

**Администрация Санкт-Петербурга
Отдел по связям с религиозными организациями**

СПб ГКУЗ «Городской центр медицинской профилактики»

**Автономная некоммерческая организация
«Содружество по противодействию детско-подростковой дезадаптации «Герой»**

**«ПОСТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО.
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА
И СОПРОВОЖДЕНИЕ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ
И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ»**

Сборник материалов по итогам межведомственной
научно-практической конференции
3 ноября 2023 года

Санкт-Петербург
2024 г.

Научные рецензенты:

Утлик Эрнст Платонович, заслуженный работник высшей школы, доктор психологических наук, профессор;

Сыромятников Игорь Васильевич, доктор психологических наук, профессор

Посттравматическое стрессовое расстройство. Социально-психологическая поддержка и сопровождение участников боевых действий и членов их семей: сборник материалов межведомственной научно-практической конференции / Под ред. А.Н. Суслина, Ю.Н. Тарасовой, А.Г. Караяни. - СПб: изд. 2023. - 75 с.

3 ноября 2023 года в Санкт-Петербурге состоялась научно-практическая конференция. Инициатива её проведения, выдвинутая социально ориентированной некоммерческой организацией «Содружество по противодействию детско-подростковой дезадаптации «Герой», была поддержана Отделом по связям с религиозными организациями Администрации Санкт-Петербурга и Центром медицинской профилактики Санкт-Петербурга.

Сборник материалов конференции составлен из статей, написанных на основе докладов, освещающих с разных сторон (медицинской, психологической, социальной, правовой) проблемы, связанные с посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР) у ветеранов боевых действий, а также методы психологической помощи ветеранам СВО и членов их семей. Сборник материалов должен стать своеобразным учебным пособием, настольной книгой для специалистов, родных и близких участников, столкнувшихся с рассматриваемой проблемой.

«Содружество по противодействию детско-подростковой дезадаптации «Герой», оставляя за собой роль инициатора и одного из организаторов конференции, окажет всестороннюю помощь в поддержке связей между участниками конференции и лицами, работающими в данной области, и продолжит тематику ПТСР в ряде последующих конференций.

Наш адрес: 191144 Санкт-Петербург, ул. 7-я Советская, д. 29; тел./факс: (812)271-28-84; (921)902-29-43; e-mail: geroi2000n@mail.ru; сайт: www.geroi-spb.ru Суслин Александр Николаевич

© Администрация Санкт-Петербурга
Отдел по связям с религиозными организациями
© АНО «Содружество по противодействию
детско-подростковой дезадаптации «Герой»

ОГЛАВЛЕНИЕ

Приветственное слово Губернатора Санкт-Петербурга

Караваева Т.А.	Методический подход к организации психолого-психотерапевтической помощи больным с посттравматическими стрессовыми расстройствами. Доказательная диагностика и терапия ПТСР	6
Караяни А.Г.	Социально психологическая реадаптация ветеранов боевых действий	10
Караяни А.Г.	Методы психологической помощи ветеранам боевых действий	15
Шаповал В.А.	Психодиагностические критерии эффективности психологической реабилитации комбатантов	19
Патрухин А.П. Веселова С.А.	Комплексный подход в лечении психосоматических расстройств у пациентов с ПТСР	25
Голуб Я.В.	Психофизиологические подходы к автоматизированной психокоррекции ПТСР	29
Тарасова Ю.Н.	Социально-правовое сопровождение лиц с ПТСР и членов их семей	34
Эльсалиева Е.А.	Бережная коммуникация. «5 шагов» - комплекс прикладных инструментов психологической поддержки населения в трудной жизненной ситуации	37
Привалова М.Л.	Организация социального обслуживания граждан и особенности признания отдельных категорий граждан нуждающимися в социальном обслуживании в Санкт-Петербурге	39
Гречишкина М.А.	Координационный центр по вопросам социальной поддержки граждан. Новые подходы к организации помощи, проблемы, решения	42
Скрышник В.В.	Роль групповой терапии в психологической помощи участникам СВО и членам их семей	45
Вакуева Д.П.	Поведенческие изменения у подростков 12-17 лет, родители которых участвуют или участвовали в СВО. Методические рекомендации при общении и способы мотивации	47
Бадалий А. В., Гусакова Е.В.	Особенности работы психолога с детьми из семей участников боевых действий с использованием мультимедиа	49

Зуева О.В., Кульшенко Д.Л., Шворак С.А.	«Разговоры о важном» и посттравматическое стрессовое расстройство	52
Полушина О.Б.	Психологическое сопровождение родственников военнослужащих пропавших без вести	54
Чернякова О.Н.	Программы социально-психологической адаптации женщин	60
Забашта Ж.В.	Опыт применения методов лечения ПТСР в практике волонтеров в госпиталях	62
Тепляков О.В.	Организация информационно-коммуникационной помощи участникам боевых действий и членам их семей	65



ГУБЕРНАТОР САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

*Участникам, организаторам и гостям
мультидисциплинарной научно-практической
конференции «Посттравматическое стрессовое
расстройство. Психологическая, медико-
социальная поддержка и сопровождение
участников боевых действий
и членов их семей»*

Уважаемые друзья!

Приветствую вас на конференции «Посттравматическое стрессовое расстройство. Психологическая, медико-социальная поддержка и сопровождение участников боевых действий и членов их семей»!

В Петербурге принят комплекс мер социальной поддержки военнослужащих Вооружённых Сил, участников специальной военной операции, ветеранов боевых действий. Мы проводим большую работу по социальному сопровождению семей участников СВО.

Одна из наших важнейших задач – обеспечивать эффективное взаимодействие органов государственной власти, институтов гражданского общества и религиозных объединений.

Сегодня гармоничная система координации и социального партнёрства выстроена на всех уровнях. Налаживание тесных отношений между социальными работниками различных ведомств и структур – залог плодотворного сотрудничества и гарантия общей результативной работы.

Желаю вам здоровья, благополучия и успехов!

Губернатор Санкт-Петербурга

А.Д.Беглов

**Методический подход к организации психолого-психотерапевтической помощи больным с посттравматическими стрессовыми расстройствами.
Доказательная диагностика и терапия ПТСР**

Каравеева Т. А.,
д.м.н., профессор, НМИЦ психиатрии
и неврологии им. В.М. Бехтерева,
руководитель Федерального консультационно-методического
центра по психотерапии
tania_kar@mail.ru

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) представляет собой психическое расстройство, которое развивается, главным образом, в результате неожиданного воздействия экстремальной психотравмирующей ситуации, включающей, как правило, угрозу смерти субъекта или кого-либо из его ближайшего окружения, сексуальное и физическое насилие, кардинальное изменение условий и качества жизни и т.д. Клиническая картина представлена, в первую очередь, повторяющимися переживаниями травматических событий навязчивого характера и их элементов в контексте «здесь и сейчас» в форме флэшбеков и других диссоциативных реакций, кошмарных сновидений и сопутствующих физиологических реакций. Такие проявления сопровождаются сильными тревожными переживаниями, паникой, а в некоторых случаях – злостью, агрессией, гневом, попытками игнорировать различные стимулы, ассоциирующиеся с причиной выраженного дистресса. Симптомы возникают обычно в течение шести месяцев от стрессового воздействия. Заболевание характеризуется высокой коморбидностью с другими психическими расстройствами и может приводить к изменению личности [2; 10].

Для организации помощи таким пациентам важно четко определять соответствие состояния диагностическим критериям, а также организовывать мероприятия по активному, скорейшему и своевременному выявлению лиц с признаками ПТСР.

В клинической картине ПТСР выделяют следующую специфическую (основную) симптоматику [5; 7; 8; 9]:

1. Повторяющиеся переживания травмирующего события (флэшбеки, представленные в навязчивых реминисценциях, ярких навязчивых воспоминаниях или повторяющихся снах). В большинстве случаев они неприятны и аффективно насыщены [7; 8].

2. Избегание действий и ситуаций, напоминающих о травме (фактическое избегание, чувство «онемения» и эмоционального притупления, отрешенности, невосприимчивости к окружающему, эмоциональная отстраненность, ангедония, ограничительное поведение) [7; 8].

3. Чрезмерное физиологическое возбуждение (бессонница, связанная с наплывом неприятных воспоминаний о травматическом событии, гиперактивность – сверхнастороженность, повышенная реакция испуга) [7; 8; 9].

Также у пациентов с ПТСР могут отмечаться следующие нарушения [7; 9]: психогенная амнезия, либо частичная, либо полная, в отношении важных аспектов периода воздействия стрессора; формирование депрессивных переживаний, эпизодическая или генерализованная тревожность; постоянное внутреннее напряжение; нарушения сна; субъективно воспринимаемые нарушения памяти; повышенный рефлекс четверохолмия на внезапные раздражители внешней среды (световые, зрительные, слуховые, тактильные) может легко возникнуть вздрагивание, вскакивание, вскрикивание или наоборот, «застывание»; постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и *numbing* — эмоциональное онемение, блокировка эмоциональных реакций, оцепенение (не наблюдалось до травмы); 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.

Основной метод диагностики ПТСР – клинический. Специалист опрашивает жалобы пациента, собирает анамнез, оценивает психический статус. Вначале для постановки диагноза необходимо установить факт наличия в анамнезе пережитой ситуации угрожающего, катастрофического характера и оценить наличие связи между психопатологическими симптомами и психотравмирующей ситуацией [1; 9]. При отсроченной манифестации ПТСР целесообразно выявить, что послужило триггером для формирования симптомов. При опросе пациентов с ПТСР рекомендуется использовать Структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД), модуль I «ПТСР», оно может облегчить проведение дифференциальной диагностики.

Организация помощи при данном расстройстве включает в себя профилактические мероприятия, медико-психологическую помощь, реабилитационные мероприятия. Основные принципы оказания помощи при ПТСР [3]: принцип раннего выявления психических расстройств; принцип доступности медико-психологической помощи; принцип комплексности в оказании медико-психологической помощи; принцип полипрофессионального подхода в оказании помощи; принцип мобилизации собственных копинг-стратегий; принцип динамического сопровождения; принцип поддержки семьи и сообщества.

Организация помощи пациентам с ПТСР должна реализовываться на основании актуальных клинических рекомендаций, в соответствии с действующим Порядком оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия» и утвержденными стандартами медицинской помощи. В качестве основной терапевтической стратегии пациентам с ПТСР рекомендована комбинация психофармакотерапии и психотерапии (когнитивно-поведенческой, нарративной экспозиционной и др.) [6].

