

**РАЗДЕЛ II. КОМПЛЕКСНОЕ ПОЗНАНИЕ СОВРЕМЕННОГО
ЧЕЛОВЕКА И ОБЩЕСТВА**

**SECTION II. COMPLEX COGNITION OF THE MODERN
PERSON AND SOCIETY**

УДК: 159.944:616.89-07-08

DOI: 10.25629/НС.2023.11.37

**ОСОБЕННОСТИ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С УЧАСТНИКАМИ
БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ
РАССТРОЙСТВОМ (ПТСР)**

Гнездилов Г.В.¹, Киселев В.В.¹, Гнездилова М.Г.²

¹Государственный университет просвещения

Мытищи, Россия

²Министерство культуры Российской Федерации

Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

В статье раскрывается содержание основных психотравмирующих ситуаций, негативно влияющих на психику военнослужащих, участвующих в активных боевых действиях. Авторы отмечают, что психологическая помощь военнослужащим, участвующим в боевых действиях, должна быть организована по трём основным направлениям: 1) она необходима во время самих боевых действий лицам, которые будут отнесены к психогенным потерям; 2) в госпиталях во время их лечения после ранения; 3) в специализированных реабилитационных центрах. Работа с психологом в госпитале должна позволить посттравматику «вытащить» на сознательный уровень психики мучающие его (психотравмирующие) и неосознаваемые проблемы, отрефлексировать их и приступить к активному и осознанному (плановому) их преодолению. Психореабилитационная работа помимо восстановления психофизического здоровья бывших участников боевых действий призвана обеспечить превенцию алкоголизма (и даже наркомании) у них в условиях реабилитационного центра, куда одновременно попадает достаточное количество военнослужащих. Авторы отмечают, что эффективность психореабилитационных мероприятий во многом зависит от следующих факторов: 1) наличие релевантного жизненного и боевого опыта у лиц, оказывающих психологическую помощь участникам боевых действий, способствует установлению доверительных и доброжелательных отношений между посттравматиками и психологами; 2) оказание психореабилитационной помощи для профилактики и психокоррекции девиантного поведения желательно реализовывать в работе с членами семьи; 3) применение технологий арт-терапии и вовлечение деятелей искусства в психологическую поддержку посттравматиков позволяет достичь катарсиса и снизить их психическое напряжение при адаптации к условиям мирной жизни.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

психореабилитационная работа, участники боевых действий, посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР, реабилитационный центр, семейная психологическая помощь реабилитантам.

ВВЕДЕНИЕ

Сложившаяся за последние 20 лет геополитическая ситуация в мире требует от России жесткой линии в отстаивании своих национальных интересов, что находит свое отражение в силовом варианте борьбы с международным терроризмом и крайними формами национализма. Ведение активных боевых действий актуализирует проблему оказания психологической помощи военнослужащим, попадающим в психотравмирующие ситуации, к числу которых следует отнести:

- 1) гибель сослуживцев в ходе ведения боевых действий;
- 2) нахождение в зоне артиллерийских обстрелов (иногда на протяжении нескольких месяцев);
- 3) пребывание в окружении противника (тактического или оперативного характера);
- 4) нанесение урона противнику в живой силе и технике (противник может восприниматься как случайная жертва, одураченная вражеским политическим режимом или деструктивной пропагандой, отправленная на смерть в корыстных целях и слабо осознающая последствия своих действий, что может стать причиной сочувствия и сопереживания убитым по этому поводу);
- 5) оценку последствий боевых действий для гражданской инфраструктуры и жертв среди гражданского населения (в ряде случаев негативные последствия почти неизбежны, когда противник использует гражданское население как «живой щит») [2; 4].

В этой связи психологическая помощь военнослужащим, участвующим в боевых действиях, должна быть организована по трём основным направлениям.

1. Она необходима во время самих боевых действий лицам, которые будут отнесены к психогенным потерям. Их принято прогнозировать из расчёта 50% от общих боевых потерь, возможных в конкретном виде боя. Это общее количество психогенных потерь следует классифицировать на две основные группы: временные психогенные потери, которые могут составить 50% из общего числа психогенных потерь, и 50% – санитарные психогенные потери. Работа психолога с временными психогенными потерями имеет главной целью восстановление боеспособности в интересах их оперативного возвращения в боевые порядки для продолжения выполнения боевых задач [1; 5; 6]. Лицам, относящимся к санитарным психогенным потерям, помощь психологов должна быть оказана также непосредственно в расположении воинской части и сразу же после завершения этапа боевых действий [8; 10]. Лишь после этого их возможно и необходимо отправить в вышестоящий центр психологической помощи для последующей восстановительной психологической работы с ними и также с целью дальнейшего возвращения в свою воинскую часть для продолжения участия в боевой деятельности вместе со своими сослуживцами.

2. В госпиталях во время их лечения после ранения.

