средств и др.).

При возвращении домой вновь требуется кардинальная перестройка организма, нервной системы и психики, то есть нейронных связей, гормонального статуса, формирование новых «мирных» рефлексов, мирных схем поведения. И эта перестройка не менее сложная, а иногда и более драматическая, чем адаптация к боевой обстановке. Особенно если учесть, что в этой группе могут быть раненые и инвалиды. Осуществить такую перестройку – важнейшая задача социально-психологической реадaptации.

Многие ветераны этой группы нуждаются в психологической помощи.

Необходимо учесть и то, что у всех ветеранов и у этой группы особенно остро проявляется ряд потребностей, которые можно обозначить как «комплекс "4 П"».

«4 П» – комплекс



Если эти потребности своевременно удовлетворяются, ветеран чувствует себя в социальном окружении достаточно комфортно и безопасно. Если нет, то общество представляется ему чужим, не понимающим, а иногда даже враждебным. И его поведение выстраивается в соответствии с этим представлением.

Наши ветераны должны чувствовать тепло, поддержку в своих семьях, на работе, в образовательных организациях, в общественных местах – чтобы наше общество не раскололось и было прочным. Это важнейшая задача социально-психологической реадaptации ветеранов. И здесь велика роль психолога.

ТРЕТЬЯ ГРУППА – лица, страдающие посттравматическим стрессовым расстройством. ПТСР – болезнь, которая может проявляться в течение неограниченно длительного времени яркими, порой явно выраженными симптомами: бурные реакции на различные триггеры, постоянная гипербдительность и возбуждённость, будоражающие ночные кошмары, разные формы социальной изоляции, патологическая бессонница, ощущение себя в процессе непрекращающейся внутренней войны.



Леонид Александрович Китаев-Смык, доктор психологических наук, заслуженный испытатель космической техники Федерации космонавтики России, автор генеральной концепции стресса, которая объясняет его вегетативные и соматические проявления, когнитивные проявления и нарушения общения людей при экстраординарных воздействиях, о боевом посттравматическом стрессе пишет следующее: «Обширная многолетняя программа обследований возвращающихся с войны комбатантов (от фр. *combattant* – лицо, входящее в состав вооруженных сил воюющего государства и принимающее участие в боевых действиях) позволила описать сложную многофакторную симптоматику психических и телесных расстройств у ветеранов войны».

ЧТО СТАНОВИТСЯ ПРИЧИНОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА?

У него многофакторные истоки.

Нередко основная причина – «травма прошлым», то есть никак не забываемое событие, чрезвычайно выходящее за пределы обычного (привычного) опыта жизни человека. «Травма прошлым» могла быть вызвана переживанием ужаса или боли. Ею начат, запущен своеобразный процесс посттравматического стресса.

Причиной посттравматического стресса может оказаться и «травма нынешней жизнью». Это бывает у человека, который адаптировался, привык к одним условиям существования, но вдруг оказывается в совершенно иной обстановке, казалось бы, более лёгкой, чем та, к которой он привык. Такая новая нынешняя жизнь может стать нетерпимой, психотравмирующей. И как болезненная защита от неё формируется посттравматический стресс, хотя в таких случаях это название не вполне корректно, так как психику уязвляет не предшествующая, а текущая травматизация.

Наконец, источником посттравматического стресса часто бывает «травма ожидаемым будущим», когда человек страшится трагедий, случившихся раньше и оставивших ужасный след в его душе. Однако ещё хуже – незнакомые опасности, надвигающиеся из будущего. «Травма ожидаемым будущим» часто самая нехорошая. Человек живет здесь и сейчас, то есть в каждый «момент жизни» (Карл Бэр), и живет он для будущего. Для какого? Хорошего! А если оно ужасно, то омрачает, уродует каждый момент текущей жизни.

И у человека (в его психике, в его организме) формируются процессы, характерные для посттравматического стресса. Неврозы из-за страха перед будущим были изучены и подробно описаны Е. Блейлером (Bleuler E., 1920).

Возможны разные формы патологического развития ПТСР: преимущественная – психосоматизация заболевания, либо наиболее заметным становится регресс психики, или же начинает проявляться диссоциация сознания и подсознания. Впервые синдром, очень сходный с современным посттравматическим стрессовым расстройством, был описан Да Коста у солдат во время Гражданской войны в Америке (Da Costa, 1864) и назван «синдром солдатского сердца».

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО – это:

- затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряжённые с серьёзной угрозой для жизни или здоровья;
- одно из возможных психологических последствий переживания травматического стресса, отличающееся пролонгированным воздействием, имеющее латентный период и проявляющееся в период от 6 месяцев до 10 лет после перенесения однократной или повторяющейся психологической травмы;
- непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс, вызывающий психические нарушения у человека;
- психологическое состояние, возникающее в результате психотравмирующих ситуаций, выходящих за пределы обычного человеческого опыта и угрожающих физической целостности субъекта или других людей.

ТРАВМАТИЧЕСКИЕ СОБЫТИЯ, СПОСОБНЫЕ ПРИВЕСТИ К ПТСР:

- боевое воздействие;
- террористические атаки;
- серьёзные аварии, такие как автомобильная авария;
- физическое или сексуальное насилие;
- стихийные бедствия, пожар, торнадо, наводнение.

То, что является травматичным для одного человека, не обязательно будет травмирующим для другого, и существует ряд факторов, которые влияют на то, воспринимает ли человек событие как травмирующее или нет.

СОБЫТИЕ БУДЕТ
ТРАВМАТИЧНЫМ,
ЕСЛИ

это было неожиданно

вы не были к этому готовы

вы чувствовали себя бессильными предотвратить это

СИМПТОМАТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

При внезапном остром стрессе, даже очень интенсивном, нельзя предугадать, станет ли он в дальнейшем причиной ПТСР, то есть будет ли продолжаться стрессовое расстройство, когда уже не будет психотравмирующего стрессора. Таким образом, ПТСР имеет две существенные особенности, отличающие его от обычного стресса:

1 Психологические, физиологические и социально-психологические расстройства продолжаются после устранения стрессора, когда вокруг человека, ранее психотравмированного, уже спокойная, привычная жизнь.

2 ПТСР может возникать спустя несколько месяцев или даже лет после пережитой психотравмы, то есть когда стрессовое состояние, возникшее из-за нее, казалось бы, давно закончилось.

ПТСР, как и другие формы стресса, имеет активные и пассивные проявления.

АКТИВНЫЕ

неадекватная агрессивность, повышенная реактивность в ситуациях, чем-либо напоминающих психотравмировавшее событие, и многое другое.

ПАССИВНЫЕ

названы М. Дж. Горовицем «избегание», уклонение от напоминаний о травме (разговоров и мест, связанных с ней), блокировка эмоциональных реакций, снижение интереса к жизни, чувство отстраненности от происходящего вокруг и др.

В картине заболевания могут преобладать активные либо пассивные симптомы. Они также могут перемежаться.

Исследователи психических болезней стресса и Международная классификация болезней десятого пересмотра (МКБ-10) упоминают широкий ряд условий возникновения ПТСР и его симптомов.

«Для посттравматического стрессового расстройства характерно:

- постоянное чувство тревоги;
- частые навязчивые воспоминания о пережитых событиях;
- неспособность к поддержанию адекватных контактов с близкими.

Такие больные предпочитают общаться с бывшими комбатантами. Они начинают злоупотреблять алкоголем, наркотиками, быстро теряют социальную адаптацию, нередко совершают самоубийства» (Шостакович Б. В., 2005, с. 150).

Многообразие посттравматического стресса, его многочисленные проявления можно свести к двум видам навязчивости, которые могут сочетаться. Более заметна «навязчивость прошлого». Другим основанием посттравматического стресса является «навязчивость будущего», то есть не вполне осознаваемое, часто беспричинное предвидение психотравмирующих событий, аналогичных тем, что уже произошли.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПТСР В МКБ-11

1. Посттравматическое стрессовое расстройство (6B40) – развивается после воздействия экстремального, угрожающего или ужасающего события (серии событий) и характеризуется:

- повторным переживанием травматических событий в настоящем времени в виде ярких навязчивых воспоминаний, сопровождающихся страхом, ужасом, флешбэками или ночными кошмарами;
- избеганием мыслей и воспоминаний о событиях или избеганием деятельности, ситуаций, напоминающих о событиях;
- состоянием субъективного ощущения сохраняющейся угрозы в виде гипернастороженности или усиленных реакций испуга.

Симптомы должны длиться не менее нескольких недель и вызвать значительное ухудшение функционирования.

2. Комплексное ПТСР (6B41) – расстройство, которое возникает после воздействия чрезвычайного или длительного по своей природе стрессора, от воздействия которого избавиться трудно или невозможно (например, воздействие геноцида, сексуальное насилие над детьми, нахождение детей на войне, жестокое бытовое насилие, пытки или рабство). Расстройство характеризуется основными симптомами ПТСР, а также развитием персистирующих (от лат. *persisto* – постоянно пребывающий) и сквозных нарушений в аффективной сфере, отношении к самому себе и социальном функционировании, включая трудности в регуляции эмоций, ощущение себя как униженного, побежденного и ничего не стоящего человека, трудности в поддержании взаимоотношений.

Диагноз включает дополнения к трем типичным кластерам симптомов ПТСР:

- стойкие длительные нарушения в аффективной сфере (повышенная эмоциональная реактивность, отсутствие эмоций, развитие диссоциативных состояний);
- поведенческие нарушения (вспышки ярости, безрассудное или саморазрушающее поведение);
- изменения в сфере представлений о самом себе (стойкие негативные представления о себе как об униженном, побежденном и ничего не стоящем человеке, которые могут сопровождаться глубокими и всеохватывающими чувствами стыда, вины или несостоятельности);
- нарушения в социальном функционировании (последовательное избегание или незаинтересованность в личных взаимоотношениях и социальной вовлеченности в целом, трудности в поддержании близких отношений).

Расстройство возникает как отсроченный или затянувшийся ответ на стрессовое событие (краткое или продолжительное) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которое может вызвать глубокий стресс почти у любого человека.

Предрасполагающие факторы, такие как личностные особенности (компульсивность, астеничность) или нервное заболевание в анамнезе,

могут снизить порог для развития синдрома или усугубить его течение, но они никогда не являются необходимыми или достаточными для объяснения его возникновения.

Типичные признаки включают эпизоды повторяющихся переживаний травмирующего события в навязчивых воспоминаниях («кадрах»), мыслях или кошмарах, появляющихся на устойчивом фоне чувства оцепенения, эмоциональной заторможенности, отчуждения от других людей, безответности на окружающее и избегания действий и ситуаций, напоминающих о травме.