Основной целью при оказании медико-психологической (психиатрической, психотерапевтической, психологической) помощи при ПТСР лицам, уволенным с военной службы, и членам их семей, должно становиться обеспечение ее доступности и эффективности. Важно выстраивать четкую координацию работы психотерапевтических подразделений – кабинетов и отделений, обеспечивать преемственность в оказании помощи пациентам с ПТСР с привлечением других

специалистов, организуя комплексный подход к осуществляемым лечебно-диагностическим мероприятиям. При организации деятельности Центров психосоциальной реабилитации, психотерапевтических центров, центров психического здоровья важно учитывать этапный характер лечения и профилактики стрессовых расстройств с помощью интеграции сил специалистов в полипрофессиональной бригаде: врач психиатр и/или психотерапевт, клинический (медицинский) психолог, врачи общей практики, социальный работник [4].

1. Первый этап направлен на реализацию мероприятий по снижению рисков развития ПТСР: организация качественной и своевременной помощи населению (активное выявление лиц, требующих неотложной помощи, и направление их к профильным специалистам в медицинские учреждения); эффективное взаимодействие с медицинскими работниками в других сферах, обучение их распознаванию и выявлению стресс-ассоциированных расстройств, организация маршрутизации пациентов к профильным специалистам; диагностика и начальное лечение стресс-ассоциированных расстройств.

2. Второй этап включает проведение комплексной психо-фармакотерапии: клиническая и экспериментально-психологическая диагностика ПТСР и расстройств адаптации, установление наличия коморбидной патологии; выбор оптимальной стратегии психофармакотерапии и проведение курса медикаментозного лечения ПТСР и расстройств адаптации; выбор форм и методов психотерапии ПТСР и расстройств адаптации и проведение психотерапевтических интервенций (групповая и индивидуальная терапия).

3. Третий этап состоит из комплекса мероприятий по психосоциальной реабилитации лиц с ПТСР: диагностика неадаптивных индивидуально-психологических особенностей данной группы лиц; проведение психотерапевтических мероприятий в отношении лиц с изменениями личности при ПТСР.

Список литературы:

1. Васильева А.В., Караваева Т.А., Лукошкина Е.П. Диагностика и терапия посттравматического стрессового расстройства в клинике пограничных расстройств и соматической медицине // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций / Н.В.Семенова, Под ред. Н.Г.Незнанова Выпуск 2. СПб.: Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2019. С. 300–324.

2. Волошин В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство. Феноменология, клиника, систематика, динамика и современные подходы к психотерапии. М.: Анахарсис, 2005. 199 с.

3. Идрисов К.А. Особенности оказания психотерапевтической помощи лицам с непсихотическими психическими расстройствами в условиях длительной чрезвычайной ситуации // Психическое здоровье. 2010. Т.12, № 55. С. 25–30.

4. Караваева Т.А., Васильева А.В., Идрисов К.А., и др. Посттравматическое стрессовое расстройство: Клинические рекомендации. Взрослые. Электронное издание. М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2023.

5. Краснов В.Н. Острые стрессовые расстройства как проблема психиатрии катастроф: клинические и организационные аспекты // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. Т. 2. С. 5–10.

6. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, M€oller H-J, Zohar J, Hollander E, Kasper S, M€oller H-J, Bandelow B, WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Anxiety, Obsessive- Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders, et al.2008.

7. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders – first revision. World J Biol Psychiatry. 9(4): 248–312

8. Cloitre M., Brewin C.R., Bisson J.I., Hyland P., Karatzias T., Lueger-Schuster B., Maercker A., Roberts N.P., Shevlin M. Evidence for the coherence and integrity of the complex PTSD (CPTSD) diagnosis: response to Achterhof et al., (2019) and Ford (2020) // Eur. J. Psychotraumatol. 2020. Vol. 11, N. 1. P. 1739873. DOI: <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1739873>

9. Keeley J.W., Reed G.M., Roberts M.C., Evans S.C., Robles R., Matsumoto C., Brewin C. R., Cloitre M., Perkonig A., Rousseau C., Gureje O., Lovell A.M., Sharan P., Maercker A. Disorders specifically associated with stress: A case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders // Int. J. Clin. Health Psychol. 2016. Vol. 16, No. 2. P. 109–127. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.09.002>

10. Mauro C., Reynolds C.F., Maercker A., et al. Prolonged grief disorder: clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines // Psychol. Med. 2019. Vol. 49, N. 5. P. 861–867. DOI: <https://doi.org/10.1017/s0033291718001563>

11. Peters L., Slade T., Andrews G. A Comparison of ICD10 and DSM-IV Criteria for Posttraumatic Stress Disorder // J. Trauma Stress. 1999. Vol. 12. P. 335–343. DOI: <https://doi.org/10.1023/a:1024732727414>

Социально-психологическая реадаптация ветеранов боевых действий

Караяни А. Г.,

профессор кафедры психологии служебной деятельности
Санкт-Петербургского военного института
войск национальной гвардии,
член-корр. Российской академии образования,
Заслуженный деятель науки Российской Федерации,
д.психол.н., профессор,
karayani@mail.ru

Специальная военная операция российских войск ярко демонстрирует роль психологического измерения военных событий. При этом зримо проявляется не только решающая роль моральных сил в противоборстве с противником, но и нацеленность воюющих сторон на подавление психологических возможностей противника. Психика участников боевых действий становится решающим орудием достижения победы и главной мишенью разрушительного воздействия. Для того, чтобы выжить в обстановке повседневной смертельной опасности, неизвестности, неопределённости, высочайшего физического и психологического напряжения, необходимости физически уничтожать противника и т.д., человек должен кардинально измениться. Его нервная, гормональная, сердечно-сосудистая и другие системы, психика, иерархия ценностей, привычки поведения должны перестроиться под требования боевой обстановки. Различия между мирными и военными условиями таковы, что требуют кардинальной перестройки режима функционирования физиологии, психики, системы ценностей, идентичности личности участника боевых действий. Именно совокупность таких приспособительных изменений позволяет человеку превратиться в воина, эффективно действовать и выживать в боевой обстановке. Однако за пределами зоны боевых действий комплекс приобретённых полезных изменений становится дезадаптивным. То, что спасало воина в бою, мешает ему полноценно психологически вернуться в повседневные условия жизни и адаптироваться к мирному социуму [1; 3].

Так, позволявшая выживать в боевой обстановке постоянная бдительность и настороженность, стремление многократно проигрывать предстоящие действия в уме, в мирных условиях нередко трактуется окружающими как чрезмерная возбудимость. Полезная на войне реактивность воспринимается мирными людьми как нервозность и невыдержанность. Спасавшая воина от драматических переживаний потеря и психотравм притушенность чувств теперь и оценивается окружающими как холодность, бесчувственность, безразличие. Стрессовый гормональный коктейль в крови, который делал воина бдительнее, сильнее, выносливее, теперь проявляется в своеобразной «ломке» (недостаток острых ощущений, лёгкая возбудимость, агрессивность) и оценивается мирными людьми как злобность [2; 8] и т.д.

Не случайно, в первое время после возвращения участников боевых действий в мирный социум, некоторые специалисты ставят им диагноз – посттравматическое

стрессовое расстройство (ПТСР). На самом деле здесь имеют место нормальные реакции реадaptации, то есть обратного приспособления к мирной жизни. Такая реадaptация должна произойти на уровне нейронных сетей головного мозга, изменения гормонального состава крови, преобразования «боевых рефлексов» в мирные привычки поведения и общения. Она должна произойти у каждого участника боевых действий. Но у каждого по-разному, с разной скоростью и силой. У одних она завершится за несколько дней, а у других – несколько месяцев. Всё зависит от особенностей личности, боевого опыта, тяжести пережитых на войне травматических ситуаций.

Этот процесс, который люди должны пережить, может быть облегчён специальной целенаправленной работой командиров, психологов, социальных работников, которая квалифицируется как социально-психологическая реадaptация (СПР). СПР – это организованное «психологическое возвращение» военнослужащих в мирные условия жизнедеятельности после продолжительного выполнения сложных боевых задач. Его целью является достижение плавного, бескризисного, бережного «встраивания» участников боевой деятельности в систему социальных связей и отношений мирного социума. Для того, чтобы реализовать эти функции СПР, нужно чётко понимать, что психологические последствия участия в боевых действиях не сводятся исключительно к ПТСР и стресс-ассоциированным расстройствам. Следует подчеркнуть, что проблема ПТСР искусственно преувеличивается. По оценкам специалистов ветераны боевых действий с ПТСР могут составить от 3% до 11% от общего числа участников боевых действий [7]. Это много, но всё же от 89% до 97% возвращающихся с войны ветеранов – это психически здоровые люди, которые временно переживают кризис реадaptации.

В общей массе ветеранов выделяют три категории (группы): 1) лица, испытывающие посттравматический рост (те, кто благодаря войне обнаружили в себе силы и способности достигать в жизни большего), 2) лица, переживающие кризис реадaptации (те, кто проходит процесс естественной реадaptации к мирной жизни; порой – болезненно, испытывая сильнейшие отдельные психологические проблемы, не составляющие развёрнутые формы психических расстройств) и 3) лица, страдающие ПТСР [8].

Мы также выделяем в общей группе ветеранов категорию «волки войны», то есть тех, кто психологически срослись с войной, адаптировались к ней, признали её своим «местом силы», не мыслящие себя без оружия, без боевых товарищей, для которых мирная жизнь пресна и бессмысленна.

Если в психологической реабилитации (восстановлении нарушенных или утраченных вследствие физической или психической травм функций) нуждаются преимущественно раненые, инвалиды и лица с психическими расстройствами, то СПР нужна каждому воину. Он может не осознавать этого, но от этого потребность в психологическом, прежде всего в социально-психологическом, вспомоществовании не снижается.

Ведущими направлениями деятельности в рамках СПР, по российскому опыту и опыту зарубежных стран являются [1; 2] следующие направления.

1. Поощрение процесса когнитивно-смысловой переработки военного опыта ветеранами посредством включения их в активную социальную жизнь, требующую

осмысления и выражения своих взглядов, позиций. Для этого необходимо направлять их в трудовые, учебные, научные коллективы для выступлений со своим опытом. Не страшно, что, если им иногда придётся защищать свою позицию.

2. Создание вокруг ветеранов боевых действий рееадаптирующей социальной среды. Установлено, что человек в экстремальных условиях не может спать полноценно. По некоторым данным одно из полушарий постоянно бодрствует. Это не даёт травматическим мыслям и образам консолидироваться и перейти в биографическую память, чтобы стать прошлым [6].

В результате ветеран боевых действий носит в своём подсознании все травматические воспоминания как осколки снаряда в теле, которые при любом неудобном движении причиняют боль. В связи с этим важнейшей задачей СПР является создание такой социальной среды вокруг ветерана, которая посылала бы ему сигналы, что он — в безопасной обстановке. Такая среда поможет осуществить перевод психики и нервной системы с военного на мирный режим функционирования, «выключение» аварийной (симпатической) схемы реагирования на события; формирование нейронных сетей, регулирующих мирное поведение и угасание боевых рефлексов.