3. В специализированных реабилитационных центрах.

МОДЕЛЬ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С РАНЕНЫМИ В ГОСПИТАЛЯХ

В отношении санитарных психогенных потерь должна быть спланирована первичная психологическая помощь и последующее их направление в вышестоящий реабилитационный центр. Цель пребывания в реабилитационном центре – восстановление боеспособности для возвращения в боевые порядки.

Работа лечащего медперсонала здесь, безусловно, значительно важнее деятельности психолога, т.к. в это время осуществляется сам процесс лечения, необходимый для преодоления заболевания (ранения, контузии, воспалительных процессов). Тем не менее, и на этом этапе самостоятельная и целенаправленная работа психолога с посттравматиком возможна и крайне важна.

Задачи психологов при взаимодействии с тяжелораненым воином в госпитале состоят в том, чтобы, не мешая процессу клинического лечения, помочь посттравматику преодолеть психосоматическую травму, связанную с моментом и фактом произошедшего ранения и ощущениями болевых эффектов, сформировать мотивацию на преодоление жизненных сложностей

[3; 9; 11]. Для этого при взаимодействии психолога с ним необходимо побудить его к обсуждению следующих психотравмирующих когнитивных и эмоций (отдельно):

1) Какие именно мысли возникли у Вас в момент, когда Вы только что были ранены? А какие переживания сопровождали эти мысли в то время?

При ответе на вопросы психолога ни в коем случае нельзя прерывать война!

2) Кого конкретно Вы ждали для оказания помощи в этот момент?

3) Кого Вы считали нежелательным для встречи в таком состоянии?

4) Кто первым реально нашел Вас и сколько времени Вам пришлось ждать помощи?

5) Что именно сказал пришедший на помощь человек, что предложил сделать и что конкретно сделал для раненого (с ним)? В чём заключалась первая помощь и последующая с его стороны?

6) Как и кем конкретно раненый был доставлен в медпункт?

7) Сколько времени пришлось ожидать медицинской помощи? Какие мысли и переживания сопровождали эти ожидания?

8) Как она осуществлялась, её продолжительность? Что почувствовали Вы после её оказания (мысли, эмоции, болевые ощущения)?

9) Сколько всего операций пришлось претерпеть, где и кем они проводились, с какой последовательностью и временными интервалами? Какие мысли и переживания (страхи) их сопровождали (доверие или недоверие к старшему, среднему и младшему медицинскому персоналу)?

10) На сколько Вас удовлетворяло медицинское обеспечение, питание, отношение и помощь со стороны медперсонала в периоды послеоперационного восстановления и лечения? Чувствовал ли Вы, что к Вам относятся как к воину, честно выполнившему свой долг перед Родиной? Что при этом не устраивало, раздражало? Как выстраивались отношения с волонтерами (если они были в учреждениях)?

11) Каково было соматозогностическое отношение раненого к ранению (к болезни, к своему состоянию), к процессу лечения (восстановления), к лечащему медперсоналу, к родным и близким людям: нормо-, гипер-, гипо- или диссоматозогности?

12) Каково актуальные отношения к семье в данный момент? Как оно изменились после ранения: агрессивность – с целью заглушить (компенсировать) боль и переживания по этому поводу или по поводу утраты каких-то частей тела (органов)? А какими отношения в семье были до ранения?

13) Как строятся сексуальные отношения, какие проблемы возникли?

14) Как изменились отношения с детьми (положительные-отрицательные стороны в них)?

15) Изменилось ли Ваше отношение к домашним животным: положительные эмоции они вызывают или агрессию?

16) Какие болевые ощущения вызывает ранение (ампутация) в настоящий момент? Как это переживается эмоционально?

17) Какие всплывают воспоминания о ходе боевых действий, о своём участии в них?

18) Какие сны Вам снятся? Не беспокоят ли Вас во сне какие-то эпизоды из боевых действий? Если «да», то какие? Нет ли нарушений дальнейшего сна после этого?

Активное обсуждение психологом и воином этих вопросов позволит посттравматику «вытащить» на сознательный уровень психики мучающие его (психотравмирующие) и неосознаваемые проблемы, отрефлексировать их и приступить к активному и осознанному (плановому) их преодолению. Недаром З. Фрейд считал, что в ходе рефлексии мы помогаем посттравматику разжать «сжатую пружину» психики [15]. Если не помочь ему это сделать, то данная «пружина» сама по себе никогда не «разожмётся», а будет продолжать оказывать давление (негативные воздействия) на психику воина и может привести к состоянию её разрушения («слома

металла, из которого состоит эта пружина»). В этом и заключается основная цель индивидуальной реабилитационной деятельности психолога в госпитале или реабилитационном центре, где восстанавливается воин-посттравматик.