Обычно имеют место перевозбуждение и выраженная сверхнастороженность, повышенная реакция на испуг и бессонница. С упомянутыми симптомами часто связаны тревожность и депрессия, нередко возникают суицидальные мысли.

Появлению симптомов расстройства предшествует латентный период после травмы, колеблющийся от нескольких недель до нескольких месяцев. Течение расстройства различно, но в большинстве случаев можно ожидать выздоровления.

В некоторых случаях состояние может принять хроническое течение на многие годы с возможным переходом в устойчивое изменение личности.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Участие в боевых действиях можно рассматривать как стрессовое событие исключительного характера, которое может вызвать общий дистресс практически у любого человека. В отличие от многих других стрессовых ситуаций, участие в войне может явиться психической травмой с отдаленными последствиями.

Пребывание на войне сопровождается комплексным влиянием ряда факторов (Пушкарев и др., 2000):

- ясно осознаваемое чувство угрозы для жизни, так называемый биологический страх смерти, ранения, боли, инвалидизации;
- воздействие специфических факторов боевой обстановки (дефицит времени, ускорение темпов действий, внезапность, новизна);

- ни с чем не сравнимый стресс, возникающий у непосредственного участника боя; наряду с этим появляется психоэмоциональный стресс, связанный с гибелью товарищей по оружию или с необходимостью убивать;
- невзгоды и лишения (нередко отсутствие полноценного сна, дефицит воды и питания);
- необычный для участника войны климат и рельеф местности (гипоксия, жара, повышенная инсоляция и др.).

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОРТРЕТА УЧАСТНИКА БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Главной нравственной составляющей мира военнослужащего выступает его видение действительности. Эта система представляет комплекс социальных и политических убеждений и знаний, полное принятие патриотизма и осознание воинских уставов. Основной компонент личности принадлежит нравственному и правовому аспектам. К сфере действия общественного поведения относятся: нравственные нормы, уважение и знание законов своего государства, готовность беспрекословно их придерживаться и бороться за их выполнение, защищая интересы государства (Л. Э. Кузнецова).

А. Г. Караяни в своих работах по военной психологии писал, что для военнослужащего как специалиста важны такие факторы, как трудолюбие, дисциплина, аккуратность, пунктуальность, смелость, самоотверженность, бдительность, хладнокровие. Эти качества в боевой обстановке создают фундамент характера военнослужащего – участника локальных войн, формируя его как личность.

Военнослужащий – участник локальных войн представлен как личность и индивидуальность. Каждое проявление его деятельности отражает систему потребностей, но в разной иерархии.

Чтобы выжить в боевой обстановке, психика военнослужащего должна максимально адаптироваться к требованиям боя и режиму боевой жизни. При высокой боевой активности военнослужащий старается мобилизовать всю свою энергию с целью верного и точного выполнения поставленной задачи. Противоположное влияние на организм оказывает состояние предбоевой пассивности: оно

характеризуется медленным темпом нервного возбуждения, малым числом действий, совершаемых для разрешения боевого конфликта. Эти состояния указывают на мотивированность и целенаправленность военнослужащего в отношении боевых действий.

В. Г. Ромек утверждает, что в возникновении ПТСР основное место занимает сама личность военнослужащего. Экстремальные ситуации профессиональной деятельности, с которыми сталкиваются военнослужащие, приводят к психологическим травмам только тогда, когда личность не может принять действительность и не справляется не только физически, но и эмоционально. Всё это может привести к травматизации личностной организации участника боевых действий. Человек не готов адаптироваться к этим непростым условиям из-за неурегулированной системы отношений: неуверенности в себе или чрезмерной сосредоточенности на себе, тревоги, пессимизма, нерешительности.

ТИПЫ ЛИЧНОСТИ, ПЕРЕЖИВШЕЙ БОЕВЫЕ ДЕЙСТВИЯ И СТРЕССОВЫЕ СИТУАЦИИ

- **Компенсированные личности** – нуждаются в лёгкой психологической поддержке (дружеской или семейной).
- **Личности с дезадаптацией лёгкой степени** – тип личности, испытывающий нужду в дружеской психологической поддержке со стороны близких и окружения в коллективе, а также в профессиональной психотерапии. Адаптация нарушена, но при определённых условиях восстанавливается без осложнений.
- **Личности с дезадаптацией средней степени** – нуждаются во всевозможной помощи, включая фармакологическую коррекцию состояния. На пограничном уровне бывают психические расстройства: постоянное чувство страха, сильная тревога или агрессивность, неадекватные ситуации.
- **Личности с дезадаптацией тяжелой степени** – их нарушения охватывают все области и требуют длительного лечения и восстановления. Это могут быть тяжелые психические расстройства, требующие вмешательства психиатра, или физические травмы, приводящие к инвалидности и сопровождающиеся развитием комплекса неполноценности, депрессии, суицидальных мыслей.

Различают два типа причин боевого ПТСР: во-первых, это психотравма, вызвавшая заметные стрессовые изменения психического и физического состояния и явные нарушения поведения (агрессия, паническое бегство, либо оцепенение, уход «в себя» и др.). Другого рода причины ПТСР актуализируются у людей, успешно участвовавших в боях, но не способных к реадaptации в мирной жизни.

Исследования боевого стресса (Kormos H. R., 1978, p. 3–22; Литвинцев С. В., 1994; Снедков Е. В., 1997; Довгополук А. Б., 1997; Епачинцева Е. М., 2001; Харитонов А. Н., Тимченко Г. Н., 2002; Дмитриева Т. Б., Васильевский В. Г., Растовцев Г. А., 2003; Василевский В. Г., Фастовец Г. А., 2005 и др.) показали, что боевые ПТСР более многообразны и часто бывают более продолжительными, чем ПТСР мирного времени, из-за кумулированных (накопленных) в душе, в памяти многократно пережитых ужасов войны, физического и психического перенапряжения, горя утрат соратников, сопереживаний с ранеными. В ходе боевых действий формируется постоянная тревожная настороженность, готовность к мгновенному агрессивному отражению врага. При этом снижается ощущение ценности человеческой жизни и ответственности за свою агрессивность. Важно и то, что военнослужащих заранее готовят к боям, их психика в боях настраивается на стремление выжить любой ценой.

Многолетние исследования, руководимые Н. В. Тарабриной, показали, что «после воздействия боевого травматического психологического стресса участникам боевых действий приходится фактически заново воссоздавать в условиях мирной жизни структуру своего субъективного жизненного пространства, в том числе и структуру самоотношения, самооценки и смысло-жизненных ориентаций».

ПЕРИОДЫ ПТСР

острый

при появлении симптомов
в течение трёх месяцев после травмы

хронический

продолжительность симптомов
составляет более трёх месяцев

отсроченный

симптомы появляются после латентного
периода (шести месяцев)

кризисный
центр
для мужчин

ПЕРИОДЫ ПТСР

ПЕРЕЖИВШИЕ БОЕВЫЕ ДЕЙСТВИЯ И СТРЕССОВЫЕ СИТУАЦИИ

ОСТРЫЙ

3

месяца

устанавливается при
появлении симптомов
в течение трех месяцев
после травмы

ХРОНИЧЕСКИЙ

более **3** +

месяцев

продолжительность
симптомов более
трех месяцев

ОТСРОЧЕННЫЙ

6

месяцев

симптомы появляются
после латентного
периода (6 месяцев)

ФАКТОРЫ ПРОЯВЛЕНИЯ

ПТСР

-
-
-
- Ощущение угрозы
- Избегание
- Повторные переживания

Сложное ПТСР

- Межличностные нарушения
- Негативная Я-концепция
- Дисрегуляция аффекта
- Ощущение угрозы
- Избегание
- Повторные переживания

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПТСР

■ неспособность адекватно оценивать и воспринимать окружающий мир;

■ нейробиологические изменения, повышающие восприимчивость к химическим веществам, влияют на более быстрое формирование зависимости, чем у здоровых людей;



■ нормальные физиологические ощущения, подобно нейтральным стимулам окружающей среды, могут быть наделены новым угрожающим смыслом;

■ обусловленное возбуждение вегетативной нервной системы в ответ на связанные с травмой стимулы;

■ перевозбуждение нервной системы;

■ психосоматические расстройства:

- заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, опорно-двигательной систем;
- заболевания желудочно-кишечного тракта;
- кожные заболевания;

■ собственная физиологическая активность становится источником страха индивида;

■ телесные реакции на определенные физические и эмоциональные стимулы носят такой характер, будто человек все еще находится в условиях серьезной угрозы;

■ физиологическая гипервозбудимость, при которой наблюдается постоянное предвосхищение (антиципация) серьезной угрозы;

■ физические ощущения теряют функцию сигналов эмоциональных состояний и, как следствие, уже не могут служить ориентирами для деятельности.

ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ПТСР

Жизнь прошлыми событиями – страдающий человек не смотрит в будущее, он не может спланировать свою жизнь.

Иллюзии из прошлого – страдающий человек может слышать крики умирающих людей, плач, стоны, чувствовать запах гари или ощущать неприятные прикосновения, подобные галлюцинации возникают под влиянием алкоголя, наркотиков, после бессонной ночи, но у части пациентов навязчивые иллюзии появляются без оснований.

Нарушение способности к запоминанию и концентрации внимания.

Постоянно возвращающиеся воспоминания о пережитом:

- воспоминания отрывочны, но всегда сопровождаются страхом, тревогой, безысходностью или ужасом;
- возвращаться воспоминания могут как в реальности, так и во сне в виде повторяющихся ночных кошмаров;
- возможно возвращение переживаний в галлюцинаторной форме, когда события, происходящие в настоящем, кажутся менее реальными, чем воспоминания о прошлых событиях;
- стрессовый приступ может длиться довольно долго, на фоне него повышается артериальное давление, учащается сердцебиение, дрожат конечности, появляется сильное потоотделение.

Потеря интереса к тому, что раньше нравилось, казалось необходимым. Человек перестает заниматься повседневными делами, отдаляется от людей, которые не понимают его чувств.

Стремление избежать всего, что может напомнить о травмирующем событии: мест, разговоров, людей, занятий, любых ощущений, которые могут хоть малейшим образом быть связаны с травмой.

Суицидальные мысли (мысли о собственной смерти).