И главным институтом социально-психологической рееадаптации должна стать семья. Большинство семей этого сделать не может по неведению. Поэтому предстоит большая работа по информированию и психологической подготовке семей к встрече и интеграции со своими ветеранами.

3. Удовлетворение обострившихся потребностей, которые мы обозначаем как «комплекс 4П». Этот комплекс включает потребности «быть понятым», «быть признанным», «быть принятым» и «быть поддержанным». Если возникнут такие статусные перепады, как «лучший танкист бригады на войне» и «малоуспешный таксист «в миру», то это не только причина для рождения сильного внутриличностного конфликта, но и возможный путь попадания в асоциальные группы (где поймут, признают, примут и поддержат), или в девиации (алкоголизм, наркомания, самоубийство и т.д.).

Необходимо серьёзно и целенаправленно заниматься маршрутизацией энергии и возросшей активности ветеранов, то есть нахождением и/или созданием мест (статусов, ролей) для приложения их инициатив. Нельзя допускать «инфляции» образа ветерана-героя в общественном сознании. Столкновение ветерана с безразличным обществом — это высокий риск вторичной психотравматизации (травма социумом) [4]. И здесь вновь важнейшую роль должна сыграть семья ветерана.

4. В

ывяление и скорейшее разрешение психологических проблем ветеранов. Здесь возникает ряд проблем, которые мешают обращению ветеранов к психологу: выраженная маскулинность воинов («я мужик, справлюсь сам!»), страх стигматизации («приклеится ярлык «психа», не отлепишь всю жизнь»), отсутствие культуры и традиции обращаться к психологу, отсутствие в общественном сознании образа психолога как образца достойного и надёжного профессионала и т.д. Поэтому требуется большая разъяснительная работа с самими ветеранами.

При обращении ветерана за психологической помощью, нужно маршрутизировать психологическую помощь и идти «снизу», «сверху» [5] и «сбоку».

Подход «снизу» означает, что необходимо «выводить войну» из тела ветерана, то есть, искать и разбивать мышечные зажимы. Эффективно использовать такие приемы как палсинг (pulsing), традиционный массаж, йога, стретчинг (stretching), ритмическая активность (ходьба, бег).

Необходимо выводить из крови кортизол, нормализовать сон (техники ограничения сна, контроля стимула, регуляции циркадных ритмов, работа с деструктивными убеждениями, релаксация и т.д.). При помощи специалиста изменять смысл ночных кошмаров, выявлять триггеры флэшбэков и подбирать для них нейтрализаторы (копинг, методы психической саморегуляции).

Подход «сверху» проводится с помощью таких методов и методик как когнитивно-поведенческая терапия, логотерапия, техника «Линии жизни», позволяющая выстраивать жизненные смыслы, перспективу, превращать семью в место силы.

Важно организовывать рэп-группы из ветеранов боевых действий; помогать им с интересной работой, хобби, включать в общественную деятельность, предлагать проекты, поддерживать высокий статус ветеранов в обществе. Самое главное - создавать «оазисы» понимания, поддержки, безопасности и комфорта. Марксово «бытие определяет сознание» работает неуклонно.

Подход «сбоку» включает оказание медикаментозной поддержки, призванной снизить возбуждение, напряжение, агрессию, блокировать неблагоприятные психосоматические процессы.

Конечно, всё это может помочь, если ветеран будет действительно мотивирован на изменения и получит поддержку своего ближайшего, ближнего и дальнего окружения.

Список литературы:

1. Караяни, А. Г., Корчемный, П. А. Психологическая помощь военнослужащим в экстремальных условиях. М.: Изд-во ВУ, 2010. 348 с.
2. Караяни А.Г. Психология боевого стресса и стресс-менеджмента. М.: Юрайт, 2020. 145 с.
3. Караяни, А. Г., Волобуева, Ю. М., Дубяга, В. Ф. Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий. – М., 2007. 120 с.
4. Караяни Ю.М. Социально-психологическая реабилитация инвалидов боевых действий: дис. ...докт. психол. н. М.: МГУ, 2015. 343 с.
5. Колк Б. ван дер. Тело помнит все: какую роль психологическая травма играет в жизни человека, и какие техники помогают ее преодолеть: пер. с англ. И. Чорного. М.: Эксмо, 2022. 464 с.
6. Мортон К. Исцеление от травмы. Как справиться с посттравматическим стрессом и вернуться к полноценной жизни / Пер. с англ. А. Цыганковой. М.: «Манн, Иванов и Фербер» , 2022. 320 с.

7. Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством: методические рекомендации / Н.В. Семенова, А.Ю. Гончаренко, С.В. Ляшковская, М.Ю. Попов, В.К. Шамрей, Е.С. Курасов, А.А. Марченко, Н.Г. Незнанов. – СПб., НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2022.
8. Matthews, M. D. Head strong: How Psychology revolutionizing War / M. D. Matthews. N. Y.: Oxford university press, 2014.

Методы психологической помощи ветеранам боевых действий

Караяни А.Г.,

профессор кафедры психологии служебной деятельности
Санкт-Петербургского военного
института войск национальной гвардии,
член-корр. Российской академии образования,
Заслуженный деятель науки Российской Федерации,
д.п.с.н., профессор
karayani@mail.ru

Развитие специальной военной операции российских войск сопровождается ростом количества её участников, нуждающихся в психологической помощи.

Изучение опыта организации психологической помощи ветеранам войн показывает [1; 3; 4; 7; 9; 10; 11], что эта категория нуждающихся в помощи весьма специфична и требует особого подхода.

В частности установлено, что ветераны боевых действий избегают:

- длительных диагностических процедур;
- «лобовых» обращений к их психологическим проблемам;
- участия в протяжённых по времени коррекционных, развивающих и терапевтических процедурах;
- обращения к специалистам, не имеющим опыта участия в боевых действиях (военной службы, службы в силовых ведомствах и т.д.).

Одновременно ветераны боевых действий живо и искренне откликаются на опыт, советы и поддержку боевых товарищей, сослуживцев, побратимов.

Перечисленные обстоятельства требуют поиска или/и создания специальных технологий, методов, техник для работы с ветеранами боевых действий.

Опыт систематической работы с ветеранами и инвалидами боевых действий в Центре восстановительной терапии «Русь» (2002–2015 гг.) позволил разработать ряд психотехник, позволяющих учитывать специфику психологической работы с данной категорией.

Так, для выявления психологических проблем ветеранов боевых действий нами была разработана психотехника «Вавилонский базар». Она предназначена для групповой работы с ветеранами боевых действий и реализуется по следующей методической схеме [7; 9].

1. Участникам, после разъяснения сути процедуры, выдаются одинаковые листки бумаги и одинаковые авторучки (карандаши), и предлагается печатными буквами написать о своей проблеме, после чего листочки сворачиваются одинаковым образом и опускаются в пакет (ящик, шапку).

2. Затем ведущий достаёт по одному листочку, зачитывает записанную на нём проблему и организует её обсуждение в безоценочном, рекомендательном формате, с использованием правил Я-высказываний.

Коллективным голосованием может выбираться оптимальный способ решения проблемы.

Участник, заявивший обсуждаемую проблему, может участвовать в её обсуждении анонимно.

3. После завершения обсуждения всех проблем ведущий предлагает участникам, при желании, поменять свою проблему (не называя её) на любую другую. Если кто-то решится на такой обмен, он должен объяснить, чем эта проблема лучше, чем его (анонимная) жизненная трудность.

При правильном проведении психотехники она производит следующие корректирующие эффекты. Во-первых, *снимает эффект уникальности*, то есть даёт каждому участнику обратную связь о том, что его проблема не уникальна (у каждого участника есть проблема, а порой не одна). Во-вторых, *снимает эффект ущербности*, то есть позволяет каждому участнику понять, что его проблема далеко не самая страшная. Как правило, никто не меняет свою проблему на чужую, осознавая, что своя – более привычная и менее драматичная. В-третьих, предоставляет каждому участнику целый *арсенал рекомендаций* по решению проблемы, который обсуждается в группе, доводится до группового решения (*нормы*) и *рефлексируется заявителем*. В-четвертых, *надёжно гарантирует анонимность процедуры*.

Анализ психологических проблем участников СВО, изученных группой исследователей в одном из центров медико-психологической реабилитации, показал, что абсолютно доминирующей проблемой является нарушения сна, сопровождаемое ночными кошмарами. На эти симптомы указывают до 65% реабилитантов. Это в три и более раз превышает частоту проявления других психологических проблем ветеранов боевых действий.

Порой (когда нарушение сна происходит не менее 3 ночей в неделю и проявляется не менее 3 месяцев, вызывая дистресс и дезадаптацию) проблема нарушения сна достигает уровня психического расстройства — *инсомнии*. В этом случае помощь страдающему оказывается врачом-психиатром или психотерапевтом.

В том случае, когда проблема не достигает клинического уровня, помощь страдающему может быть предоставлена психологом.

Методы психологического вспомоществования участникам боевых действий в зоне выполнения боевых задач освещены в литературе [8].

В практике психологической работы с лицами, у которых отмечаются трудности с началом (инициацией) сна; трудности поддержания сна, характеризующиеся частыми пробуждениями или проблемами возвращения ко сну после ночного пробуждения; раннее утреннее пробуждение с невозможностью вернуться ко сну сформировались эффективные методы оказания психологической помощи (см. табл. 1)[2].

Таблица 1

Методики психологической помощи при нарушениях сна

Техника	Цель
Терапия ограничением сна	Ограничить фактическое пребывание пациента в постели с целью обеспечения более глубокого и стабильного сна

Терапия контроля раздражителя	Устранение отрицательных условных рефлексов, связанных со сном. Спальня должна ассоциироваться со сном.
Релаксационная терапия	Уменьшение возбудимости и тревожности пациента
«Настройка» циркадных ритмов	Регулярный цикл «сон/бодрствование», использование света для синхронизации биологических ритмов
Когнитивная терапия	Разъяснение пациенту ложных представлений о сне и о способах его улучшения
Когнитивная поведенческая терапия	Комбинация поведенческих и когнитивных подходов, перечисленных выше

Одной из причин нарушения сна являются ночные кошмары, в которых военнослужащие могут испытывать ужас, тревогу, чувство стыда, вины, одиночества, безысходности, неуверенности в себе. Сегодня известно, что некоторые ночные кошмары являются актами психотравматизации.

Через ночные кошмары травматические события боевой деятельности вновь и вновь вторгаются в жизнь участников и ветеранов боевых действий. Эти вторжения, нарушая продолжительность сна, сопровождаются психическим истощением, снижением эмоционального фона, порождением необоснованного беспокойства и тревоги, усилением раздражительности, конфликтности, социальной дезадаптации. Возникает эффект порочного круга: нарушение сна ведет к формированию симптоматики стрессового ряда, стресс негативно влияет на процесс сна и т.д. [5].