Может сложиться, таким образом, ситуация деятельности психолога в госпитале, в которой проработать все эти вопросы в этом учреждении ему не удастся с воином по причине неравномерности распределения времени между врачами и психологами [12]. Тогда часть этой работы (или всю ее) необходимо перенести в реабилитационный центр, куда должны быть направлены раненые воины для реабилитации после завершения лечения в госпитале. И там уже описанная деятельность психолога с реабилитируемым лицом обязательно становится приоритетной.

МОДЕЛЬ ПСИХОРЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРАХ

Психореабилитационная работа помимо восстановления психофизического здоровья бывших участников боевых действий призвана обеспечить превенцию алкоголизма (и даже наркомании) у них в условиях реабилитационного центра, куда одновременно попадает достаточное количество военнослужащих. При этом, как правило, возникает синергетический эмоциональный эффект: при встрече таких же, как и они, людей у каждого из них возникают воспоминания о пережитом, бурные эмоции и естественное стремление поделиться ими с другими «братьями по оружию».

В таких условиях часто возникает непреодолимая тяга к спиртному, т.к. в состоянии опьянения переживания становятся ещё более яркими, часто возникает агрессивность, провоцируются конфликты. Поэтому психореабилитационная работа с посттравматиками в реабилитационном центре должна быть организована по принципу тренинговой работы, ежедневно по 12 академических часов: 4 часа – с 10.00 до 13.00, после обеда и футбола или других коллективных игр ещё 4 часа – с 14.00 до 17.00, после брейк-кофе остальные 4 часа – с 17.30 до 20.30.

После ужина – просмотр фильма (мультфильма), в котором представлены технологические приёмы нейролингвистического программирования с обязательной ее рефлексией после просмотра, способствующей вооружению бывших участников СВО навыками противодействия манипуляциям в общении (взаимодействии) как с лицами, стремящимися завладеть их заработками, полученными во время боевых действий, так и чиновниками, которые могут всячески стараться обмануть бывшего участника боевых действий, чтобы не дать возможность воспользоваться полагающимися ему льготами (как это было в нашей стране в отношении участников Афганской компании 1979-1989 гг.). Так, в 1989 при выводе войск из Афганистана президент страны М.С. Горбачёв не отдал должного солдатам Отечества, которые проливали за него кровь. В результате такого отношения к защитникам Отечества «гештальт остался не закрытым». Из-за этого у многих бывших участников боевых действий в Афганистане возникла и надолго сохранилась психологическая травма: как индивидуально-личностная, так и коллективная.

Главным направлением деятельности с посттравматиками в реабилитационных центрах однозначно должна быть психологическая помощь, т.к. клиническая помощь раненому к этому моменту должна быть полностью завершена. Все возможные поддерживающие медицинские процедуры (грязи, ванны, электромагнитные воздействия и т.д.) призваны также решать именно реабилитационные задачи. Но самым главным содержанием восстановительной работы с посттравматиками должна стать психореабилитационная деятельность качественно обученных психологов.

Для получения психологической помощи в реабилитационный центр может быть направлен любой бывший участник боевых действий, переживший психологическую травму (имевший ранение или нет). Для каждого из них психологическая помощь должна быть спланирована с учётом реализации трёх основных направлений деятельности психолога с воином-посттравматиком: индивидуальная работа, групповая психологическая помощь и семейная психотерапия. Но при этом первоочередной задачей перед психологами реабилитационного центра является психодиагностическая деятельность с целью выявления актуального состояния прибывшего в реабилитационный центр нуждающегося в психологической помощи воина.

Как показывает практика работы с посттравматиками как в реабилитационных центрах, так и в госпиталях, затруднения у психологов в реализации психодиагностической функции в интересах адекватного планирования последующих психореабилитационных мероприятий возникают с первого же момента знакомства с указанной категорией военнослужащих. Если психологи начинают взаимодействие с посттравматиками с применения психодиагностических методик, то это сразу же создаёт своеобразный барьер между ними, который в последующем оказывается достаточно сложно преодолеть. Анализ работы психологов с вернувшимися в г. Тулу десантниками из зоны СВО показывает, что они категорически отказываются от участия в тестировании, пишут письменные заявления о своём осознанном отказе от психодиагностики. И, тем не менее, психодиагностика необходима и самим воинам для выявления актуального психологического состояния каждого из них, и для правильного планирования работы с ним.