Частичная амнезия – пациент не может вспомнить всех деталей травмирующей ситуации.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПТСР

- возникновение приступов немотивированной паники;
- вялость и апатия – эмоциональная, личностная отстраненность;
- нарушение способности к интеграции травматического опыта с другими событиями жизни:
 - травматические воспоминания не интегрируются в когнитивную схему и практически не изменяются со временем;
 - жертва остается «застывшей», фиксированной на травме как на актуальном переживании, не принимает ее как прошлое;
- невроз тревоги;
- повышенное импульсивное поведение;
- появление навязчивостей и фобий (страхов):
 - агорафобия (страх открытого пространства);
 - клаустрофобия (паника в замкнутом пространстве);
 - боязнь темноты и др.;
- развитие вторичной депрессии;
- развитие разного рода психологических зависимостей: алкоголизм; наркомания; игровая зависимость и т. д.;
- склонность к суицидальным мыслям или попыткам;
- склонность обвинять самих себя за случившееся;
- снижение восприимчивости информации и с ее усвоения;
- снижение познавательной функции и потребности узнавать новое;
- сужение круга внимания, направленного на источник предполагаемой угрозы;
- травматические воспоминания существуют в памяти как интенсивные эмоции и соматосенсорные явления и актуализируются в возбужденном состоянии или когда стимулы и ситуации напоминают о травме;
- трудности с концентрацией внимания.

ПОСЛЕДСТВИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПТСР

- злоупотребление наркотическими веществами или алкогольными напитками;
- нарушения сна – ночные кошмары, бессонница; трудно уснуть, сон становится прерывистым и поверхностным;
- повышение агрессивности – пострадавший не ждёт ничего хорошего, поэтому склонен решать свои проблемы с помощью физической и психической агрессии, возможны вспышки немотивированной ярости;
- повышенная бдительность – человек тщательно присматривается к происходящему вокруг, ожидая опасности со всех сторон;
- резкая реакция на кажущуюся опасность – например, человек может падать на землю при звуке летящего самолета и т. д.;
- снижение социальной адаптации – если пациент не получает адекватное лечение, его не поддерживают родственники или он сломлен, то со временем он может отказываться от работы, избегать новых встреч, конфликтовать с окружающими, всё чаще оставаться в одиночестве. В тяжелых случаях человек прибегает к алкоголю или наркотикам, но такое замещение только усиливает разрушение личности;
- суицидальные попытки.

СОЦИАЛЬНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПТСР

■ Компulsive повторное переживание травматических событий – неосознанно индивид стремится к участию в ситуациях, которые в целом или частично сходны с первым травматическим событием.

■ Повторное отыгрывание травмы является одной из основных причин распространения насилия в обществе.

■ Асоциальное поведение – агрессия по отношению к окружающим.

ПОСЛЕДСТВИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Криминализация образа жизни.

Социальная фобия:

- упорная иррациональная боязнь исполнения общественных действий (например, публичных выступлений);
- боязнь действий, сопровождаемых вниманием со стороны посторонних лиц (боязнь взглядов прохожих на улице, невозможность заниматься чем-либо при наблюдении).

Параноидное поведение – формируется мироощущение, что окружающий мир состоит лишь из угроз и опасностей.

Потеря способности правильно реагировать на обычные, рядовые события.

Генерализация ожидаемой угрозы:

- мир становится небезопасным местом;
- безобидные звуки провоцируют реакцию тревоги, обычные явления воспринимаются как предвестники опасности.

Сверхбдительность, преувеличенная реакция на неожиданные стимулы и невозможность релаксации.

Сужение круга жизненных интересов.

Выпадение из реальности.

Вторичная травматизация, возникающая в результате негативных реакций окружающих на проблемы, с которыми сталкиваются перенесшие травму. Негативные реакции проявляются:

- в отрицании самого факта травмы;
- в отрицании связи между травмой и страданиями;
- в негативном отношении к жертве и её обвинении;
- в отказе помочь.

В других случаях вторичная травматизация может возникать в результате гиперопеки пострадавших, вокруг которых окружающие создают «травматическую мембрану», отгораживающую их от внешнего мира и стрессоров обыденной жизни.

Психопатизация личности – необратимое патологическое изменение черт характера, затрудняющее адаптацию человека в обществе.

ПОСЛЕДСТВИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Концентрация на триггерах, запускающих навязчивые травматические воспоминания, со временем становится все более тонкой и генерализованной: самые разнообразные стимулы становятся напоминанием о травме.

Ревиктимизация – травмированные индивиды вновь и вновь попадают в ситуации, где оказываются жертвами.

Попытки избежать эмоций, которые провоцируются мыслями о психической травме, – избегание может принимать разные формы, например:

- дистанцирование от воспоминаний о событии;
- злоупотребление наркотиками или алкоголем, чтобы заглушить осознание дистресса;
- использование диссоциативных процессов, позволяющих вывести болезненные переживания из сферы сознания.

Снижение адаптивных возможностей – фобическое избегание ситуаций или действий, имеющих сходство с основной травмой, может влиять на межличностные взаимосвязи, приводить к потере работы, супружеским конфликтам или разводу.

Наличие симптомов ПТСР у одного из членов семьи оказывает влияние на её функционирование. Однако семья и «семейная стабильность» выступают в качестве мощной социальной поддержки, оказывая компенсирующее влияние на страдающего члена семьи, в частности когнитивную, эмоциональную и инструментальную помощь.

Участники боевых действий общепризнанно являются одной из наименее мотивированных категорий клиентов в обращении за психологической помощью. В основе данной закономерности лежит множество причин, среди которых возможно выделить следующие.

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ПРИЧИНЫ

- низкий уровень психологической культуры населения в целом;
- национальные традиции решения проблем путем обращения за поддержкой к родственникам, друзьям и соседям, а не к специалистам;
- отсутствие дифференциации психологической помощи от психиатрической и, соответственно, представления о том, что психологи оказывают помощь людям с психическими заболеваниями;
- стереотипы и мифы о работе психологов и других специалистов помогающих профессий, связанных с представлениями о нарушении конфиденциальности и недопониманием сути психологической помощи.

ЛИЧНОСТНЫЕ ПРИЧИНЫ

- отрицание наличия психологических проблем, что может объясняться защитными механизмами личности;
- наличие страха самораскрытия, чувства тревоги из-за необходимости рассказывать о своих переживаниях, особенно при отсутствии опыта получения психологической помощи;
- сопротивление необходимости изменений и адаптации к условиям жизни;
- индивидуальные личностные характеристики (например, при внешнем локусе контроля человек может приписывать всё происходящее в его жизни не собственному авторству, а внешним обстоятельствам, и соответственно жить в убеждении: «От меня ничего не зависит»);
- использование неконструктивных пассивных копинг-стратегий, например, стратегии избегания решения проблем.

Психологическая готовность к принятию помощи представляет собой состояние личности, характеризующееся наличием активного желания изменить ситуацию или разрешить возникшую проблему.

Критерии готовности к принятию помощи включают в себя:

- осознание наличия проблем;
- появление желания решить проблему или признать её;
- использование всех доступных привычных способов решения проблемы самостоятельно или с помощью ближайшего социального окружения;
- признание неспособности решить проблему самостоятельно;
- принятие решения обратиться за профессиональной помощью и готовность работать с проблемой для её устранения.

В «Методических рекомендациях по мотивированию ветеранов боевых действий, принимавших участие в специальной военной операции, и членов семей погибших при выполнении задач в ходе специальной военной операции к обращению за психологической помощью» выделяются следующие группы показателей готовности к обращению за получением психологической помощи.

Общие показатели готовности к психологической помощи:

- частота обращений участника и / или его близких;
- вариативность обращений участника (озвучивание различных жалоб и запросов, дублирование запросов);
- демонстрация своего эмоционального состояния, повышенная требовательность (плач, агрессия, привлечение других).

Эмоционально-поведенческие показатели:

- частая смена эмоционального состояния;
- стабилизация эмоционального состояния при общении со специалистами / ухудшение эмоционального состояния при неудовлетворенности взаимодействием со специалистами (если сказанное или предложенное специалистом решение, реакция меняют эмоциональное состояние участника);
- детальное описание своего запроса, состояния, переживания (подробные рассказы о ситуации, повторение и акцентирование внимания на пережитом, возврат в рассказе к травмирующим событиям и эмоциональное реагирование на них);

- запрос на понимание и принятие исключительности состояния и запроса участника боевых действий (каждая кризисная ситуация переживается уникально, человеку важно, чтобы его не «уравнивали» с другими);
- доминирование/пассивность в выборе способов решения возникшей у участника ситуации (активное непринятие предложенных решений или, наоборот, отсутствие интереса и мотивации к предложенным решениям, отказ от их выполнения);
- попытка привлечь иного специалиста к решению проблемы в связи с запросом на более глубокий анализ ситуации участника боевых действий.

Вербальные признаки готовности к психологической помощи:

- желание изменений;
- определение конкретных мишеней для изменения;
- согласие с тем, что надо что-то менять, и/или знание того, что следует изменить;
- любые жалобы на ухудшение эмоционального состояния;
- любые жалобы на ухудшение физического состояния;
- неоднократные проявления эмоционального состояния в виде вздохов, плача, повышения тона речи;
- частое использование отрицаний в речи: «нет», «не так», «неправильно» и т.д.

Примеры высказываний участников боевых действий, свидетельствующие о готовности к психологической помощи:

- «Я не знаю, что мне делать. Я уже не могу так больше. Я устал»;
- «Мне сказали, Вы мне поможете. Я не знаю, как справиться»;
- «Мне нужен специалист, разбирающийся в таких ситуациях»;
- «Вы даже не представляете, что я переживаю»;
- «Могу я прийти к Вам еще раз?»;
- «Почему моя проблема так долго решается?»;
- «Я слышал, что мне положено...»;
- «А что мне делать, если проблема не решится?»;
- «Нет, Вы меня не понимаете»;
- «Я не смогу так»;
- «Мне уже жить не хочется»;
- «Меня никто не может понять».

Невербальные признаки готовности к психологической помощи:

- направленный взгляд, привлекающий внимание специалиста, длительный взгляд, мелькание глазами (человек стесняется или опасается быть отвергнутым);
- напряжённая поза тела (неуверенность в своих действиях, что возможно, если человеку сложно признать, что требуется помощь);
- мимические проявления (обеспокоенность или испуг);
- изменение интонации голоса (голос слабый, напряжённый или дрожащий).

Если выраженные критерии готовности к получению психологической помощи у участника боевых действий отсутствуют, то необходимо провести дополнительное информирование о том, что собой представляет психологическая помощь, в каких случаях она оказывается и на достижение каких результатов направлена.

Условия для начала мотивирования к получению психологической помощи

Мотивирование к получению психологической помощи может и должно происходить, когда выполнены следующие условия:

- запрос участника сформулирован в полной мере;
- определены обстоятельства, уточняющие запрос;
- определено и контролируется эмоциональное состояние участника;
- установлен контакт с участником;
- участник получил ответы на значимые вопросы/запросы;
- участник получил необходимую информацию и удовлетворен решением запроса.