В работе с ночными кошмарами хорошо зарекомендовали себя психотехники «Завершение сна», «Диалог со сном», «Рисунок сна» [6]. При разной методической схеме их реализации терапевтический механизм у них один и тоже — трансформация образа сна из устрашающего, унижающего, ограничивающего – в предупреждающий, поддерживающий, помогающий и т.д. Примерно это же происходит тогда, когда проснувшийся от ночного кошмара человек, находит в соннике такую интерпретацию пережитого ужаса, которая сулит ему долгую жизнь и процветание. Только в психотехниках, нацеленных на работу с ночными кошмарами, страдающий сам должен изменить смысл своего сна в ходе психологических процедур.

Например, в психотехнике «Диалог со сном» это реализуется следующим образом. Убедившись в готовности страдающего ночными кошмарами избавиться от своего ночного кошмара, психолог ставит напротив друг друга на расстоянии примерно 1,5 м два стула. Затем он предлагает ветерану занять один из стульев, сесть удобно, закрыть глаза и представить на стуле, расположенном напротив, свой сон. Когда образ сна станет ярким, ветеран сообщает об этом психологу установленным знаком.

Психолог предлагает поприветствовать сон и задать ему вопрос. ветеран выполняет задание. Психолог просит его открыть глаза и пересесть на другой стул, где, закрыв глаза, представить себя своим сном и «вчувствоваться» в него. Когда ветеран «входит» в свой сон и подает знак психологу, тот просит его ответить на

заданный вопрос. «Сон» отвечает. Психолог простит ветерана открыть глаза, выйти из роли сна, пересест на противоположный стул, осмыслить ответ «сна» и задать уточняющий вопрос. Процесс смены ролей и стульев длится до тех пор, пока ветеран не задаст главный вопрос: «Зачем ты мне снишься?» («Почему ты преследуешь меня?» «Что ты от меня хочешь?» и т. д.), а «сон» не даст ему удовлетворяющий его ответ по типу «хочу предупредить тебя о...», «хочу напомнить тебе о...», «хочу защитить тебя от...», «хочу побудить тебя к...» и т. д. Получив такой ответ, ветеран благодарит свой сон за заботу и прощается с ним [6; 89]. Практика показывает, что такая процедура, как правило, навсегда избавляет человека от ночного кошмара.

Таким образом, в арсенале психолога существуют достаточно простые и компактные психотехники для решения важнейших психологических проблем ветеранов боевых действий, учитывающих их специфическое отношение к процедурам психологической помощи.

Список литературы:

1. Волобуева Ю. М. Социально-психологическая коррекция Я-концепции инвалидов боевых действий: дис. ... канд. психол. наук. М., 2009. - 215 с.
2. Диагностика и лечение нарушений сна в практике терапевта. Методические рекомендации. М. : Правительство города Москвы департамент здравоохранения, 2009. - 13 с.
3. Иванов, П. П. Социально-психологическая реадaptация инвалидов боевых действий: дис. ... канд. психол. наук. М., 2004. - 138 с.
4. Караяни, А. Г., Корчемный, П. А. Психологическая помощь военнослужащим в экстремальных условиях. М. : Изд-во ВУ, 2010. - 348 с.
5. Караяни А.Г. Психологические методы регуляции сна (по взглядам зарубежных военных психологов) // Инвалиды и общество. 2015. № 3 (17). - С. 16–19.
6. Караяни А.Г. Психология боевого стресса и стресс-менеджмента. М.: Юрайт, 2020. 145 с.
7. Караяни, А. Г., Волобуева, Ю. М., Дубяга, В. Ф. Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий. – М., 2007. - 120 с.
8. Караяни А.Г., Караяни Ю.М. «Не спать нельзя победить»: о роли сна в достижении победы и поражения в современном бою // Юридическая психология. 2015. № 4. - С. 18–22.
9. Караяни Ю.М. Социально-психологическая реабилитация инвалидов боевых действий: дис. ... докт. психол. н. М.: МГУ, 2015. 343 с.
10. Колк Б. ван дер. Тело помнит все: какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть: пер. с англ. И. Чорного. М.: Эксмо, 2022. - 464 с.
11. Кутыинов, В. И. Социальные стереотипы об инвалидах как фактор регуляции системы отношений их отношений : дис. ... канд. психол. наук. – М., 2004. - 343 с.

Психодиагностические критерии эффективности психологической реабилитации комбатантов

Шаповал В.А.,

профессор кафедры юридической психологии УНК по исследованию проблем кадровой работы и морально-психологического обеспечения деятельности ОВД Санкт-Петербургского университета МВД РФ,

к.м.н., доцент
vash23@mail.ru

Президент России Владимир Путин на встрече с участниками II Конгресса молодых учёных в центре «Сириус» 1 декабря 2022 года в городе Сочи подчеркнул значимость психологической помощи участникам специальной военной операции. И это не случайно, ведь по статистике, до 60 % военнослужащих, находящихся в зоне активных боевых действий, сталкиваются с посттравматическими стрессовыми расстройствами (ПТСР)[3].

В качестве основных признаков отсроченной реакции психики на витальный боевой травматический стресс могут быть специфические клинические, психологические, социальные проявления, в том числе, те, которые приводят к личностно-социальной дезадаптации. Как показывает опыт, в боевой обстановке практически все без исключения участники боевых действий подвержены психической травматизации, в связи с чем известное выражение военно-полевых хирургов «Война – это травматическая эпидемия», сегодня уместно трактовать в более широком контексте, как еще и «психотравматическая эпидемия».

Любое боевое стрессовое воздействие человеком так или иначе ощущается и переживается. Однако в зависимости от степени психологической устойчивости, предварительной обученности и подготовленности существуют различные варианты реагирования на него – от относительно безболезненных, с менее выраженным вариантом ПТСР, до клинически выраженных с развернутой симптоматикой. На этом основании можно утверждать, что психологическая реабилитация в том или ином объеме нужна практически всем комбатантам (военнослужащим и сотрудникам силовых ведомств, вернувшимся из зоны боевых действий).

Согласно исследованиям, комбатанты различных стран в большинстве случаев избегают активных обращений за психологической и медицинской помощью, считая это проявлением собственной слабости, стараются переживать все самостоятельно, сохраняя героизацию. Реальным психотерапевтам и психологам предпочитают взаимодействие с искусственным интеллектом, например, психотерапевтическим аватарам. Особенно выражена диссимулятивная установка у комбатантов, мотивированных на продолжение дальнейшей воинской (военнослужащей) службы в силовом ведомстве.

Пытаясь самостоятельно справиться с симптоматикой ПТСР, зачастую они прибегают к употреблению алкоголя или наркотических веществ, что приводит к аддикции, формированию у них делинквентного, а в ряде случаев и антисоциального поведения, росту уровня домашнего насилия, преступности, оборота нелегального оружия и др.

В этой связи повышается актуальность проактивной недобровольной скрининговой психодиагностики признаков ПТСР, психической дезадаптации и различных деструктивных состояний у комбатантов с последующим их привлечением на программы психологической (медико-психологической) реабилитации, а также валидной психодиагностической оценки качества (эффективности) этой реабилитации (комплекса проводимых мероприятий). Важность последнего направления исследований связана и тем фактом, что конечной целью медико-психологической реабилитации комбатантов является не только редукция симптомов и достижение более-менее стойкой ремиссии, а посттравматический личностный рост.

Вместе с тем мы вынуждены констатировать, что у ведомственных психологов на сегодняшний день практически отсутствует релевантный (адекватный, валидный и надежный) инструментарий, позволяющий осуществлять эффективный психодиагностический скрининг и мониторинг психического и психологического здоровья сотрудников ОВД и других силовых ведомств в условиях так называемых массовых (недобровольных) психодиагностических и психопрофилактических обследований на основе комплексного анализа как лимитирующих, так и ресурсных факторов.

Ограниченность современных методик психологической диагностики ПТСР и психического (личностного, психологического) здоровья в целом по нашему мнению обусловлена их 1) симптомоцентрированностью (ориентированностью на симптоматический уровень), а не ресурсоцентрированностью (ориентированностью на здоровую, конструктивную часть личности и психики); 2) валидностью лишь для психодиагностической ситуации консультирования (исключая агрессию) и 3) невалидностью в психодиагностической ситуации экспертизы (диссимуляции), в которой находятся подавляющее большинство обследуемых комбатантов, остающихся на службе.

Поскольку по мнению современных криминологов и психоаналитиков (В.Н. Кудрявцев, Ю.М. Антонян, В.В. Гульдман, А.Н. Костенко, А. Ф. Зелинский, У.С. Дженебаев, В.Н. Судаков и др.), значительная часть (до 90%) поведения человека (включая девиантное, делинквентное, криминальное) обусловлена бессознательным, в качестве наиболее перспективного направления исследования психического (психологического) здоровья сотрудников ОВД с учетом вышеуказанных проблем нами был выбран современный психодинамически ориентированный подход, позволяющий определять его психодинамические (т.е. укорененные в сфере бессознательного) протекторы, а также предикторы подверженности психотравмирующему воздействию.

В рамках данного подхода нами разработана концепция профессионального психологического здоровья (ППЗ) сотрудников ОВД, а также автоматизированная экспертная психодиагностическая система его оценки, прогнозирования и мониторинга в условиях массовых недобровольных психопрофилактических обследований [1].

В основу концепции ППЗ сотрудников ОВД положена психодинамическая Я-структурная модель личности Гюнтера Аммона [2], рассматривающего личность как генетически-функциональную иерархию, объединяющую 1) первичные

органические структуры (биологические, соматические, физиологические и нейрофизиологические особенности индивида); 2) центральные личностные образования (Я-функции личности, Я-идентичность) укорененные в области бессознательного и 3) вторичные (осознаваемые) функциональные носители (фасад) личности, обеспечивающие контакт с внешним миром (мышление, память, интеллект, речь, эмоции и т.д.).

Особый психодиагностический и психотерапевтический интерес в данной модели представляют психодинамические (укорененные в области бессознательного) шесть центральных функциональных носителей личности, интегрированных Я-идентичностью и детерминирующих поведение человека:

Агрессия, в конструктивном варианте понимаемая Г. Аммоном как механизм целенаправленной деятельной активности;

Страх (тревога) как механизм совладания с чувством опасности без потери идентичности;

Внешнее Я-отграничение как механизм межличностного обособления (отграничения «Я» от «не-Я») и автономии Я;

Внутреннее Я-отграничение, как механизм совладания «Я» с бессознательным и отграничения его от инстинктов, потребностей, интериоризированных конфликтов;

Нарциссизм, как механизм самодостаточности, безусловного принятия себя и радости от собственных возможностей;

Сексуальность, как механизм взаимообогащающего единения, достижения близости и партнерства.

Г. Аммону впервые удалось попытка операционализации центральных Я-функций в виде набора специальных психодиагностических утверждений, полученных в процессе групп-аналитической терапии и составивших его Я-структурный тест (ISTA), показавший хорошую валидность для ситуации консультирования и оказавшийся малоприспособленным для психодиагностической ситуации экспертизы (с высоким риском диссимуляции).