Представляется более целесообразным использовать психодиагностику в работе с посттравматиками в процессе реализации индивидуальной или групповой психореабилитационной деятельности, реализуя принцип совмещения диагностики и психологической помощи одновременно. Для реализации психодиагностических целей работы с посттравматиками можно использовать следующие методики:

- 1) методика «МЛЮ АМ» (многоуровневый личностный опросник «Адаптивность»), разработанная А.Г. Маклаковым и С.В. Чермяниным,
- 2) методика оценки адаптационных способностей (МОАС) И.В. Соловьёва,
- 3) методика «Тревожность (личностная и ситуативная)» Спилбергера/Ханина,
- 4) опросник травматического стресса (ОТС), предназначенный для оценки выраженности симптомов постстрессовых нарушений,
- 5) опросник для диагностики ПТСР И.О. Котенёва,
- 6) шкала оценки влияния травматического события,
- 7) опросник жизненных событий (ОЖС) «LIFE»: Оценка риска психической дезадаптации,
- 8) международный опросник травмы для оценки ПТСР и КПТСР (комплексной) в рамках Международного классификатора болезней (МКБ-11),
- 9) шкала оценки влияния травматического события Горовица (1979),
- 10) Миссисипская шкала для оценки посттравматизма,
- 11) шкала для клинической диагностики посттравматического стрессового расстройства (CAPS) [13].

К сожалению, большинство перечисленных выше методик, разработанных в основном на Западе, не адаптированы под российский менталитет, так как готовились с учетом психологии американских военнослужащих, воевавших во Вьетнаме. С тех пор произошла настоящая инженерно-техническая революция, серьёзно изменились средства и многие способы ведения боевых действий, что продемонстрировал опыт СВО: использование свободно барражирующих (планирующих) бомб и снарядов, разведка боевых позиций из космоса, использование для разведки и уничтожения противника, командных пунктов, узлов связи и т.п. беспилотных летательных аппаратов.

Эти изменения, безусловно, нашли отражение и в содержании психогенных факторов, влияющих на психическое состояние военнослужащих в современном бою, и в направленности психических реакций военнослужащих на их воздействие. При этом страх у воинов не должен уходить полностью, т.к. это будет только способствовать росту числа потерь, но каждый участник боевых действий должен быть готов к его успешному преодолению, победе над ним за счёт полноценной и качественной боевой и психологической подготовки. Поэтому в учебных целях представляется возможным применение перечисленных методик для подготовки психологов к психореабилитационной работе с посттравматиками – военнослужащими, принимавшими участие в СВО на Украине. Однако для диагностики истинного состояния ПТСР у посттравмати-

ков их лучше не применять, чтобы не поставить тем самым «диагноз» участнику боевых действий, который может перечеркнуть всю его дальнейшую перспективу жизнедеятельности и карьерного роста, а также негативно сказаться на психореабилитационном процессе. Более того, психодиагностическая деятельность должна быть ориентирована на выявление ресурсного потенциала личности для её дальнейшего развития и организации самопомощи (самоподдержки) в дальнейшей жизни и профессиональной деятельности.

В настоящее время крайне негативно сказывается на процессе психореабилитации воинов, находящихся в специальных реабилитационных центрах, психологическое явление, которое принято называть «эффектом виртуализации» реальных боевых действий: восприятие гражданами страны взрывов, ранений, смертей участников СВО не как реальных событий (фактов), а как событий в кино – с некоей отстранённостью, почти как на экране.

Рассмотрим основные направления работы с военнослужащими (бывшими или действующими), прибывшими на психореабилитацию в специализированный центр психологической помощи (таблица 1). Авторы статьи предлагают использовать обучение реализации психореабилитационной работы с бывшими участниками боевых действий-посттравматиками для всех лиц, призванных оказывать им профессионально помощь: старшего, среднего и низшего медицинского персонала, психологов, не получивших специальной для этого подготовки, но связавших свою судьбу с этой деятельностью, социальных работников, волонтеров и др.

Индивидуальная психологическая помощь должна реализовываться посредством индивидуальных психологических консультаций и через психологическое сопровождение трудоустройства ветеранов боевых действий в рамках программ реадaptации к условиям мирной жизни. Особого внимания требуют воины, потерявшие конечности и инвалиды-спинальники, которые часто находятся в группе риска суицидального поведения.

При оказании групповой психологической помощи необходимо начать с представления психологов прибывшим на реабилитацию воинам. Так, в январе 1990 г., в самом начале реабилитационной деятельности с бывшими воинами-афганцами на сцену реабилитационного центра в Анапе вышел известный военный психолог – бывший участник войны в Афганистане С.В. Захарик, который приступил к презентации плана психологической работы с собравшимися бывшими военнослужащими и членами их семей. Из зала тут же раздалось требование: «Представьтесь, пожалуйста!» И хотя С.В. Захарик в это время был уже в звании полковника, он представился именно как бывший участник боевых действий в Афганистане: «бывший заместитель командира отдельной разведывательной роты витебской дивизии ВДВ старший лейтенант Захарик С.В.». Несмотря на то, что такое представление психолога произвело сильное впечатление на бывших «афганцев», тем не менее, тут же прозвучал второй вопрос: «Можно назвать Ваши годы службы в Афганистане?» После того, как собравшимся в качестве ответа был назван период начала декабря 1979 г. – конца 1983 г., реабилитанты (а их было около 50 человек) одновременно стали абсолютно управляемыми людьми и оставались таковыми вплоть до отъезда группы психологов в аэропорт через неделю после прилёта в Анапу. Все присутствовавшие в это время в актовом зале на встрече бывшие «афганцы» чётко знали, что по нормативам МКБ и опыту войны американцев во Вьетнаме военнослужащий не должен был находиться в зоне боевых действий более 18 месяцев, но на начальном этапе войны СССР в Афганистане ситуация сложилась таким образом, что заменять советских воинов долго было нечем, поэтому первым участникам боевых действий досталось там очень тяжело [7]. В зале возникло полнейшее уважение и непоколебимое доверие к психологу как бывшему участнику боевых действий в особенно трудный период войны, которое действовало как «рапорт» и обеспечивало успех реализации всех намеченных реабилитационных планов.