Мотивирование к получению психологической помощи может происходить:

- однократно – по завершению получения информации;
- неоднократно, если в ходе обсуждения запроса участник сообщает об ухудшении эмоционального состояния; для эффективного решения ситуации участника необходимо комплексное решение и привлечение психолога; состояние участника в ходе взаимодействия со специалистом ухудшается или не стабилизируется; эмоциональное состояние меняется в ходе общения со специалистом; участник возвращается в разговоре к травмирующей ситуации и выдает эмоциональную реакцию.

Мотивирование к получению психологической помощи может происходить в ситуации:

демонстрирования участником эмоциональной нестабильности, плохого самочувствия;

обозначения ухудшений внутрисемейных отношений после возвращения участника с боевых действий;

озвучивания проблем с связи с зависимостями у участника боевых действий;

переживания потери и горя;

нарушения супружеских и детско-родительских отношений;

жалобы на ухудшение эмоционального состояния детей в семье;

отсутствия близких/родных, которые могут оказать поддержку участнику боевых действий;

жалобы на ухудшение физического состояния, в том числе памяти, внимания, мышления;

подготовки участника боевых действий к протезированию;

адаптации участника боевых действий к техническим средствам реабилитации;

прохождения участником медико-социальной экспертизы с целью установления инвалидности;

прохождения участником восстановительного периода после оперативных медицинских вмешательств;

сильного эмоционального стресса участника во время обращения в учреждения;

озвучивания безразличия к жизни и ближайшему окружению.

Специалисту, который осуществляет мотивирование, важно сохранять спокойствие, уверенность и понимание сути вопросов обращения, при этом мягко направляя вектор диалога. Стоит показать свою осведомленность и компетентность в решении подобных задач.

Для этого возможно использовать фразы типа: «Я здесь, чтобы помочь Вам», «Вместе мы обязательно найдём решение», «Да, мне знакома такая ситуация, однажды я уже смог в этом помочь». Это направлено на формирование доверия и укрепление мотивации в получении помощи.

Короткие и простые вопросы, задаваемые на этапе первого знакомства, позволят обратившемуся сфокусироваться на текущей ситуации, продемонстрируют намерение и готовность специалиста ему помочь, а также будут способствовать формированию доверия и чувства психологической безопасности.

В ситуациях диалога, когда человек «застревает» на эмоционально значимых темах – углубляется в детали, теряя суть вопроса, эмоционально «заводится» (говорит громче, срывается на плач, проявляет телесные реакции в виде дрожи и активной жестикуляции) либо переключается на другие, возможно смежные темы, специалисту необходимо оказать эмоциональную поддержку и аккуратно вернуть участника боевых действий к сути вопроса.

Здесь могут помочь следующие фразы:

- «Я вижу, что Вам важно сообщить мне об этом, и мы обязательно это обсудим, но для начала позвольте мне получить ответ на свой вопрос»;
- «Мне очень жаль, что Вам пришлось пережить это, и мне важно поддержать Вас в этой непростой ситуации, поэтому позвольте мне уточнить...»;
- «Я вижу, что Вы немного растеряны и Вам сложно поддерживать этот разговор, позвольте, я повторю свой вопрос».

Основная цель специалистов – своевременная мотивированная маршрутизация обращающихся в учреждения для получения психологической помощи.

При этом можно спросить напрямую: «Есть ли у Вас что-то, что беспокоит, вызывает дискомфорт или неудобства, связанное с Вашим поведением, эмоциональным состоянием или памятью, вниманием, мышлением?»

Если участник боевых действий отвечает, что с ним все хорошо, можно задать ему следующие вопросы, направленные на обнаружение скрытых жалоб на нарушение поведения, памяти, внимания, пространственных функций, мышления, регуляторных функций:

Были ли у Вас травмы головы, потери сознания?

Замечали ли Вы, что в последнее время Вам стало труднее сосредоточиться?

Отмечали ли Вы у себя в последнее время внезапные смены настроения (вдруг стало грустно, тревожно или страшно без особых причин)?

Отмечаете ли Вы у себя, что Вам стало труднее запомнить или вспомнить недавние события, информацию и приходится чаще, чем обычно, записывать, просить близких напомнить?

В последнее время Вы быстрее стали утомляться, уставать?

В последнее время Вы стали хуже спать: мало спите, трудно засыпаете (мысли крутятся в голове), часто просыпаетесь и др.?

Замечали ли Вы, что в последнее время Вам стало труднее подбирать слова во время разговора?

Вам стало труднее, чем раньше планировать свой день или выполнение важного дела?

Вам стало труднее понимать эмоции других людей?

Вы чаще, чем обычно стали сталкиваться с трудностями контроля своих эмоций, особенно негативных?

При наличии даже одного положительного ответа необходимо порекомендовать консультацию с психологом. При этом важно информировать о том, что такое психологическая консультация, каков формат ее проведения, что от нее можно ожидать.

Рассмотрим подробнее наиболее типичные ситуации, возникающие при взаимодействии специалистов помогающих профессий и участников боевых действий, а также возможные тактики ведения диалога в этих ситуациях, описанные в «Методических рекомендациях по мотивированию ветеранов боевых действий, принимавших участие в специальной военной операции, и членов семей погибших при выполнении задач в ходе специальной военной операции к обращению за психологической помощью».

СИТУАЦИЯ 1. «ПРОЯВЛЕНИЕ АГРЕССИИ»

Описание ситуации:

В учреждение обратился участник боевых действий. Еще до вступления в диалог обращают на себя внимание его телесные проявления: скованное, напряженное тело, кисти, сжатые в кулаки, недовольная мимика, учащенное и громкое дыхание. При обращении к специалистам отмечается громкая речь, возможны оскорбления, угрозы и отказ от продуктивной коммуникации.

Тактика ведения ситуации

1. Предоставление возможности выговориться («выпустить пар»). Существует закономерность: если человеку предоставить возможность выговориться, не перебивая его, общее время диалога сокращается. Как правило, непрерывный монолог продолжается не более 92 секунд.

При этом важно помнить, что вышесказанное не означает бесконтрольный процесс выслушивания: на любых этапах диалога именно специалист управляет процессом коммуникации.

2. Сохранение эмоциональной устойчивости специалиста. Контроль громкости и тональности своего голоса, поскольку если человек говорит громко и даже срывается на крик, оппонент невольно повышает голос. В данном случае стоит избегать доминирующих, саркастических или заискивающих тональностей.

3. Удержание зрительного контакта, но избегание прямого взгляда. Прямой взгляд, направленный на человека с проявлениями агрессии, может спровоцировать приступ еще большей неконтролируемой агрессии. Правильный зрительный контакт – это взгляд, направленный на область «треугольника» между глазами и ртом, либо между глазами и межбровьем. Смотреть необходимо расфокусировано, периодически отводя взгляд.

4. Соблюдение геометрии общения. Следует соблюдать взаимное расположение собеседников в пространстве, которое минимизирует проявление вербальной и физической агрессии. Специалистам лучше находиться в положении стоя, в то время как индивиду с проявлениями агрессии стоит предложить сесть на стул или кресло – проявлять агрессию сидя сложнее.

5. Выяснение причины беспокойства (гнева) и предложение вариантов решения проблемы. При этом важно не давать обещаний, которые нельзя выполнить, и прямых рекомендаций к действию. Возможно предоставить варианты решения ситуации, что позволит разделить ответственность за результат.

Если индивид настаивает на прямой рекомендации, следует вернуться к обсуждению вариантов. При этом можно использовать следующую фразу: «Хорошо, могу еще раз пояснить, что ...».

6. Выражение признательности и благодарности за то, что человек выразил свои чувства и, возможно, указал на некоторые недоработки, которые ранее не были замечены. Этот прием способствует повышению доверия к сотрудникам учреждения.

После снижения остроты переживаний в ситуации проявления агрессии участником боевых действий необходимо предпринять меры по организации его сопровождения в решении проблемы. Стоит выразить готовность к продолжению сотрудничества на всех последующих этапах. Целесообразно предложить помощь своих коллег, в том числе психолога, а также специалистов других ведомств.

На всех этапах диалога с человеком, проявляющим агрессию, специалистам стоит контролировать свое эмоциональное состояние, следить за громкостью и тональностью своей речи, а также ритмом и глубиной дыхания. Эти параметры дают обратную связь, и, контролируя их, возможно регулировать свое эмоциональное состояние. Если дыхание становится поверхностным и частым, стоит постараться дышать глубже.

Если дыхание сильное по параметрам вдоха и выдоха – уменьшить его глубину и параллельно выравнять его ритм. Для этого требуется не более 2-х минут.

Также специалистам стоит помнить о правилах собственной безопасности, поскольку человек с проявлениями агрессии может причинить физический вред.

СИТУАЦИЯ 2. «РАСТЕРЯННОСТЬ»

Описание ситуации:

В учреждение обратился участник СВО, значительно утративший здоровье, имеющий инвалидность и использующий технические средства реабилитации. Еще до вступления в диалог обращают на себя внимание внешние проявления растерянности: рассеянный взгляд с длительной фокусировкой на предметах, медленная походка и движения, сниженная координация, невыразительная мимика. При диалоге отмечаются затруднения в ответах на вопросы, сложность в формулировании причины обращения, замедленная и тихая речь. Наблюдаются трудности в установлении контакта со специалистами, либо коммуникация становится непродуктивной.

В данной ситуации специалистам важно помнить, что растерянность – это защитная реакция на непредвиденные и стрессовые события. Она сопровождается снижением самоконтроля, мыслительных способностей и возможности принимать ответственные решения.

Тактика ведения ситуации

1. Установление прямого зрительного контакта, фокусирование на собеседнике без потери чувства психологической безопасности.

2. Регулирование речи – в данном случае стоит говорить четко и эмоционально модулировано. Важно, чтобы речь специалиста была громче речи участника боевых действий, но не выше допустимого уровня, чтобы не провоцировать реакцию тревоги.

3. Использование простых и понятных вопросов, помогающих сосредоточиться на текущей ситуации и прояснить потребности участника боевых действий. На данном этапе лучше всего задавать открытые вопросы:

- «Что Вы делали после того, как...?»;
- «Какую рекомендацию Вы получили от...?»;
- «Как Вы действовали в ситуации, когда Вам отказали...?»;

- «Что произошло после...?»;
- «Вспомните, пожалуйста, что Вы почувствовали...?».

Также уместно будет задать резюмирующие вопросы: «Такое решение принесло результат?», «Правильно ли я понимаю, что ...?»