В этой связи для целей последней нами был разработан Психодинамически ориентированный личностный опросник (ПОЛО) «Ресурс» («полицейский» ISTA), позволяющий получить качественную и количественную оценку центральных Я-функций и ряда других личностных показателей (адаптационного потенциала и потенциала активности; ресурса ППЗ; типа психической дезадаптации, субъектно-профессиональной идентичности, профессионально-психологической успешности) и др.- всего более 40 шкал, включая установочные шкалы лжи, аггравации и коррекции [4].

Следует отметить, что наиболее экономически доступным способом проведения недобровольных массовых психодиагностических обследований организованных контингентов на сегодняшний день остаются психологические опросники и, не смотря на развитие электронных платформ (гугл- и яндекс- форм), для проведения психодиагностических обследований сотрудников-комбатантов с юридической точки зрения наиболее приемлемы бланковые формы опросников, заполненные собственноручно испытуемыми в присутствии и под наблюдением психолога, а также содержащие личную подпись обследуемого. Специальная форма бланка позволяет сканировать его соответствующей лицензионной программой

(TestReader или FlexiCapture), осуществлять распознавание графической информации, переводить информацию в программу Access или Excel, благодаря чему генерировать базы психологические данных на неограниченные выборки испытуемых и с их помощью осуществлять управление данными.

Созданная на основе ПОЛО «Ресурс» автоматизированная экспертная психодиагностическая система со средней производительностью 1000 бланков в день служит релевантным инструментарием для исследования предикторов ПТСР, протекторов психического (психологического) здоровья и посттравматического развития личности (ПТРЛ) при массовых (недобровольных) психопрофилактических обследованиях комбатантов и любых организованных контингентов.

Диагностические шкалы опросника позволяют выявлять не только деструктивно-дефицитарные (лимитирующие, патологические) компоненты личности, но и ресурс личностной конструктивности, субъектно-профессиональной идентичности, профессиональной успешности, формирующие уровень (группу) профессионального психологического здоровья (ППЗ) сотрудника с помощью набора решающих правил основанных на соотношении ресурсных и лимитирующих компонентов неосознаваемой Я-структуры личности испытуемых.

С позиций Я-структурной психодинамической модели личности ППЗ сотрудника ОВД, в том числе устойчивость его психики к острым боевым стрессовым расстройствам и ПТСР, детерминировано именно качеством укорененных в бессознательном, центральных Я-функций его личности, а именно - соотношением интегральной личностной конструктивности, деструктивности и дефицитарности.

На основе такого соотношения экспертная система классифицирует испытуемых, относя каждого к одной из 4-х групп (организационно-психодиагностических форм оценки) профессионального психологического здоровья (ГППЗ).

I ГППЗ характеризуется *выраженным преобладанием конструктивных компонентов Я-структуры личности над деструктивно-дефицитарными*. Высокий уровень психологической устойчивости (ПУ), потенциала адаптивности и активности обеспечивает наиболее благоприятный прогноз в плане соответствия испытуемого профессиональным требованиям и наличия предпосылок высокой успешности профессиональной деятельности. Данная ГППЗ соответствует I группе профессиональной психологической пригодности (ГППП) с выводом: «рекомендован в первую очередь», применяемым при профессионально-психологическом отборе (ППО) кандидатов на службу в ОВД.

II ГППЗ указывает на *примерную сбалансированность или незначительный дисбаланс конструктивных и деструктивно-дефицитарных компонентов Я-структуры личности*, обеспечивающих средний уровень ПУ с относительно благоприятным прогнозом соответствия профессиональным требованиям и II ГППП с выводом ППО «рекомендован».

III ГППЗ свидетельствует об *умеренном преобладании деструктивно-дефицитарных компонентов Я-структуры личности над конструктивными*, детерминирующим сниженный уровень ПУ и сомнительный прогноз соответствия профессиональным требованиям. Испытуемый способен удовлетворительно

выполнять служебные обязанности в обычных (но не в особых) условиях деятельности. Данная категория соответствует III ГППЗ с выводом «рекомендован условно» и предполагает включение сотрудника в группу «повышенного психолого-педагогического внимания».

IV ГППЗ характеризуется *выраженным преобладанием деструктивно-дефицитарных компонентов Я-структуры личности над конструктивными*, обеспечивая низкий уровень ПУ, высокую подверженность манипулятивным воздействиям и неблагоприятный прогноз соответствия профессиональным требованиям. В условиях ППО соответствует IV ГППЗ с выводом «не рекомендован». В условиях психопрофилактического скрининга сотрудников данная группа комбатантов в первую очередь нуждается в направлении на индивидуально-психологическую консультацию, углубленное психодиагностическое обследование и психологическую (медико-психологическую) реабилитацию.

Принадлежность обследуемого к той или иной группе указывает и на *потенциал психологической реабилитации комбатанта* или трансформационный ресурс его личности – от высокого (I ГППЗ) до крайне низкого (IV ГППЗ). Обратный тренд ГППЗ комбатантов (от IV к I) в результате мероприятий их психологической (медико-психологической) реабилитации по данным психодиагностического мониторинга с помощью экспертной системы ПОЛО «Ресурс» свидетельствует об эффективности проводимых реабилитационных мероприятий и адресных программ, реализующих *навертывающее развитие Я-идентичности комбатанта*, обеспечивающих его посттравматический личностный рост.

Таким образом, психологическая устойчивость сотрудников ОВД и других силовых ведомств, в том числе к боевому стрессу и негативному информационно-психологическому воздействию, определяется преобладанием конструктивных проявлений центральных Я-функций личности и интегральных характеристик Я-идентичности над деструктивно-дефицитарными.

ПОЛО «Ресурс» представляет собой психоаналитически (психодинамически) ориентированный инструментарий, интегрирующий как патоцентрический (причем, именно деструктивно-дефицитарный, а не нозоцентрический), так и нормоцентрический (причем, ресурсоцентрический) методологический подходы, что обеспечивает высокий прогнозируемый уровень востребованности методики как средства нахождения некоего «общего языка» психиатров, психотерапевтов, клинических психологов и ведомственных психологов подразделений морально-психологического обеспечения служебной деятельности сотрудников (военнослужащих) силовых ведомств, а также преемственности и обратной связи проводимых ими мероприятий.

Закрытость ключей методики с помощью специальной программы не позволяет использовать её с целью манипулятивной подгонки ответов для получения социально желаемых результатов, обеспечивая высокий уровень объективности психодиагностической информации, также как и проективный смысл отобранных утверждений опросника, «работающих» на то или иное качество неосознаваемой Я-структуры личности испытуемого.

Количество утверждений опросника (190 it в мужском варианте и 208 it в женском) является оптимальным и достаточным для повторного их предъявления

(ретестирования), позволяя по регистрируемому качеству личностной динамики (на основе соотношения конструктивных и деструктивно-дефицитарных компонентов Я-структуры личности, указывающих на наличие либо отсутствие посттравматического личностного роста) объективно оценивать степень эффективности адресных программ психологической реабилитации и осуществлять их совершенствование.

Кроме оценки эффективности психологической реабилитации, проводимой в отношении отдельных сотрудников-комбатантов, результаты массовых психопрофилактических обследований с помощью экспертной психодиагностической системы ПОЛО «Ресурс» могут использоваться для психологического аудита оценки качества социального психологического здоровья служебных коллективов силовых ведомств и госструктур любой численности, как объективного макро-психологического показателя эффективности осуществляемой системы управления, морально-психологического обеспечения и кадровой политики в целом.

Список литературы:

1. Шаповал В.А. Профессиональное психологическое здоровье сотрудников органов внутренних дел: диагностика, прогнозирование, мониторинг: монография. СПб.: Изд-во СПб ун-та МВД России, 2015. - 296 с.
2. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб.: Ин-т им. В.М. Бехтерева, 2003. – 438. с.
3. Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством: методические рекомендации / Н.В. Семенова, А.Ю. Гончаренко, С.В. Ляшковская, М.Ю. Попов, В.К. Шамрей, Е.С. Курасов, А.А. Марченко, Н.Г. Незнанов. – СПб., НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева 2022
4. Шаповал В.А. Метод оценки и прогнозирования психологического здоровья и профессиональной идентичности кандидатов на службу и сотрудников МВД на основе Психодинамически ориентированного личностного опросника (ПОЛО) «Ресурс»: учеб.-метод. пособие. СПб.: Изд-во СПб ун-та МВД России, 2013. - 276 с.

Комплексный подход в лечении психосоматических расстройств у пациентов с ПТСР

Патрухин А.П.,

врач, ГБУЗ Городская больница № 15

Веселова С.А.,

психолог

apatr@mail.ru

Посттравматическое стрессовое расстройство — это отсроченная реакция на психотравму. Её может запустить и разовое сильное эмоциональное потрясение, и систематическое воздействие травмирующих факторов. Существует определённый вариант динамики последствий боевого стресса: на первых этапах развития болезни он протекает с симптомами острого стрессового расстройства, затем — ПТСР, имеющими психогенетическую природу; где постепенно на первый план выступают симптомы органического генеза.

Катамнестические исследования показывают, что при повторных освидетельствованиях этих лиц заболевание квалифицируется как органические с эмоционально-неустойчивыми, психопатоподобными, постконтузионными и психоорганическими расстройствами. Сам патологический процесс может проявляться разнообразно: от вполне адекватных психологических форм защиты до психоорганических синдромов. Могут выявляться психологически понятные аффективные, диссоциативные нарушения, острые шоковые реакции, расстройства адаптации, церебральные, неврозоподобные, психопатоподобные расстройства. Эти факторы действуют комбинированно, часто потенцируя друг друга, суммируя конечный эффект. В значительной мере этому способствуют перенесённые черепно-мозговые травмы.

При хроническом течении ПТСР на фоне функционально-психогенных проявлений начинает доминировать органическая симптоматика, потенцирование и суммирование внешних и внутренних этиологических факторов, доминирующую роль и значение «общего вегетативного истощения», изменений витальной основы организма ветеранов под воздействием комплекса патогенных причин.

Согласно церебро-травматическому подходу слабая (мягкая) черепно-мозговая травма со временем способствует тому, что реактивная, психологическая, функциональная симптоматика отступает перед постепенно нарастающей органической симптоматикой на задний план, а сама органическая патология начинает доминировать в отдалённом периоде черепно-мозговой травмы. Не только травма, но и многократно действующие патогенные факторы среды изменяют реактивность организма, формируя новое физиологическое состояние ЦНС и нейрогуморального аппарата: Симптомы, относящиеся к психическому состоянию:

- чувство головокружения, неустойчивости, обморочности;
- ощущение, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное «Я» отделилось или «находится не здесь» (депресонализация);
- страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти;
- страх умереть.