Таблица 1 – Социально-психологическая реабилитация военнослужащих и членов их семей

Место осуществления психореабилитации	Региональный уровень	Психореабилитационные центры и санитарно-курортные учреждения	Средства дистанционного оказания психореабилитационной помощи
Содержание мероприятий	Индивидуальное консультирование и терапевтические группы для участников боевых действий и их семей; психологическое консультирование и сопровождение трудоустройства ветеранов боевых действий	Программы психологической и медицинской реабилитации для участников боевых действий и их семей	Специально разработанные чат-боты, видеоматериалы, платформы дистанционного психологического консультирования
Участники социально-психологической реабилитации	Социальные координаторы и социальные работники; специалисты по трудоустройству; психотерапевты; волонтеры	Клинические психологи и психотерапевты; медицинский персонал; представители социальных служб и волонтерских организаций	
Образовательные программы	Курсы по обучению методам психологической саморегуляции; курсы и тренинги, психологической поддержки участников боевых действий; курсы, тренинги, вебинары по трудоустройству; курсы профессиональной переподготовки	Программы обучения клинических психологов по психореабилитации лиц, перенесших ПТСР в результате боевых действий; программы обучения социальных работников по работе с демобилизованными участниками СВО и членами их семей; программы обучения HR-специалистов по оказанию помощи в реадaptации участников СВО к мирной жизни; программы обучения медицинского персонала по оказанию паллиативной помощи; программы обучения волонтеров психологической поддержке и социализации демобилизованных участников СВО и их семей	

Собравшимся была предложена следующая программа действий:

1. Первоначально все в спортивных костюмах через 15 минут собираются в спортивном зале для проведения групповой работы с использованием ряда психофизических упражнений для оказания помощи бывшим военнослужащим и обучения их приемами для дальнейшей самопомощи в трудных и экстремальных ситуациях жизнедеятельности.
2. В дальнейшем после завершения работы в спортзале все семейные пары собираются в зале для групповой психотерапии. Таких пар собралось 8 – 100% из числа прибывших.
3. После завершения всех тренинговых мероприятий (а заканчивались они в районе 23-х часов) все желающие приходят на приём к психологам в их номера проживания для проведения индивидуальной работы (первоочередное право посещения при этом предоставлялось инвалидам). Утром до 7.15 все желающие отправиться на групповую зарядку с разминкой и купанием в море (январь месяц был!) собираются в вестибюле. Мобильных телефонов тогда в стране не

было, поэтому всем предлагалось воспользоваться «внутренним будильником» – особой психологической установкой на подъем в строго определённое время. В фойе на зарядку к 7.15 спустился кроме остальных ещё и один инвалид (отнята конечность – нога). Психологи предложили собравшимся нести его на руках поочерёдно и первыми взяли на свои руки (правда, нести пришлось не долго, остальные «афганцы» подхватили его и более уже не отдавали). На море производилась ежедневная быстрая разминка всех суставов организма, переворот головой вниз – ногами вверх с поддержкой товарищами для обеспечения равномерного распределения крови по организму и короткое купание в море с последующим растиранием друг друга взятыми с собой полотенцами. Затем следовало возвращение в реабилитационный центр бегом, подготовка к завтраку и после него групповая тренинговая работа.

С 4-го дня работы к тренинговым упражнениям было предложено участникам добавить подготовку к концерту с исполнением «афганских» песен в центральном Доме культуры города Анапа, которые не были тогда так распространены, как сейчас. Поэтому концертную программу составляли по принципу: «кто что знает и может предложить?» На концерт прибыло огромное количество горожан, из-за чего дополнительные стулья пришлось подставлять в проходах. Во время концерта при исполнении песен бывшими «афганцами» многие приглашённые на концерт жители города плакали – настолько сильным был эмоциональный эффект от этого мероприятия!

На следующее утро после концерта в воскресенье (7-й день работы) психологи отъезжали в аэропорт из реабилитационного центра. Все бывшие воины-афганцы, их жёны и даже медперсонал центра, который вначале встретил психологов очень настороженно, как конкурентов, вторгшихся в их «епархию», вышли проводить психологов, причем многие из них при прощании прослезились.