4. Проявление эмоциональной поддержки. Внимательно слушайте, принимайте «открытые» позы, кивайте и улыбайтесь в подходящие моменты (допустим уместный юмор), демонстрируйте заинтересованность и готовность прийти на помощь.

5. Определение запроса или причины обращения в учреждение. Важно помочь индивиду сосредоточиться на причине обращения, направляя вектор диалога. После ответа на вопрос стоит подвести промежуточный итог беседы, при этом возможно в процессе сделать заметки в блокнот, а затем зачитать и обсудить их с участником.

6. Предложение вариантов решения сложившейся ситуации. Важно четко и по шагам проинструктировать участника о необходимых действиях. В данной ситуации необходимы простые и понятные инструкции: «Пройдите в этот кабинет», «Запишите рекомендации» и т.д. При этом стоит задавать уточняющие вопросы, чтобы убедиться, что вас поняли.

7. Сопровождение в решении проблемы. Стоит продемонстрировать готовность сопровождения гражданина на всех последующих этапах получения помощи. Рассказать, как будет проходить взаимодействие: консультирование по телефону, приглашение на встречу или посещение на дому.

8. Предложение помощи других специалистов. На данном этапе уместно предложить беседу с психологом как способ поддержания эффективного функционирования и снятия неприятных эмоциональных последствий воздействия стрессовой ситуации. Важно дать понять участнику, что это не делегирование психологу своих функций и не отказ от его сопровождения, а, напротив, – содействие оказанию всех возможностей помощи. В случае сиюминутного отказа стоит вернуться к вопросу позднее.

СИТУАЦИЯ 3. «ПРИЗНАКИ СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА»

Описание ситуации:

В учреждение обратился гражданин, являющийся ветераном боевых действий.

Пример 1. До вступления в диалог с гражданином обращает на себя внимание: бедная мимика или скорбное выражение лица, рассеянный взгляд, слезы, замедленные походка и движения.

В диалоге речь тихая, замедленная, ответы на вопросы с промедлением. Отмечается сложность с формулированием причины обращения, резко сниженный фон настроения.

Пример 2. До вступления в диалог внешнее проявление – без каких-либо особенностей. Поведение ровное, на вопросы отвечает спокойно, четко формулирует причину обращения. При продолжении диалога индивид быстро истощается, теряет нить диалога, раздражается, проявляет признаки агрессии или срывается на плач. Возможны вегетативные реакции – испарина на лбу, одышка. Отмечается периодическое вздрагивание в ответ на резкие звуки.

Как в первом, так и во втором случае (пример 1 и пример 2) у человека наблюдаются признаки постстрессовых расстройств, что говорит о необходимости обращения за помощью к специалистам – психологам, врачам-психотерапевтам, врачам-психиатрам. Для продуктивного взаимодействия с человеком в ситуации, описанном в примере 2, необходимо иметь базовые знания психиатрии для выявления признаков постстрессовых психических расстройств.

Тактика ведения ситуации

В ситуациях из примера 1 и примера 2 допустимо применение тактики из ситуации 2, однако высока вероятность, что вербальный контакт с участниками не будет носить продуктивный характер. На этапе сбора информации могут отмечаться приступы плача, тревоги и беспокойства. Кроме того, у лиц с признаками посттравматического стрессового расстройства отмечается вторичное снижение мыслительных способностей – трудности с концентрацией внимания и запоминанием, замедление мышления, что значительно затруднит эффективную коммуникацию.

1. При проявлении подобных реакций у участника стоит попросить разрешения для приглашения к диалогу психолога, либо предложить пройти вместе с ним в кабинет психолога.

2. В случае отказа участника от психологической помощи не следует настаивать, лучше проявить эмоциональную поддержку и выразить готовность помочь (см. ситуацию 2).

3. В ходе диалога необходимо мягко обращать внимание участника на проявления постстрессовых расстройств, сопровождая фразами:

- «Вероятно, сейчас Вы испытываете тревогу – это эмоциональная реакция на ситуацию, в которой Вы находитесь»,
- «Похоже, Вам сложно сосредоточиться на нашей беседе – возможно, это признак эмоционального истощения, ведь Вы долго находитесь в ситуации стресса»,
- «Я вижу, что Вам трудно сдерживать раздражение, скорее всего, это влияние длительного стресса».

4. На последующем этапе взаимодействия можно уточнить у участника, допускает ли он, что уменьшение тревоги (беспокойства, раздражительности, плаксивости и т.д.) положительно скажется на решении его текущих задач:

- «Возможно, если Ваше беспокойство немного снизится, Вы сможете чаще выходить из дома и навещать своих друзей/родственников/детей...»,
- «Как Вы думаете, хороший сон помог бы лучше восстанавливать силы, которые Вам так нужны для...».

Если ответ положительный, целесообразно пригласить к диалогу психолога.

5. В случае отрицательного ответа стоит продолжать действия из пунктов 2,3,4 до окончания взаимодействия.

При этом важно продолжать мотивирование к обращению за психологической помощью на всех последующих этапах сопровождения участника боевых действий.

Описанные ситуации и тактики их ведения являются примерным ориентиром в работе с участниками боевых действий, но безусловно, не исчерпывают всего многообразия возможных случаев. Поэтому одной из приоритетных задач специалистов помогающих профессий является координирование взаимодействия с участниками боевых действий в соответствии с индивидуальными запросами и проблемами.

Диагностика ПТСР является междисциплинарной задачей и представляет собой комплексный процесс. Алгоритм диагностики ПТСР включает в себя комплекс мероприятий, среди которых выделяют клиническое (клинико-анамнестическое, клинико-психопатологическое, клинико-патогенетическое, физикальное), лабораторное, инструментальное и экспериментально-психологические исследования.

Структурированное интервью в сочетании с подобранными психодиагностическими шкалами и симптоматическими опросниками помогут не только в установлении диагноза ПТСР, но и в определении тяжести состояния, характера течения расстройства и в проведении оценки состояния в динамике. Диагностические алгоритмы, включающие последовательность применяемых методов, характеризуются системностью и четкой этапностью, что необходимо для точной верификации ПТСР с целью определения тактики терапии в рамках персонализированного подхода.

Специфическая симптоматика в клинической картине ПТСР:

1. Повторяющиеся переживания травмирующего события (флэшбэки, представленные в навязчивых реминисценциях, ярких навязчивых воспоминаниях или повторяющихся снах). В большинстве случаев они неприятны и аффективно насыщены.

2. Избегание действий и ситуаций, напоминающих о травме (фактическое избегание, чувство «онемения» и эмоционального притупления, отрешенности, невосприимчивости к окружающему, эмоциональная отстраненность, ограничительное поведение).

3. Чрезмерное физиологическое возбуждение (бессонница, связанная с наплывом неприятных воспоминаний о травматическом событии, гипервигильность – сверхнастороженность, повышенная реакция испуга).

Согласно МКБ-10, симптомы должны возникать в течение 6 месяцев после травматического события. Между действием стрессора и возникновением клинических проявлений может наблюдаться латентный период.

У пациентов с ПТСР могут отмечаться следующие нарушения:

- Психогенная амнезия – либо частичная, либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора.
- Формирование депрессивных переживаний, эпизодическая или генерализованная тревожность.
- Постоянное внутреннее напряжение, в котором находится пострадавший (в связи с обострением инстинкта самосохранения), затрудняет модуляцию аффекта: иногда пострадавшие не могут сдержать вспышки гнева даже по незначительному поводу. Могут отмечаться острые вспышки страха, паники или агрессии, вызванные воспоминаниями о травме.
- Нарушения сна – бессонница (затруднение засыпания), ночные кошмары. Другими явлениями, присущими ПТСР и связанными со сном, являются: сомнамбулизм, сноговорение, гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации, уменьшение представленности 4-й стадии сна. Также при ПТСР нередко обнаруживаются расстройства дыхания во сне.
- Субъективно воспринимаемые нарушения памяти: затруднения запоминания; снижение ретенции в памяти той или иной информации; трудности воспроизведения. Ввиду фиксации пациента с ПТСР на травматические переживания, расстройства памяти не связаны с истинными нарушениями различных функций памяти, а обусловлены, в первую очередь, затруднением концентрации внимания на фактах, не имеющих прямого отношения к травматическому событию и угрозе повторного его возникновения.
- Повышенный рефлекс четверохолмия на внезапные раздражители внешней среды (световые, зрительные, слуховые, тактильные): может легко возникнуть вздрагивание, вскакивание, вскрикивание или, наоборот, «застывание». Иногда сопровождается вегетативными проявлениями (повышением артериального давления, появлением тахикардии и пр.).
- Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и «numbing» – эмоциональное онемение, блокировка эмоциональных реакций, оцепенение (не наблюдалось до травмы) – может выражаться в следующих проявлениях:
 - » усилия по избеганию мыслей, чувств, разговоров, связанных с травмой;

- » усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме;
- » неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия);
- » заметно сниженный интерес или участие в ранее значимых видах деятельности;
- » чувство отстраненности или отделенности от остальных людей;
- » сниженная выраженность аффекта (неспособность, например, к чувству любви);
- » чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей или пожелания долгой жизни).

В целом ПТСР вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.

Динамика развития ПТСР

На первом этапе ПТСР пациент погружен в мир переживаний, связанных с травмой, отмечаются наиболее выраженные в этот период флэшбеки.

На этом этапе нередко наблюдается (или впервые диагностируется) обострение хронических соматических заболеваний, особенно тех, в основе которых участвуют психосоматические механизмы формирования (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, холецистит, холангит, колит, запоры, бронхиальная астма и др.). Отмечаются также сексологические нарушения: снижение либидо и эрекции.

Специфические симптомы, проявляющиеся в чувстве беспомощности, растерянности, вторгающихся пугающих образов, стойких руминациях о прогрессировании заболевания, могут в значительной степени влиять на совладание с соматическим заболеванием. Диссоциативные симптомы, обусловленные воздействием психотравмы, препятствуют своевременному обращению за помощью, нарушают комплаенс пациентов.

В дальнейшем, воспоминания о стрессовой ситуации становятся менее актуальными. Пациент активно избегает даже разговоров о пережитом, чтобы не «будить тяжелые воспоминания». В этих случаях иногда на первый план выступают раздражительность, конфликтность и даже агрессивность.

На клиническую динамику и отдаленные прогнозы ПТСР могут также влиять экзогенно-органические изменения головного мозга, преимущественно травматического генеза, что является наиболее актуальным у комбатантов как группы риска формирования ПТСР.

В МКБ-10 ВЫДЕЛЕНЫ СЛЕДУЮЩИЕ КРИТЕРИИ ПТСР:

А

Больной должен быть подвержен воздействию стрессорного события или ситуации (как коротко, так и длительно длящихся) исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума.