Частным проявлением является невротический вегетативный криз (ВК) и/или «паническая атака» (ПА) Расстройства сенсорной сферы. Расстройства вегетативной сферы (гладкой мускулатуры внутренностей, сфинктеров) В симптоматике истерии широко представлена боль (hysteroalgia) во внутренних органах, оболочках, слизистых. Практически встречаются боли всех типов и самой разной локализации.

В рамках классической психосоматической традиции к психосоматическим заболеваниям относят большинство хронических соматических расстройств, прежде всего следующие (так называемую «психосоматическую семерку»): гипертоническая болезнь; ишемическая болезнь сердца; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; язвенный колит; бронхиальная астма; нейродермит; гипертиреоз.

Общие признаки психосоматических расстройств: хроническое течение, значительная роль психического стресса в проявлении, развитии и динамике заболевания, недостаточная эффективность традиционных схем и методов лечения соматической патологии. Положительный эффект при применении психофармакотерапии и психотерапии.

Психодиагностика и психологическая помощь

1. Методы обнаружения в анамнезе испытуемого травматического события. «Структурированное клиническое диагностическое интервью» (СКИД) – Structured Clinical Interview for DSM (SCID). СКИД включает ряд диагностических модулей (блоков вопросов), обеспечивающих диагностику психических расстройств по критериям DSM-IV (аффективных, психотических, тревожных, вызванных употреблением психоактивных веществ и т.д.).

2. «Шкала оценки интенсивности боевого опыта» Т. Кин (Combat Exposure Scale). Шкала включает 7 вопросов, касающихся характера и длительности пребывания испытуемого в условиях боевого опыта.

3. «Опросник травматических состояний» (Life Experience Questionnaire – LEQ). Опросник позволяет не только выявить психотравмирующие события, но и оценить уровень травматичности каждого из них, а также установить взаимосвязь пережитого травматического опыта с актуальным психическим состоянием.

Следует выделить эмоциональные симптомы ПТСР: 1) депрессивные состояния; 2) комплекс вины (выжившие после различных трагических ситуаций начинают испытывать чувство вины перед погибшими в них); 3) паника, чувство беспомощности и утрата контроля над ситуацией; 4) постоянное нервное перенапряжение, приступы необычайно ярких воспоминаний травмирующего события; 5) эмоциональная холодность; 6) эмоциональное притупление.

К фундаментальным принципам терапии ПТСР относят:

- принцип нормализации;
- принцип партнерства и повышения достоинства личности;
- индивидуальный подход.

Знание биологического и психологического аспектов и социальной динамики позволяет консультанту и пациенту смотреть на травму в широком контексте и находить объяснения имеющимся симптомам и средства для их коррекции в различных областях жизни. Все методы, которые эффективно использовались и используются для коррекции ПТСР, можно разделить на четыре категории.

1. Образование.
2. Вторая группа методов лежит в области холистического (целостного) отношения к здоровью.
3. Третья категория включает методы, которые увеличивают социальную поддержку и социальную интеграцию.
4. Последняя четвертая категория включает собственно терапию.

Психологическая помощь бывшим комбатантам должна включать несколько направлений:

1. Диагностика синдрома социально-психологической дезадаптации (психоэмоционального состояния до травмы, используемых стратегий адаптации, особенностей поведения) на основании результатов психодиагностики индивидуальных особенностей.
2. Психологическое консультирование (индивидуальное и семейное).
3. Психокоррекционная работа.

Квалифицированная психотерапевтическая помощь необходима тем ветеранам, у которых отмечаются резко выраженные и запущенные нарушения адаптации (депрессия, алкоголизм, девиантное поведение и т. д.).

4. Обучение навыкам саморегуляции (снятие напряжения с помощью релаксации, аутогенного и другие методы).
5. Социально-психологические тренинги, направленные на повышение адаптивности и личностное развитие клиента.

При работе с ветеранами боевых действий хорошо зарекомендовали себя такие направления психотерапии, как гештальт-терапия, семейная терапия, нейролингвистическое программирование, символдрама (кататимно-имагинативная психотерапия), метод десенсибилизации и переработки движениями глаз и ряд других.

Клиническая характеристика обследованных пациентов

На базе одного из госпиталей Луганска было проведено исследование по воздействию немедикаментозных факторов на ранние проявления признаков ПТСР.

В исследовании участвовало 138 человек, получивших ранения в ходе проведения СВО. Возраст раненых варьировал в пределах 21-60 лет. В исследуемую группу входили военнослужащие, получившие ранения средней степени тяжести.

Все участники исследования были разделены на несколько групп:

1. Основная исследуемая группа – раненые, получавшие комплексную медикаментозную терапию одновременным сочетанным применением иглорефлексотерапии и остеопатических техник: (n=52);
2. Группа сравнения №1 – раненые, получавшие комплексную медикаментозную терапию одновременным применением иглорефлексотерапии: (n=59);
3. Группа контроля – раненые, получавшие только комплексную медикаментозную терапию (n=27);

Для подробного сравнительного анализа полученных нами клинических результатов мы ввели понятие «эффект от лечения». Это отношение (в процентах) числа людей, у которых симптом в ходе лечения регрессировал, к числу людей, у которых данный симптом наблюдался до начала терапии. Мы получили данные, что

эффективность воздействия на болевой синдром в группе сравнения № 1 (ИРТ) составила 43,8% в феврале и 50,6 % в мае-июне, а в контрольной группе – 28,0% и 31,5%. Комбинация методов в основной группе даёт потенцирующий результат (эффективность 68,8% и 72,5%).

Шкала KSS позволяет оценить динамику таких жалоб как боль, скованность в суставах по утрам, ограничение движения, нарушение функции ходьбы.

Наиболее благоприятное воздействие на ограничение движения в суставах и выраженные улучшения функции ходьбы наблюдалось в основной группе

Из вышесказанного следует, что сочетание воздействия на обе зоны по всем жалобам показывает максимально выраженный положительный результат.

Список литературы:

1. Волошин В. М. Типология хронического посттравматического стрессового расстройства. Журн. Неврол. и психиатр. 2004;104:1:17-23. Tipologiya khronicheskogo posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva. Zhurn. Nevrol i psikihiatr. 2004;104:1:17—23. (In Russ.).

2. Волошин В. М. Посттравматическое стрессовое расстройство. Феноменология, клиника, систематика, динамика и современные подходы к психотерапии. М., 2005. - 199 с.

3. Bohus M., Schmahl C., Fydrich T. A research programme to evaluate DBT-PTSD, a modular treatment // Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation. 6 (1). 2019. - 1—6 p.

5. Karatzias T., Murphy P., Cloitre M., Bisson J., Roberts N., Shevlin M. Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: Systematic review and metaanalysis // Psychological Medicine. 49 (11). 2019. 1761—1775 p.

Психофизиологические подходы в применении автоматизированной психокоррекции ПТСР

Голуб Я.В.,

«Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры», Санкт-Петербург,

к. м. н.

6121536@gmail.com

Большая распространенность психологических проблем, возникающих после воздействия психотравмирующих факторов, требует разработки и внедрения новых методов психокоррекции. Система оказания помощи при ПТСР наиболее проработана в США (www.ptsd.va.gov). Показано, что эффективными методами помощи является использование когнитивно-поведенческой терапии, специфической десенситизации, десенсибилизации и переработки движениями глаз, которые имеют преимущество перед медикаментозной терапией при коррекции ПТСР. Вместе с тем, применение данных методик подразумевает большие временные затраты, достаточно высокую квалификацию специалистов.

На основе вышеперечисленных методик с учетом физиологических подходов по формированию временных функциональных связей была разработана новая технология автоматизированной психокоррекции на базе программно-аппаратного комплекса СИГВЕТ-МСПИ. Коррекционные сеансы были проведены со спортсменами, у которых отмечался «соревновательный стресс», сопровождающийся неуверенностью, страхом, тревожностью, а также пациентами с различными психотравмирующими ситуациями в анамнезе с проявлениями в виде панических атак, депрессивных и тревожных мыслей.

Сеанс проходил в четыре этапа, включающий в себя: 1) индивидуальный подбор слов-триггеров; 2) достижение расслабленного состояния респондента, контролируемого по ЭКС; 3) предъявление триггеров, ассоциируемых с негативными переживаниями; 4) предъявление триггеров, ассоциируемых с положительным опытом, ресурсными состояниями; 5) беседа. Сеанс завершался автоматически, как только происходило нивелирование психоэмоциональных скачков и стабилизация состояния (по динамике ЭКС). Задача респондента заключалась в слежении за световым сигналом.

Формирование пула негативных и конструктивных триггеров, ассоциированных с имеющейся проблемой (негативные переживания), производился в процессе беседы. Последующая подача циклической сенсорной стимуляции для снижения общего уровня активации; – следующие друг за другом сенсорные и вербальные конструкции, предъявлялась в схожих комбинациях, способствуя формированию временных ассоциативных связей, позволяя расширить психосемантическое поле проблемы путем включения в него конструктивных решений, что в дальнейшем способствует видоизменению стереотипных психоэмоциональных реакций.

В завершении сеанса респондентом проводилась оценка психоэмоционального реагирования на имеющуюся проблему, по десятибалльной шкале, где 1 – не выражено, 10 – очень выражено (болезненные ощущения в теле, тревога, страх и пр.), а

также по выраженности показателей ЭКС. Продолжительность отдельного сеанса обычно составляла 50–90 минут, где 15-60 минут отводилось беседе и 30 минут – взаимодействию с программно-аппаратным комплексом. Курс включал 4 – 12 индивидуально составленных сеансов.

Типовые реакции в течение сеансов в первой фазе ЭКС заключались в увеличении на 50-200 кОм, что свидетельствовало о достижении состояния релаксации. Предъявление слов-триггеров, связанных с проблемной ситуацией, сопровождалось фазическими реакциями различной интенсивности. Тоническая составляющая показывала снижение сопротивления, что свидетельствовало о развитии активации, связанной с общим эмоциональным включением в восприятие пула негативных стимулов. Затем наблюдалась стабилизация тонической реакции, что свидетельствовало об адаптации к предъявлению негативных стимулов и возможности начала предъявления конструктивного пула слов для расширения семантического поля проблемной ситуации и изменения сложившегося стереотипного реагирования, что сопровождалось увеличением ЭКС на 50-150 кОм, что свидетельствовало о нивелировании психоэмоциональных реакций, связанных с травмирующим опытом.

Выраженности психоэмоциональных реакций на негативные психоэмоциональные триггеры снижалась в среднем на 78% после проведенного курса.

Дополнительно или как базовый метод для оптимизации психоэмоционального реагирования применяется светозвуковая стимуляция при помощи комплекса ЛИНГВОСТИМ – это ритмическое воздействие на организм через зрительный и слуховой анализаторы естественными, физиологически адекватными стимулами, с вовлечением в процесс корковых, лимбических структур и ретикулярной формации головного мозга.