Таким образом, процесс реабилитационной деятельности психологов с ветеранами продолжался с первого часа приезда в центр и до последнего момента пребывания психологов в нём, т.е. до последней минуты работы. К сожалению, накопленный в конце 80-х – начале 90-х годов опыт психореабилитационной работы с бывшими участниками боевых действий за последние 30 с лишним лет был утрачен по причине его не востребоваемости в нашей стране. И это несмотря на произошедшие печальные события в Чечне. Только после начала СВО на Украине благодаря инициативе Верховного Главнокомандующего ВС РФ В.В. Путина начался активный процесс возрождения старых и создания новых реабилитационных центров для нуждающихся в психофизиологической помощи участников боевых действий.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РЕАБИЛИТАНТАМ

Семейная психологическая помощь реабилитантам также должна начинаться с первого же дня пребывания семьи в реабилитационном центре. После встречи психологов со всеми собравшимися в центре реабилитантами, объявления общего плана работы с ними (в том числе и определения места и времени встречи с семьями) и завершения групповых психофизиологических упражнений, в строго назначенное время психологи встречают все семейные пары, явившиеся в зал групповой психотерапии и рассаживают каждую пару за отдельный столик с двумя стульями, на котором лежат заранее заготовленные листы бумаги и ручки (карандаши) в расчёте на каждого члена семьи. Семьи прибыли на реабилитационную встречу с психологами самостоятельно и добровольно, что свидетельствует о наличии у каждого из них определённого уровня мотивационного напряжения, связанного с ожиданиями преодоления имеющихся в семьях в данный момент психологических и психофизических проблем. Поэтому перед психологами на этой встрече стоит очень ответственная задача – по принципу «здесь и сейчас» помочь прибывшим ощутить изменения в их отношениях между супругами и связанных с ними психологических состояниях. Решить эту задачу психологи должны в очень короткое время взаимодействия со всеми семьями сразу и обеспечить каждому участнику соответствующий эффект появления психологических новообразований, в том числе и ощущения психологического удовлетворения от работы с психологами. Поэтому каждому клиенту предлагается взять ручки и на листах бумаги, не общаясь друг с другом, не подсматривая в текст партнёра

(партнёрши), написать: «За какие его (её) качества он (она) принял(а) в предсвадебное время решение выйти замуж или жениться?» Ждём все вместе до тех пор, пока не перечислит все качества партнёра последний участник этой работы. После её завершения следует указание перевернуть лист и на его обратной стороне написать: «А из-за каких качеств партнёра, проявляемых им в настоящее время, каждый из Вас может испытывать психологический дискомфорт и оказался здесь на этой встрече?» Все пишут, не мешая друг другу. После завершения работы последним из участников, психологи предлагают членам семей обменяться своими мнениями о лучших-худших качествах друг у друга, помогающих-мешающих организации благоприятных семейных отношений в парах.

Во время знакомства с мнениями о своих личностных качествах другого члена семьи ни один из участников этой игры (встречи) не остаётся равнодушным: все реагируют эмоционально мимикой лица, совершают жесты, осуществляют телодвижения головой, плечевым поясом, корпусом, ногами, раздаются позитивные вербальные высказывания, звучит юмор. Всё это позволяет психологам сделать вывод об определённом изменении психологического состояния каждого участника игры и их отношения друг к другу. Для закрепления достигнутого психологами успеха в семейной работе всем парам предлагается стать лицом друг к другу и приступить к ролевой игре «Зеркало» – к работе по построению «рожиц» друг другу. На любые уточняющие вопросы членов семей следует один ответ: «Ваше право любого выбора!» Когда участники игры приступают к парной работе, психологи внимательно наблюдают за тем, кто в какой паре начал «строить рожицы» своему партнёру (партнёрше) первым. Это необходимо психологам для последующего продолжения работы с каждой из этих пар в отдельности, т.к. при выполнении данного упражнения каждой семьёй мы чётко видим: кто в этой паре является лидером, а кто ведомым. Причём каждый ведомый в семейной паре бессознательно ощущает, что он в своей паре является именно таковым и внутренне с этим согласен и даже, более того, испытывает от этого психологический комфорт. Но дальнейшая семейная жизнь с её проблемами приводит к «забастовкам», «восстаниям» и даже «революциям» в семейных отношениях! Поэтому в ходе психотерапевтических сессий психологи должны разъяснить партнёрам в семьях, что это было объективно для них полезно и возвращение к такой же системе семейных взаимоотношений будет способствовать их дальнейшей гармонизации.

Можно считать, что за несколько минут работы с семьями бывших участников боевых действий психологи оказались способными добиться главного в своей деятельности: изменить психологическое состояние каждого члена семьи с того уровня, на котором оно находилось в момент входа в кабинет психологов, на тот уровень с которым они уходят из него. Причём каждая пара отрефлексовала достижение этого эффекта как невербально (мимикой и телодвижениями), так и вербально (смехом, юмором, высказываниями), подтвердив это своими заявлениями о достигнутом эффекте во время рефлексии.