Б

Стойкие навязчивые воспоминания или оживление стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах, либо повторные переживания горя при воздействии обстоятельств, напоминающих или ассоциирующихся со стрессором.

В

Больной должен обнаруживать физическое избегание или стремление избежать обстоятельства, напоминающие, либо ассоциирующиеся со стрессором (что не наблюдалось до воздействия стрессора).

Г

Любое из двух:

1. психогенная амнезия (F40.0), частичная или полная в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора
2. стойкие симптомы повышения психологической чувствительности или возбудимости (не наблюдавшиеся до действия стрессора), представленными любыми двумя из следующих:
 - а) затруднение засыпания или сохранения сна;
 - б) раздражительность или вспышки гнева;
 - в) затруднения концентрации внимания;
 - г) повышение уровня бодрствования;
 - д) усиленный рефлекс четверохолмия.

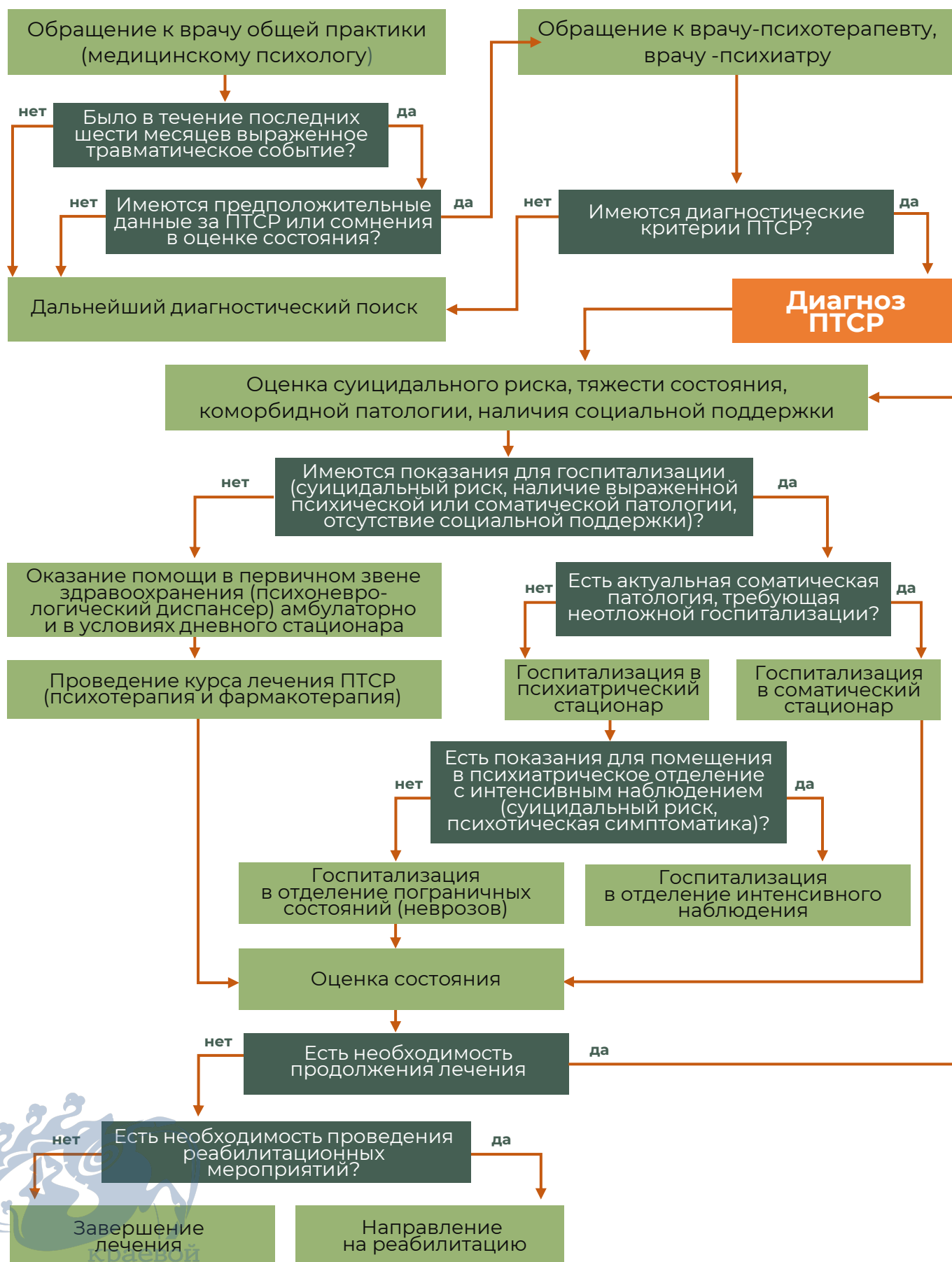
Д

Критерии Б, В и Г возникают в течение шести месяцев после стрессогенной ситуации или в конце периода стресса (для некоторых целей начало расстройства, отставленное более чем на шесть месяцев, может быть включено, но эти случаи должны быть определены отдельно).

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА



АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ



ПТСР является заболеванием, в патогенез и клинические (клинико-психопатологические) проявления которого большой вклад вносят психологические факторы, а одним из эффективных методов лечения является психотерапия.

На основании биопсихосоциальной концепции понимания психических расстройств важным представляется привлечение медицинских психологов в полипрофессиональные бригады для участия в проведении лечебно-диагностических мероприятий с целью определения сохранных и нарушенных вследствие болезни индивидуально-психологических особенностей пациента, выделения мишеней психотерапевтического воздействия, объективизации динамики терапевтических мероприятий.

Одна из важных составляющих компетенций медицинского психолога в оказании медицинской помощи пациентам с ПТСР является психологическая диагностика. Могут применяться различные шкалы, прошедшие адаптацию и валидизацию, в зависимости от целей исследования. Предлагаемые ниже методики применяются факультативно, и перечень возможных методик для проведения экспериментально-психологического обследования ими не ограничен. Пациентам с ПТСР рекомендуется использование психометрических шкал и симптоматических опросников для скрининга на ПТСР, оценки тяжести состояния, выраженности симптомов и их динамики в терапии:

1	Опросник для скрининга ПТСР (Trauma Screening Questionnaire, Brewin C. et al., 2002)
2	Шкала для клинической диагностики ПТСР (Clinical-Administered PTSD Scale – CAPS)
3	Структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД), модуль I «ПТСР»
4	Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) (Impact of Event Scale-Revised – IES-R)
5	Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (гражданский и военный варианты)

6	Шкала оценки интенсивности боевого опыта (Combat Exposure Scale – CES)
7	Шкала оценки выраженности психофизиологической реакции на стресс
8	Опросник перитравматической диссоциации (ОПД)
9	Шкала диссоциации (Dissociative Experience Scale – DES)
10	Шкала безнадёжности Бека (Beck Hopelessness Scale, BHS)
11	Опросник для оценки терапевтической динамики ПТСР (Treatment Outcome PTSD Scale – TOP-8)

Приведённые методики являются психометрическими или симптоматическими опросниками, которые позволяют объективно оценить характер и выраженность клинической симптоматики, ее динамику, эффект от проводимого лечения. Более полно клинико-психологическая и экспериментально-психологическая диагностика может проводиться медицинским психологом в зависимости от конкретных диагностических задач или для определения мишеней психотерапевтического воздействия.

Для самодиагностики, а также для диагностики психологом при первом обращении за опытом можно применить представленные ниже методики.

КАК ПОНЯТЬ, ЧТО ВОСПОМИНАНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЕ?

Обычное воспоминание	Травматическое воспоминание
Человек может извлекать его из памяти по собственному желанию	Появляется независимо от желания человека, часто в форме флешбэков или ночных кошмаров
Человек может не думать о событии, если ему этого не хочется	Невозможно усилием воли перестать думать о событии

Обычное воспоминание	Травматическое воспоминание
Воспоминание может изменяться благодаря поступлению новой информации	Остается неизменным, даже если человек узнает новую информацию о травмирующем событии. Например, в момент события человек мог думать, что погибнет. В дальнейшем он понимает, что он жив и вне опасности, но при активации травматического воспоминания он снова чувствует сильный страх, как если бы ему грозила смерть.

ОПРОСНИК НА СКРИНИНГ ПТСР

Ниже указаны некоторые реакции, которые иногда возникают у людей после травматического события. Если вы испытывали следующие симптомы по крайней мере дважды на прошлой неделе, то ответьте «Да».

- 1 Тяжелые мысли или воспоминания о событии приходили мне в голову против моей воли
- 2 Мне снились тяжелые сны о том, что со мной случилось
- 3 Я вдруг замечал(а), что действую и чувствую себя так, как будто бы ситуация повторяется снова
- 4 Когда что-то напоминает мне о об этом событии, я чувствую себя подавленным
- 5 Когда что-то напоминало мне о случившемся, я испытывал(а) неприятные физические ощущения (потливость, сбой дыхания, тошноту, учащение пульса и др.)
- 6 У меня нарушен сон (трудности засыпания, пробуждения)
- 7 Я чувствовал(а) постоянное раздражение и гнев
- 8 Мне было сложно сосредоточиться

- 9 Я стал более осведомлен(а) о потенциальных опасностях для себя и других

- 10 Я всё время был(а) напряжен(а) и вздрагивал(а), если что-то внезапно пугало меня

Если ответов «да» 6 и более, то обратитесь за консультацией в кабинет медико-психологического консультирования.

ШКАЛА ОЦЕНКИ ИНТЕНСИВНОСТИ БОЕВОГО ОПЫТА

Автор – Т. Кин

Цель – определить уровень интенсивности боевого опыта.

Инструкция: эти вопросы касаются характера и длительности вашего пребывания в условиях военных действий (если такое с вами происходило), включая все события, имевшие место на земле, в воздухе или на море. Под каждым вопросом имеется шкала от 0 до 3 (или от 0 до 4). Выберите на этой шкале позицию, которая максимально приближается к описанию вашего военного опыта, и обведите цифру в соответствии с вашим выбором. Любые неясности относительно вопросов вы можете прояснить с психологом, который берет у вас интервью.

Бланк ответов с текстом опросника и ключом.