АВС влияет на активацию кортикальных структур через модулирующие системы мозга и индуцирует биоэлектрическую активность, которая определяет вегетативное, функциональное и психическое состояние. За счет реакции усвоения происходит смена ритмов, которая помогает мозгу нормализовать уровень активации. Важную роль в формировании нового уровня активации играет корковая зона проекции неспецифических таламических систем, в которой суммируются и модулируются ритмические процессы под влиянием сенсорных стимулов разной модальности.

Технология стимуляции мозга светом и звуком достаточно близка к методу биологической обратной связи, поскольку она позволяет человеку после непродолжительного периода регулярного использования развивать способность создавать психические благоприятные состояния для работы в конкретных ситуациях за счет эффекта «якорения». Суть данного эффекта заключается в научении погружения в различные состояния во время работы с аппаратно-программными приборами для аудиовизуальной (сенсорной) стимуляции. Вспоминая свои ощущения от воздействия, человек может достигать тех же эффектов и без прибора. Применение различных режимов светозвукового воздействия стимулирует мозг извне, чтобы мозг «научился» следовать заданной частоте, а после курса мог самостоятельно продуцировать желаемую биоэлектрическую активность, т.е. данная технология может рассматриваться как своеобразный тренажер мозга для произвольного контроля уровня активации, соответствующего потребностям организма.

Изменяя биоэлектрическую активность мозга возможно корректировать уровень активации. С учетом классификации распространенных расстройств в терминах нарушения активации (Отмер, 1982) производится выбор частот стимуляции:

- Падение уровня активации: депрессия, дефицит внимания (невнимательный подтип), хронические боли (низкие болевые пороги), бессонница, частое пробуждение.
- Слишком высокий уровень активации: тревожные расстройства, проблемы засыпания, кошмары, повышенная бдительность, дефицит внимания (импульсивный подтип), гневливость, агрессия, ажитированная депрессия, хронические нервные боли.
- Нестабильность уровня активации: навязчивости, агрессивное поведение, эпизодическая ярость, приступы паники, мигрени, нарколепсия, эпилепсия, одышка во сне, анорексия/булимия, суицидальные наклонности.

Ритмические или частотно-модулированные сенсорные раздражения даже малой интенсивности могут сопровождаться выраженными электрофизиологическими, нейропсихологическими и поведенческими эффектами. Результаты различных исследований доказывают, что аудиовизуальная стимуляция имеет положительный эффект в борьбе со стрессом и тревогой, оказывает положительное влияние на способность сосредоточиться, а также может значительно уменьшить боль, связанную с различными заболеваниями. Другие исследования доказывают эффективность аудиовизуальной стимуляции при бессоннице и нарушениях сна, вызывая усиление дельта-ритма после 30-минутных программ. Описан режим стимуляции для нормализации сна и хронических болей - 25 сессий со снижением частоты от 25 до 2 Гц в течение 20 минут приводило к снижению бета и гамма активности на ЭЭГ и увеличению дельта/альфа соотношения.

Выявлена нормализация сердечного ритма (в частности на фоне стимуляции в альфа-диапазоне), улучшение работоспособности, точности и времени двигательной реакции у спортсменов, улучшение психоэмоциональных показателей (снижается уровень тревожности, нейротизма, повышается мотивация к достижению успеха и уровень жизнестойкости), когнитивных и нейродинамических показателей (повышается объем механической памяти, скорость переключения внимания, увеличивается скорость простой зрительно-моторной реакции, снижается диапазон разброса реакций опережения и запаздывания в реакциях на движущийся объект). Установлено повышение мощности ритма высокочастотного $\alpha 2$ -поддиапазона ЭЭГ, повышение активности парасимпатической нервной системы, усиление влияния автономного контура регуляции, формирование более экономной работы сердца в состоянии покоя в экспериментальной группе, по сравнению с контролем. Релаксационные сессии ослабляли симптомы, связанные с утомлением, и уменьшали физиологический стресс, вызванный тренировкой, ускоряли восстановление.

АВС частотой 40 Гц влияет на синаптическую пластичность и улучшает функциональные связи мозговых нейронных сетей. Показана эффективность при коррекции когнитивных нарушений, нарушений настроения, памяти, иммунных функций, сна и активности днем, при этом синергичный эффект наблюдался в сочетании с аэробными физическими нагрузками. Отмечены улучшения функций памяти как у детей, так и у пожилых людей, связанные с усилением модуляции мозговых волн у

пожилых при деменции, болезни Паркинсона, болезни Альцгеймера и у детей с аутизмом, умственной отсталостью и у детей с нормальным когнитивным развитием (сессии в диапазоне 9-22 Гц).

Выявлено положительное влияние аудиовизуальной стимуляции на психическое здоровье, выгорание и вовлеченность в работу. Показано изменение выработки ряда нейромедиаторов. Исследование Shealy et al. (1989) показало, что в плазме уровень серотонина, эндорфина и норэпинефрина повышается после 30 минутной стимуляции белым цветом на частоте 10 Гц, что коррелирует с достижением состояния умеренной релаксации. Также АВС помогает облегчить состояние при депрессии, например, при сравнении влияния АВС на депрессивное поведение в сравнении с действием флуоксетина оказалось, что ритмичная мерцающая световая стимуляция на альфа-частотах от 9 до 11 Гц явно улучшала выполнение поведенческих задач, оценивающих тревогу, двигательную активность, социальное взаимодействие. Напротив, лечение флуоксетином не приводило к значительному улучшению поведенческих показателей в течение того же периода по сравнению с мерцающей световой стимуляцией..

Кроме того, очень перспективным направлением применения данной технологии, особенно учитывая быстрый эффект, низкую стоимость, простоту применения, можно отметить направление нормализации психоэмоционального состояния у участников боевых действий, а также профилактики аддиктивного поведения (пагубных привычек) у лиц в профессиях особого риска.

Основные направления использования АВС.

I Психолого-педагогическая помощь в комплексе мероприятий при следующих проявлениях:

- ✓ гиперактивность и синдром дефицита внимания;
- ✓ снижение когнитивных функций (в частности, внимания и памяти);
- ✓ высокий уровень стресса учащихся, выраженный в ситуациях соревнований, олимпиад, экзаменов и пр..

II Психокоррекция и психопрофилактика при следующих состояниях:

- ✓ расстройства, связанные со стрессом;
- ✓ повышенная тревожность, тревожные и связанные со страхом расстройства, аффективные расстройства;
- ✓ различные виды зависимостей;
- ✓ нейрокогнитивные расстройства;
- ✓ расстройства сна-бодрствования;
- ✓ боль, связанная с различными заболеваниями.

III Для повышения эффективности деятельности (спорт, бизнес):

- ✓ нормализация сердечного ритма, улучшение работоспособности, точности и времени двигательной реакции у спортсменов;
- ✓ при профессиональном выгорании;
- ✓ усталость и переутомление, стресс-менеджмент;
- ✓ при смене часовых поясов;
- ✓ командное взаимодействие.

Список литературы:

1. Голуб Я.В., Агеев Е.В. Программа для ЭВМ "Программа предъявления вербальных стимулов с выдачей синхроимпульса для исследования вызванных потенциалов». Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RU 2023661577, 01.06.2023. Заявка № 2023660786 от 26.05.2023.
2. Голуб Я.В., Гаврилова М.П. Методики оценки, формирования и коррекции психофизиологической совместимости в малых спортивных группах и системе "тренер-спортсмен" с учетом возрастных особенностей и квалификации. Методические рекомендации. СПб., 2021.
3. Караяни А.Г., Корчемный П.А. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. М., 2010.
4. Пряхина М.В., Голуб Я.В. Возможности использования палсинга, светозвуковой и музыкальной стимуляции в коррекции состояний нервно-психической дезадаптации сотрудников ОВД // Вестник психотерапии. 2012. № 42 (47). С. 85-94.
5. Энциклопедический психологический словарь-справочник. 1000 понятий, определений, терминов: Учебно-методическое пособие для вузов / (6-е издание, переработанное и дополненное). Минск, 2021

Социально - правовое сопровождение лиц с ПТСР и членов их семей

Тарасова Ю.Н.,

доцент кафедры общетеоретических правовых дисциплин
ФГБ ОУ ВО «Российского государственного
университета правосудия,

к. пс. н.,

г. Санкт-Петербург

j.n.tarasova@yandex.ru

Для участников СВО и их семей разрабатывается единый стандарт мер поддержки. В их числе бесплатная психологическая помощь, право на льготное посещение учреждений культуры, бесплатное посещение кружков и секций детьми, вне зависимости от региона проживания и статуса участника [5].

Среди направлений социальной поддержки, осуществляемым по указанию Президента и Правительства, можно выделить льготы супругам и родителям участников СВО имеющих инвалидность и нуждающихся в социальном обслуживании на дому, а также оказание бесплатной психологической помощи членам семей участников СВО (супруги, дети, родители), в том числе в случае гибели военнослужащего.

Большое внимание государство уделяет заботе о детях тех, кто защищает безопасность страны. Это и бесплатное пребывание в дошкольных образовательных организациях, и зачисление в группы продленного дня. Школьникам средних и старших классов школы, а также студентам очной формы обучения гарантировано обеспечение горячим питанием.

При занятиях спортом дети участников СВО обеспечиваются надлежащей экипировкой, в первоочередном порядке должны быть зачислены в спортивные группы и секции. Для полноценного отдыха государство предоставляет возможность организованного отдыха в детских оздоровительных учреждениях.

За счет средств федерального бюджета осуществляется обязательное страхование жизни и здоровья военнослужащих и граждан, пребывающих в добровольческих формированиях, а также предоставляется право на возмещение вреда, причиненного их здоровью [2]. Это особенно важно, учитывая высокую, порой критическую нагрузку на психику людей, принимающих участие в боевых действиях, и эмоциональные переживания за их жизнь родными и близкими. Для решения данных задач разрабатываются и постепенно начинают реализовываться программы профилактики и лечения острых стрессовых реакций и посттравматического стрессового расстройства.

Важно отметить, что с момента введения в 1889 г. Г. Оппенгеймом понятия «травматический невроз» при диагностике психической боевой травмы началось изучение его симптомов, а по результатам Первой Мировой войны специалисты стали осознавать влияние ПТСР в отсроченном проявлении уже в мирной жизни. По мере исследования данной проблемы ученые и практики пришли к пониманию необходимости комплексного подхода, который бы опирался на психологические, социальные и биологические процессы [4].

В Российской Федерации на законодательном уровне закреплено право на получение бесплатной медицинской помощи как для тех, кто только призван на военные сборы, так и для тех, кто демобилизован, находится в отпуске, на лечении и т.д. В случаях выявления посттравматического стрессового расстройства, или иных расстройств здоровья, предусмотрены меры бесплатной медико-психологической реабилитации [7].