В последующие дни при продолжении психологической помощи этим семьям психологи, работая с каждой парой, могут выявлять более серьёзные проблемы, требующие преодоления возможных психологических девиаций: алкоголизма, наркомании, агрессивности и т.п., возникших в результате ПТСР. При этом будет требоваться работа в присутствии жены с бывшим участником боевых действий, направленная на размывание, например, его алкогольной позиции. В целях превращения жены в психолога-активиста, который в дальнейшем (после возвращения домой из реабилитационного центра) будет продолжать необходимую психореабилитационную работу, рекомендуется провести работу по размыванию каждой психологической составляющей алкогольной установки супруга: когнитивной, эмоциональной, мотивационной, сексуальной, волевой, двигательной и т.д.

ПРОГРАММЫ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ ЧЕРЕЗ ПРОЕКТЫ В СФЕРЕ ИСКУССТВА

Отдельную роль в оказании психореабилитационной помощи играют мероприятия и проекты в сфере искусства на уровне всероссийских акций:

1. Организация концертной деятельности патриотической и лирической песни для участников боевых действий и их семей.

2. Организация выставок, посвященных героям России с древнейших времен до наших дней. В одной экспозиции могут быть представлены портреты исторических героев (Александра Невского, Дмитрия Донского, Александра Суворова, Михаила Кутузова, Александр Матросова) и героев специальной военной операции. Портреты напишут молодые художники, студенты, а также будут использованы произведения из фондов региональных музеев. В проекты также будут привлечены иностранные художники, которые пишут портреты современных российских героев. Такие выставки необходимы, чтобы подчеркнуть преемственность поколений, значимость вклада участников специальной военной операции в дело защиты Родины, а также то, что представители мировой общественности поддерживают политику России.

3. Организация лекций по истории России в театрализованном формате с привлечением известных актеров пенсионного возраста. Представители старшего поколения владеют инструментарием школы патриотического воспитания и могут делиться своими знаниями и опытом через искусство. Данное направление эффективно как помощь пожилым актерам, которые почувствуют себя востребованными. К тому же молодёжь приобретет важные жизненные ориентиры, знание истории, взаимосвязь прошлого и настоящего.

4. Для участников специальной военной операции, которые получили увечья и потеряли возможность полноценно работать, необходимо организовать курсы обучения ремеслам. Творческая работа увлекает и делает осмысленной жизнь. Это могут быть резьба по дереву, камню, изготовление ювелирных украшений, роспись. Педагоги будут ориентировать создавать произведения искусства в национальной стилистике. Необходимо наладить экспорт такой продукции за рубеж. Сейчас в Европе возрождается большой интерес к теме русского искусства, и подобные проекты могут иметь коммерческий успех. Места продаж можно организовать при русских центрах или на дружественных художественных площадках.

Таким образом, приобщение к искусству – это возможность формировать патриотическое настроение в обществе через музыкальные, образовательные программы, развитие творческих способностей, создание нового позитивного образа мира [14].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итоги, следует отметить, что эффективность психореабилитационных мероприятий во многом зависит от следующих факторов:

1) наличие релевантного жизненного и боевого опыта у лиц, оказывающих психологическую помощь участникам боевых действий, способствует установлению доверительных и доброжелательных отношений между посттравматиками и психологами;

2) оказание психореабилитационной помощи для профилактики и психокоррекции девиантного поведения желательно реализовывать в работе с членами семьи;

3) применение технологий арт-терапии и вовлечение деятелей искусства в психологическую поддержку посттравматиков позволяет достичь катарсиса и снизить их психическое напряжение при реадaptации к условиям мирной жизни.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Близнюк Л.И. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) у комбатантов: клиника, диагностика, коррекция // Военная медицина. 2006. № 1 (1). С. 31-40.

2. Бонкало Т.И. Посттравматическое стрессовое расстройство: дайджест / Т. И. Бонкало. – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – 28 с. [электронный ресурс] URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/daydzhestmeditsinskiy-turizm-i-eksport-meditsinskikh-uslug/> (дата обращения: 22.10.2023).

3. Гаранян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия посттравматического стрессового расстройства // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 3 (78). С. 46-72.