№ п/п	Вопрос	Балл				
		0	1	2	3	4
1	Сколько раз вы ходили в военный дозор, принимали участие в десантной операции или выполняли другое задание в условиях повышенной опасности, ед.	0	1-2	3-12	13-50	>50
2	Сколько месяцев вы находились в зоне обстрела со стороны противника, мес.	0	<1	1-3	4-6	>6
3	Как часто вы находились в окружении врага, ед.	0	1-2	3-12	>12	-

№ п/п	Вопрос	Балл				
		0	1	2	3	4
4	Сколько человек в вашем подразделении было убито, ранено или пропало без вести во время военных действий, %	0	1-25	26-50	>50	-
5	Сколько раз вы участвовали в обстреле противника, ед.	0	1-2	3-12	13-50	>50
6	Сколько раз вы наблюдали, как кто-то был убит или ранен в ходе боевых действий, ед.	0	1-2	3-12	13-50	>50
7	Сколько раз вы подвергались опасности быть убитым или раненым (пулями, снарядами, холодным оружием), попадали в засаду, в другие очень опасные ситуации, ед.	0	1-2	3-12	13-50	>50

Обработка данных: необходимо найти сумму, значение которой варьирует от 0 до 26 баллов.

УПРАЖНЕНИЕ. ТЕСТ PCL-5

Вы можете проверить, есть ли у вас ПТСР, пройдя короткий инструментальный тест под названием PCL-5.

Инструкция: ниже приведен перечень проблем, с которыми люди иногда сталкиваются в ответ на сильный стрессовый опыт. Пожалуйста, внимательно прочтите каждую проблему, а затем обведите число справа, чтобы указать, насколько сильно вас беспокоила эта проблема в последний месяц.

По данной шкале 0 означает, что совсем не беспокоила, 1 – беспокоила немного, 2 – умеренно, 3 – достаточно сильно, а 4 означает, что вы очень сильно обеспокоены этой проблемой.

	за последний месяц насколько вас беспокоили	вообще нет	немного	умеренно	достаточно	очень сильно
1.	Повторяющиеся, тревожные и нежелательные воспоминания о стрессовой ситуации	0	1	2	3	4
2.	Повторяющиеся тревожные сны о стрессовой ситуации	0	1	2	3	4
3.	Внезапное чувство или действие, как будто та самая стрессовая ситуация фактически повторяется снова (как будто вы фактически на том же месте в то же время переживаете это снова)	0	1	2	3	4
4.	Огорчение, если что-либо напомнило вам о стрессовой ситуации	0	1	2	3	4
5.	Сильная физиологическая реакция, когда что-либо напомнило вам о стрессовой ситуации (например, учащенное сердцебиение, затрудненное дыхание, потливость)	0	1	2	3	4
6.	Избегание воспоминаний, мыслей или чувств, связанных со стрессовой ситуацией	0	1	2	3	4
7.	Избегание внешних напоминаний о стрессовой ситуации (людей, мест, разговоров, предметов или ситуаций)	0	1	2	3	4
8.	Трудности при вспоминании важных частей стрессовой ситуации	0	1	2	3	4
9.	Негативные убеждения о себе, других людях или мире («Я плохой», «Со мной что-то не так», «Никому нельзя доверять», «Этот мир очень опасен»)	0	1	2	3	4

	за последний месяц насколько вас беспокоили	вообще нет	немного	умеренно	достаточно	очень сильно
10.	Обвинение себя или кого-либо еще в стрессовой ситуации или в том, что произошло после нее	0	1	2	3	4
11.	Явные негативные чувства, такие как страх, ужас, гнев, вина или стыд	0	1	2	3	4
12.	Отсутствие интереса к занятиям, которые вам раньше нравились	0	1	2	3	4
13.	Чувство отстраненности или изолированности от других людей	0	1	2	3	4
14.	Проблемы с переживанием положительных чувств (неспособность испытывать счастье или чувство любви к близким людям)	0	1	2	3	4
15.	Раздражительное поведение, вспышки гнева или агрессия	0	1	2	3	4
16.	Принятие на себя слишком многих рисков или совершение поступков, которые могут причинить вам вред	0	1	2	3	4
17.	Состояние сверхбдительности, осторожности или настороженности	0	1	2	3	4
18.	Чувство нервозности и повышенной пугливости	0	1	2	3	4
19.	Трудности с концентрацией внимания	0	1	2	3	4
20.	Проблемы с засыпанием или сном	0	1	2	3	4

Адаптировано из Weathers et al., 2013

Подсчитайте баллы.

38 баллов или выше свидетельствуют о наличии у вас ПТСР. Вы можете использовать этот инструментальный тест для каждого важного травмирующего события или группы травмирующих событий.

Прежде чем приступить к работе с симптомами, которые вас беспокоят, важно убедиться, что вы понимаете происхождение этих симптомов (осознаете, что вы пережили) без угнетения или повторной психотравматизации.

Оценить уровень дистресса, который вы испытываете в определенный момент, можно с помощью шкалы субъективных единиц дистресса (СЕД). Чем выше уровень СЕД, тем сильнее потребность в расслаблении, заземлении или передышке.

СОЗДАНИЕ СОБСТВЕННОЙ ШКАЛЫ СЕД

Шкала субъективных единиц дистресса – это один из способов сообщить себе или другим о том, насколько сильный у вас дистресс. Всего на шкале 11 баллов – от 0 до 10, от наименьшего до наибольшего уровня дистресса. Важно, чтобы для этой шкалы вы определили свои собственные показатели. Ведь иногда может показаться, что ваш уровень дистресса даже выше, чем 10 баллов. Эта шкала взята из работы Смита [Smyth, 1999].

0	Я полностью расслаблен, не чувствую беспокойства. Могу спать глубоким сном
1	Я очень расслаблен. Я не сплю, но могу задремать
2	Я не сплю, но и не чувствую напряжения
3	Я чувствую небольшое напряжение, благодаря ему мое внимание сфокусировано
4	Я ощущаю легкое беспокойство, опасение, страх или тревожность, а также напряжение в теле
5	Мое беспокойство в какой-то мере неприятно, но я все еще могу его переносить. (Я смотрю на паутину с огромным пауком, но она находится на расстоянии нескольких метров, и паук не сможет прыгнуть с такого расстояния)
6	Я испытываю умеренный дистресс и неприятные ощущения. Ощущаю небольшое волнение и опасение

7	Мое напряжение тела сейчас существенное и неприятное, хотя я все еще могу его переносить и мыслю ясно
8	У меня сильный дистресс из-за большого уровня страха, тревожности и беспокойства. Я не смогу долго переносить такой уровень дистресса
9	Уровень дистресса настолько высок, что воздействует на мое мышление. Я просто не могу объективно мыслить
10	У меня крайний уровень дистресса. Я полностью охвачен паникой, и все мое тело испытывает сильнейшее напряжение. Это наихудший страх и тревога, которые я мог себе представить. Страх настолько сильный, что я вообще не могу думать.

КАК НАВЫКИ С ФРОНТА ВЛИЯЮТ НА ВАШУ ЖИЗНЬ ДОМА

Как вы приспосабливаетесь, попав с фронта в тыл?

По словам Джеймса Манро, возвращение к гражданской жизни может быть проблемой, если мешает любой из следующих восьми навыков, приобретенных на фронте, и если любая из пяти основных психологических потребностей (безопасность, доверие, сила, уважение и близость) отсутствует. Читая приведенный ниже список, найдите время, чтобы обдумать заданные вопросы и написать о них в своем дневнике или блокноте.

1	Оценка опасности (первая психологическая потребность в безопасности). Считаете ли вы, что жизнь дома безопасна для вас? Испытываете ли вы ощущение опасности даже в повседневных ситуациях? Проверяете ли вы постоянно свое окружение, чтобы узнать, насколько вы в безопасности?
2	Будьте осторожны в отношении доверия (вторая психологическая потребность). Доверяете ли вы окружающим или видите всех вокруг себя другими и, следовательно, врагами? Вы доверяете только своим боевым товарищам?
3	Ориентация на миссию. Вашей основной задачей во время военных действий было завершение миссии. Вы все еще ищете кого-нибудь, кто смог бы отдавать вам приказы?

4	Принятие решений (третья психологическая потребность – власть и контроль). Как принимаются решения в вашей жизни дома и семье? Какой вклад вы вносите в семейные решения? Верите ли вы, что контролируете какие-либо части своей жизни?
5	Реагирование с помощью тактики. На войне вы сначала действовали с максимальной огневой мощностью, а позже думали о том, что сделали. Вы должны были убедиться, что все ваше снаряжение на своих местах и в рабочем состоянии. Как вам сейчас дома? Если вокруг беспорядок, можете ли вы это выдерживать? Реагируете ли вы слишком остро в напряженных ситуациях?
6	Избегание предсказуемости и контроль интеллекта. Обнаруживаете ли вы, что меняете свой маршрут или распорядок, чтобы другие не могли вам навредить? Скрываете вы какую-либо информацию от других? Испытываете ли вы потребность в хаосе для того, чтобы выжить?
7	Эмоциональный самоконтроль (аспект четвертой психологической потребности – уважение). Когда вы были задействованы, вы подвергались множеству событий, которые могли привести к страху, вине, горю, грусти, гневу и другим эмоциям. Однако желание выжить часто означало, что эти чувства приходилось подавлять. Какие эмоции вы выражаете сейчас, когда вы дома? Боятся ли другие ваших эмоций? Считаете ли вы опасным испытывать положительные эмоции, например, счастье? Вам нравится тот, кем вы стали или кем являетесь?
8	Разговор о войне (пятая психологическая потребность – близость). Когда вы были с боевыми товарищами, вы могли открыто и свободно говорить о боевых действиях. Есть ли кто-нибудь из мирных жителей, с кем вы можете поговорить? Нашли ли вы кого-нибудь, включая членов семьи, кто мог бы понять ваш опыт, если вы решите им поделиться? Считаете ли вы, что вам комфортно только с боевыми товарищами, которые также вернулись домой? Насколько вы эмоционально близки с членами своей семьи?

В связи с тем, что участники боевых действий являются одной из маломотивированных категорий клиентов профессиональной помощи, особую значимость приобретает работа с ближайшим социальным окружением участников боевых действий. Психологи и другие специалисты помогающих профессий могут помочь близким людям участников боевых действий сформировать общие представления о возможных последствиях участия в боевых действиях и понимание того, в каких случаях стоит обращаться за профессиональной помощью.

ЧТО НУЖНО ЗНАТЬ О ПТСР ЧЛЕНАМ СЕМЬИ, РОДСТВЕННИКАМ И ДРУГИМ ЛЮДЯМ ИЗ БЛИЖАЙШЕГО СОЦИАЛЬНОГО ОКРУЖЕНИЯ УЧАСТНИКОВ СВО?

Часто поведение участников СВО по возвращении может очень сильно измениться. Участники могут выглядеть апатично, вести себя агрессивно, что может пугать и вызывать тревогу. Понимание того, что происходит с близким человеком после участия в боевых действиях, поможет определить способы поддержки.



В самом общем понимании, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – это заболевание, развивающееся у человека после травмирующего события. ПТСР существенно влияет на жизнь человека, имеет свои психологические, социальные и физиологические последствия. Пациенты подвержены риску развития депрессии из-за апатии и постоянных негативных эмоций. Также ПТСР нередко усиливает мысли о смерти или суициде, особенно если человек чувствует себя беспомощным и изолированным, не получает поддержку близких и квалифицированную медицинскую помощь.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) возникает как реакция на события, которые выходят за рамки обычного человеческого опыта, на вещи и события, которые так или иначе угрожают жизни человека.

ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ПТСР

СИМПТОМ ПОВТОРНОГО ПЕРЕЖИВАНИЯ

Психотравмирующее событие иногда повторяется снова и снова, превращаясь в навязчивые воспоминания или мучительные ночные кошмары. У некоторых людей возникают живые визуализации произошедшего, в которых они вновь переживают события (словно находятся в реальном моменте, а не просто вспоминают прошлое). Такие же реакции могут возникать при столкновении с определенными триггерами (слово «триггер» происходит от английского «trigger», что означает «спусковой крючок». Подобно тому, как спусковой крючок запускает выстрел из оружия, триггер запускает эмоциональный взрыв или импульсивное действие). Например, ветераны боевых действий реагируют на звуки фейерверков.

СИМПТОМ ИЗБЕГАНИЯ

Проявляется в том, что пациенты старательно избегают мест, действий или людей, связанных с пережитой травмой. Например, отказываются от посещения парка или здания офиса, где произошло травмирующее событие, избегают общения с людьми, внешне похожими на нападавшего.

ИЗМЕНЕНИЯ В МЫШЛЕНИИ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ

Воспоминания о травме пробуждают у человека чувство вины, беспомощности, отчаяния. Люди нередко оказываются в эмоциональном ступоре, отстраняются от окружающих, не проявляют своих чувств. Депрессия у пациентов с ПТСР тоже встречается часто: например, человек больше не испытывает интереса к тем делам, от которых раньше получал удовольствие. Все чаще он пребывает в состоянии апатии и равнодушия к окружающему миру.

СИМПТОМ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ГИПЕРАКТИВАЦИИ

Человеку становится сложно засыпать или концентрироваться. Он постоянно испытывает чрезмерную настороженность перед возможной угрозой, становится пугливым и мнительным. Человеку с ПТСР тяжело управлять своими реакциями, что может приводить к необдуманным поступкам или вспышкам гнева.

В КАКИХ СЛУЧАЯХ УЧАСТНИКАМ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ НУЖНО ОБРАЩАТЬСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ К СПЕЦИАЛИСТАМ?

Прежде всего, когда проявляются следующие симптомы:

- избегание важных мест и людей;
- хроническое недосыпание;
- человек ведет себя более агрессивно, не соответствуя ситуации;
- поведение часто необдуманно и рискованно;
- человек меньше времени уделяет тому, что важно, и больше тому, чтобы заглушить симптомы ПТСР и внутреннюю боль;
- постоянная настороженность, невозможность расслабиться, вздрагивание от малейшего шороха;
- сложности в выполнении профессиональных обязанностей.

ОСЛОЖНЕНИЕ ПТСР ЧАСТО СВЯЗАНО С ЗАПУЩЕННОСТЬЮ И ТЯЖЕСТЬЮ ТЕКУЩЕГО РАССТРОЙСТВА ИЗ-ЗА ОТСУТСТВИЯ ЛЕЧЕНИЯ

- присоединение других психических расстройств (социофобия, депрессия, диссоциация, паническое, тревожное расстройство);
- суицидальные мысли и поведение;
- зависимости (алкогольная, наркотическая);
- ухудшение физического здоровья (например, гипертония, расстройство пищеварения);
- ухудшение социального статуса в результате отказа от общения с людьми;
- ухудшение материального положения из-за невозможности выполнять профессиональные обязанности на должном уровне;
- причинение вреда себе или другому человеку в результате вспышки неконтролируемой агрессии.

КАК СЕМЬЯ, РОДСТВЕННИКИ, ДРУЗЬЯ И ДРУГИЕ БЛИЗКИЕ ЛЮДИ МОГУТ ПОМОЧЬ УЧАСТНИКУ СВО С ПТСР?

Психологи и специалисты помогающих профессий могут информировать членов семьи, родственников и других близких людей участников СВО о признаках ПТСР и способах поддержки. Далее перечислены три группы действий, которые могут предпринимать близкие участники боевых действий.

СОДЕЙСТВИЕ ОБРАЩЕНИЮ ЗА ПОЛУЧЕНИЕМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

- Мотивирование участника боевых действий на посещение специалистов – психиатра, психотерапевта, психолога. Если что-то настораживает или вызывает тревогу в поведении близкого человека с опытом участия в боевых действиях, то обязательно стоит обратиться за помощью к специалистам. Невозможно заставить человека пройти обследование или лечение, но поддержка семьи и близких может помочь участнику боевых действий получить профессиональную помощь, в которой он нуждается. Для этого стоит обсудить пользу от лечения и последствия, если обращение к специалистам откладывается или не происходит вовсе.
- Если близкий человек не желает обращаться к врачу или психологу, то стоит обратиться за помощью самостоятельно и получить информацию о том, как возникает ПТСР и как проходит терапия. Специалисты могут дать рекомендации относительно того, как лучше действовать в различных ситуациях с человеком, у которого наблюдается ПТСР.
- Поощрение и поддержка терапии. ПТСР является серьезным заболеванием, которое обычно требует профессионального лечения. Взаимодействие со специалистами, мотивирование на соблюдение их рекомендаций и поддержка приверженности к лечению – всё это может помочь участнику боевых действий действительно получить необходимую профессиональную помощь.

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ И ПОДДЕРЖКИ СОБСТВЕННЫМИ СИЛАМИ

- Демонстрирование и проговаривание участнику боевых действий своей готовности оказать поддержку, выслушать и поддержать, побыть рядом, когда ему трудно. Если участник испытывает тяжелые эмоциональные переживания, его преследуют неприятные воспоминания, он рассказывает о своих страшных снах или предчувствиях, стоит выслушивать его и мягко возвращать к актуальной ситуации, не оставляя наедине с событиями прошлого.

- Изучение симптоматики ПТСР и его проявлений в динамике у близкого человека – участника боевых действий – важно для членов семьи и родственников, так как помогает понять и интерпретировать поведение участника, а при необходимости оказать ему поддержку. Кроме того, возможность осуществлять динамическое наблюдение за состоянием участника в условиях повседневной жизни может представлять собой важную информацию для специалистов, работающих с участником для понимания проявлений расстройства и при необходимости корректировки лечения.
- Укрепление ощущения предсказуемости и стабильности мира в целом, создание условий для удовлетворения потребности в безопасности. Для этого может помочь обсуждение с участником того, в каких ситуациях и при каких обстоятельствах он чувствует себя в большей безопасности. Одним из таких способов является составление предсказуемого распорядка дня и поддержка в его соблюдении.
- Исследование триггеров. Одно из проявлений ПТСР состоит в том, что определенные места, ситуации, звуки, запахи или ощущения могут вызывать интенсивные эмоциональные реакции. Направленное наблюдение и обсуждение с участником того, что вызывает у него сильные эмоции, поможет понять, как с ними справляться и в какой помощи он нуждается.

СОХРАНЕНИЕ СОБСТВЕННОГО РЕСУРСНОГО СОСТОЯНИЯ

- Участие человека в боевых действиях неизбежно отражается на всей системе отношений человека. Особенно это касается сферы семейных отношений. Членам семьи, родственникам и другим вовлеченным людям стоит признать, что в жизни участника СВО случился травматический опыт. После участия в боевых действиях люди часто чувствуют себя другими, не всегда имея возможность полностью осознать и объяснить свои переживания. Важно понимать, что эмоции и реакции участника боевых действий во многом связаны с травматическим опытом, а не с реальной ситуацией или изменением отношения к близким.



- Для того, чтобы сохранять возможности проявлять сочувствие, поддержку и заботу об участнике боевых действий, его близким необходимо поддерживать собственное ресурсное состояние. Для этого важно регулярно уделять внимание всем действиям, направленным на сохранение собственного физического и психического здоровья, включая необходимый сон и отдых, здоровое питание, физическую активность и т.д.
- Вовлечение в процесс поддержки участника боевых действий других значимых людей. Самым близким членам семьи участника стоит заручиться поддержкой родственников, друзей, представителей общественных организаций, чтобы иметь возможность дать себе «передышку». Разделение своей роли с другими людьми позволит уделить время восстановлению собственных сил.

1. Бонкало Т.И. Посттравматическое стрессовое расстройство [Электронный ресурс]: дайджест / Т. И. Бонкало. – Электрон. текстовые дан. – М. : ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – 28 с. – URL: <https://niiroz.ru/moskovskaya-medicine/izdaniya-nii/daydzhest-medicine-turizm-i-eksport-medicine-ski-kh-uslug/>.
2. Волошин, В.М. Хроническое посттравматическое стрессовое расстройство: клинико-терапевтические аспекты. – М.: Анахарсис, 2004. – 48 с.
3. Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Военная психология: учебник для специалистов психологической работы Вооруженных Сил Российской Федерации. – М.: ВУ, 2016. – 500 с.
4. Китаев-Смык Л.А. «Боевой посттравматический стресс» // Психологическая газета. – 2025. – 23 апреля. – https://psy.su/persons/100_psihologov_rossii/psy/124769/
5. Копытин А.И. Методы арт-терапии в преодолении последствий травматического стресса. – М.: Когито-Центр, 2014. – 208 с.
6. Малкина-Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 960 с. – (Справочник практического психолога)
7. Набиуллина Р.Р., Тухтарова И.В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом: Учебное пособие. – Казань: Казанская Государственная Медицинская Академия, 2003. – 101 с.
8. Посттравматическое стрессовое расстройство в парадигме доказательной медицины: патогенез, клиника, диагностика и терапия: методические рекомендации / А.В. Васильева, Т.А. Караваева, Н.Г. Незнанов и др. – СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2022. – 33 с.
9. Решетников М.М. Психологическая травма. – СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2006. – 322 с.
10. Съедин С.И., Абдурахманов Р.А. Психологические последствия воздействия боевой обстановки: Учебное пособие. – М.: МО РФ, 1992. – 69 с.
11. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: теория и практика. – М.: Институт психологии РАН, 2009. — 304 с.
12. Уильямс, М.Б., Пойюла, С. ПТСР: рабочая тетрадь. Эффективные методики преодоления симптомов травматического стресса / пер. с англ. А.В. Ворон. — Киев.: Диалектика, 2021. — 400 с.