4. Гнездилов Г.В. Проблема посттравматизма у воинов // Ежегодник Российского психологического общества. 2002. Т. 9. № 1. С. 235.
5. Гнездилов Г.В., Чертополох А.А. Проблема психологической готовности в трудах Дьяченко М.И. и задачи совершенствования деятельности войсковых психологов // Актуальные проблемы профессионально-практической психологии (Дьяченковские чтения – 2022). Сборник научных трудов I Международной научно-практической конференции. Москва, 2022. С. 84-89.
6. Евенко С.Л., Кузьмина Е.И., Поветьев П.В. Опыт формирования психологической готовности военнослужащих в отечественных и зарубежных исследованиях // Военный академический журнал. 2023. № 2 (38). С. 45-53.
7. Захарик, С.В. Формирование психологической устойчивости у воинов-десантников к влиянию факторов современного боя: на основе опыта боевых действий в Афганистане: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.14 / С.В. Захарик. – М.: Гуманит. акад. вооружен. сил, 1993. – 24 с.
8. Какая психотерапия эффективнее при ПТСР? // Консультативная психология и психотерапия. 2022. Т. 30. № 2 (116). С. 167-171.
9. Кононов А.Н. Особенности переживания состояния тревоги кардиологическими больными в условиях стационара / А.Н. Кононов // Вестник Московского государственного областного университета. – 2016. – № 3. – С. 3.
10. Крук В.М., Абдурахманов Р.А., Анцупов А.Я. и др. Военная психология: методология, теория, практика. Часть 1. – М.: Военный университет, 1998. – 192 с.
11. Кубышко В.Л., Крук В.М., Гайдамашко И.В., Вахнина В.В., Федотов А.Ю. Мотивация специалиста силовых структур как основная компонента профессионально-личностной надежности в сложных ситуациях // Психология и право. 2022. Т. 12. № 4. С. 66-82.
12. Митянин Р.Н., Кокурин А.В. Организация психологической помощи военнослужащим в условиях длительного пребывания в зоне боевых действий [электронный ресурс] URL: [https://psy.su/feed/11609/?utm_campaign=news&utm_medium=mail&utm_source=%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D0%BF%D0%B8%D1%81%D1%87%D0%B8%D0%BA%D0%B8&utm_content=\(дата обращения: 22.10.2023\)](https://psy.su/feed/11609/?utm_campaign=news&utm_medium=mail&utm_source=%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D0%BF%D0%B8%D1%81%D1%87%D0%B8%D0%BA%D0%B8&utm_content=(дата%20обращения%3A%2022.10.2023)).
13. Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В.А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. – 624 с.
14. Серкин В.П. Методологическая схема работы с ПТСР военнослужащих: новые образ мира и образ жизни [электронный ресурс] URL: [https://psy.su/feed/11651/?utm_campaign=news&utm_medium=mail&utm_source=%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D0%BF%D0%B8%D1%81%D1%87%D0%B8%D0%BA%D0%B8&utm_content=\(дата обращения: 22.10.2023\)](https://psy.su/feed/11651/?utm_campaign=news&utm_medium=mail&utm_source=%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D0%BF%D0%B8%D1%81%D1%87%D0%B8%D0%BA%D0%B8&utm_content=(дата%20обращения%3A%2022.10.2023)).
15. Фрейд З. «Я» и «Оно»: Сборник / Пер. с нем. – СПб.: Азбука, Азбука Антикус, 2013. – 288 с.

THE FEATURES OF PSYCHOREHABILITATION WORK WITH COMBAT PARTICIPANTS WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER (PTSD)

Gnezdilov G.V.¹, Kiselev V.V.¹, Gnezdilova M.G.²

¹State University of Education
Mytishchi, Russia

²The Ministry of Culture of the Russian Federation
Moscow, Russia

ABSTRACT

The content of the main psychotraumatic situations that negatively affect the psyche of military personnel participating in active combat operations is revealed in the article. The authors note that psychological assistance to military personnel participating in hostilities should be organized in three main areas: 1) it is necessary during the hostilities themselves for persons who will be classified as psychogenic losses; 2) in hospitals during their treatment after injury; 3) in specialized rehabilitation centers. Working with a psychologist in a hospital should allow a post-traumatic person to “pull” to the conscious level of the psyche the tormenting (psychotraumatic) and unconscious problems, reflect on them and begin to actively and consciously (planned) overcome them. Psycho-rehabilitation work, in addition to restoring the psychophysical health of former combatants, is designed to ensure the prevention of alcoholism (and even drug addiction) in conditions of a rehabilitation center, where a sufficient number of military personnel are simultaneously admitted. The authors note that the effectiveness of psycho-rehabilitation measures largely depends on the following factors: 1) the presence of relevant life and combat experience among persons providing psychological assistance to combatants contributes to the establishment of trusting and friendly relationships between post-traumatic patients and psychologists; 2) the provision of psycho-rehabilitation assistance for the prevention and psycho-correction of deviant behavior should preferably be implemented in work with family members; 3) the use of art therapy technologies and the involvement of artists in the psychological support of post-traumatic victims makes it possible to achieve catharsis and reduce their mental stress during readaptation to the conditions of peaceful life.

KEY WORDS

psychorehabilitation work, combatants, post-traumatic stress disorder, PTSD, rehabilitation center, family psychological assistance to rehabilitators.