Как показала практика лечения подобных состояний, клинические проявления переживаний травматического события в ситуации «здесь и сейчас» могут быть спровоцированы даже минимальными внешними воздействиями, так как отражают эмоциональную неустойчивость психики таких пациентов [3].

На сегодняшний день существуют не только методы лечения, но также и методы профилактики подобных состояний, в основе которых лежит принцип тренировки гибкости внимания. Опыт работы с военной травмой в настоящий момент распространяется в наше время через специализированные медицинские программы, а также в рамках проекта Народного фронта [6].

Профилактика ПТСР важна не только для облегчения симптомов, но и для предотвращения социальной изоляции, неспособности достичь целей собственной жизни, а также для предотвращения различных форм социальных девиаций: зависимостей, преступности, суицидального поведения и проблем в семейных отношениях.

Государство гарантирует как медико-психологическую реабилитацию нуждающимся в лечении, так и принимает меры защиты военнослужащих от оскорблений, насилия и угроз применения насилия, посягательства на их жизнь, здоровье, честь, достоинство [1].

Список литературы:

1. Федеральный закон «О статусе военнослужащих» от 27.05.1998 N 76-ФЗ (последняя редакция) О статусе военнослужащих URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_18853/?ysclid=lp055mqhbq165572594 (дата обращения 15.11.2023)
2. Указ Президента РФ от 3 августа 2023 г. № 582 «О мерах по обеспечению обязательного государственного страхования жизни и здоровья граждан Российской Федерации, пребывающих в добровольческих формированиях» URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/407374627/?ysclid=lp058vb8zw591901078> (дата обращения 15.11.2023)
3. Клинические рекомендации – Посттравматическое стрессовое расстройство – 2023-2024-2025 (28.02.2023) – Утверждено Минздравом РФ - URL: https://spbimi.ru/wp-content/uploads/2023/06/1267_kr23f43p1mz.pdf (дата обращения 10.11.2023г.)
4. Киркитадзе Э.Е., Халфина Р.Р. История происхождения ПТСР // Образовательный процесс. 2018. 20—25 с.
5. Парламентская Газета. - URL: <https://www.pnp.ru/politics/semyam-uchastnikov-svo-okazhut-besplatnuyu-psikhologicheskuyu-pomoshh.html?ysclid=lohgfx4vhy522763859> (дата обращения 10.11.2023г.)

6. Онлайн-мастерская Опыт Израиля по работе с военной травмой (лучшие практики и ошибки, которых можно избежать). – Проект Народного Фронта. – URL: <https://regionzaboty.ru/tpost/ogntxpyu81-bolee-3-tisyach-spetsialistov-izuchilio?ysclid=lp05xbrnch300568978>(дата обращения 15.11.2023г.)

7. Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством: методические рекомендации / Н.В. Семенова, А.Ю. Гончаренко, С.В. Ляшковская, М.Ю. Попов, В.К. Шамрей, Е.С. Курасов, А.А. Марченко, Н.Г. Незнанов. – СПб., НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева 2022. - 36с.

Бережная коммуникация как инструмент психологической поддержки населения

Эльсалиева Е.А.,

Советник Губернатора Ленинградской области

по направлению деятельности

«Социальная политика и здравоохранение»

elenaelsalieva@yandex.ru

Государство прикладывает большие усилия для оказания поддержки своим гражданам в разных жизненных ситуациях. Но по результатам опросов и отзывов о качестве социального обслуживания, мы нередко видим, что люди остаются не удовлетворенными. Часто это бывает связано с качеством коммуникации, с тем, как с человеком разговаривали и отвечали на его вопросы.

Человек, находясь в трудной жизненной ситуации, при получении услуг от государства может столкнуться с препятствиями, сложностями, грубым обращением, игнорированием своих просьб, долгим ожиданием. В этот момент он может чувствовать себя ненужным, униженным, обделённым, обманутым. Получив такой негативный опыт, он может не только сам перестать доверять предложениям помощи от государства, но и распространить разочарование и раздражение на родных, близких, друзей.

Поэтому большое значение для человека имеет первое впечатление, первый контакт при обращении к государству за помощью. Желательно, чтобы подавленный, расстроенный человек почувствовал дружелюбие и бережное отношение. Важно различать дружелюбие и бережность в личных отношениях и в отношениях с представителями государственных органов, общественных организаций.

В чем сходство у этих двух подходов к оказанию помощи?

При дружелюбном, бережном подходе к человеку очень важен сам человек, с которым вы общаетесь;

В дружелюбных, бережных отношениях людям комфортно общаться и находиться вместе;

В обоих случаях используются схожие техники установления контакта, и там и там важен контакт глаз, обращение по имени, умение слушать, доброжелательный тон;

И там и там мы люди стремимся установить доверие для последующего общения.

Чем эти понятия отличаются?

При дружелюбном отношении в обычной жизни на первом месте отношения между людьми, профессиональная компетентность не имеет критической значимости. При дружелюбном и бережном отношении при оказании социальной помощи в центре – польза для человека, а значит важен профессионализм.

При дружелюбном отношении между близкими людьми акцент делается на создании и поддержании позитивного эмоционального фона. При бережном профессиональном отношении акцент делается на праве человека испытывать эмоции, соответствующие ситуации, включая эмоции страха, горя, печали, отчаяния.

Дружелюбие может помешать разделить профессиональное и личное, нарушить принцип беспристрастности. Бережность при наличии четких границ сочетается с возможностью принимать твердые решения в сложных ситуациях.

Имея опыт руководства более 11 лет агентством ритуальных услуг, позволяет констатировать различия в данных подходах. Наша команда помогает людям, которые потеряли своих близких, родных людей, и находятся в сложном психологическом состоянии. Не имея возможности обеспечить каждого человека психологической помощью, мы можем сделать так, чтобы состояние людей, оказавшихся в тяжелой жизненной ситуации, не ухудшалось из-за того, что мы с ним как-то не так поговорили.

В период проведения СВО одной из наших основных задач является не только обеспечение мер социальной и правовой поддержки в виде льгот и выплат, но и поддержание приемлемого морального и психологического состояния человека, когда он обращается за помощью.

В нашей работе бережная коммуникация – не просто призыв «будьте бережными», а четкий набор действий и инструментов, которые помогают:

за короткое время установить контакт и оказать человеку поддержку, не вовлекаясь в его эмоции и сохраняя свое душевное равновесие;

мягко и тактично, но четко и твердо установить границы общения и правила взаимодействия;

предложить решение так, чтобы снизить сопротивление со стороны собеседника. Это инструменты, которым профессионалы могут обучить.

Невозможно обучить психологии каждого сотрудника социальной сферы, но можно профессионально выполняя свою работу, следуя принципам бережной коммуникации. Главным в этом случае становится создание атмосферы, в которой человек чувствует себя важным и значимым «здесь и сейчас».

В мае 2023 года в Ленинградской области был запущен проект «Бережная коммуникация». На сегодняшний день наши специалисты поделились опытом уже с семью регионами, и продолжают получать подтверждения важности такого общения как нормы в социальной сфере.

Таким образом, важно понять, что надо быть не просто хорошим и дружелюбным человеком, а специалистом, каждым своим действием приносящим пользу человеку по его прямому обращению.

Важно соблюдать бережный подход при оказании людям, обратившимся за помощью, а значит, находящимся в трудной жизненной ситуации.

Важно помнить, что проявляя бережность по отношению к человеку, мы сохраняем не только его достоинство, но и свое.

Список литературы:

1. Адамьянц Т.З. Социальная коммуникация. М.: ИС РАН, 2005. 158 С. Учебное пособие.
2. Леонтьев А. А. Психологические единицы и порождение речевого высказывания. М.: Наука, 2005. 306 с.
3. Петровская Л. А. Общение – компетентность – тренинг: избранные труды. М.: Смысл, 2007.

Организация социального обслуживания граждан и особенности признания отдельных категорий граждан нуждающимися в социальном обслуживании в Санкт-Петербурге

Привалова М.Л.

Комитет по социальной политике Санкт-Петербурга,
Центр организации социального обслуживания,
специалист по связям с общественностью
info@coso.ksp.gov.spb.ru

В нашей стране взят курс на совершенствование социального обслуживания различных категорий населения, с целью приведения всей системы к адресному получению социальных услуг теми, кто в них нуждается. Социальное обслуживание регламентируется Федеральным законом от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», в котором декларируется необходимость развития адресной помощи на основании определения нуждаемости граждан в социальных услугах.

В соответствии со статьей 15 Федерального закона № 442-ФЗ, гражданин признается нуждающимся в социальном обслуживании в случае, если существуют следующие обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия его жизнедеятельности:

- полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности;
- наличие в семье инвалида или инвалидов, в том числе ребенка-инвалида или детей-инвалидов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе;
- наличие ребенка или детей (в том числе находящихся под опекой, попечительством), испытывающих трудности в социальной адаптации;
- отсутствие возможности обеспечения ухода (в том числе временного) за инвалидом, ребенком, детьми, а также отсутствие попечения над ними;
- наличие внутрисемейного конфликта, в том числе с лицами с наркотической или алкогольной зависимостью, лицами, имеющими пристрастие к азартным играм, лицами, страдающими психическими расстройствами, наличие насилия в семье;
- отсутствие определенного места жительства, в том числе у лица, не достигшего возраста двадцати трех лет и завершившего пребывание в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- отсутствие работы и средств к существованию.

В Санкт-Петербурге в рамках реализации национального проекта «Демография» в 2019 году в структуре учреждений социальной защиты населения было создано Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение «Центр организации социального обслуживания» (СПб ГКУ «ЦОСО»), подведомственное Комитету по социальной политике (Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 26.02.2019 № 85). Основной целью учреждения является организация

комплексного, доступного и своевременного социального обслуживания, и медицинской помощи гражданам Санкт-Петербурга. Учреждению были переданы полномочия по признанию граждан нуждающимися в социальном обслуживании и составлению индивидуальных программ предоставления социальных услуг (ИППСУ).

В основу организации работы СПб ГКУ «ЦОСО» положены принципы «одного окна», межведомственного взаимодействия и комплексного подхода. Решение вопросов о предоставлении социального обслуживания жителям Санкт-Петербурга организовано в районных бюро СПб ГКУ «ЦОСО». На базе учреждения работает служба социальных участковых: прием граждан ведется в 17 районных (в т.ч. 1 межрайонное) бюро, расположенных во всех районах города. Для получения информации о социальном обслуживании в Санкт-Петербурге и записи на прием к специалистам районных бюро или организации выезда к маломобильным гражданам работает единый центр телефонного обслуживания (кол-центр) по телефону (812) 576- 05- 76.

СПб ГКУ «ЦОСО» в своей работе руководствуется нормативными правовыми документами, в т.ч.:

- Распоряжение Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 07.09.2021 № 2563-р «Об утверждении регламента Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения «Центр организации социального обслуживания»;

- Распоряжение Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 01.07.2019 № 405-р «Об утверждении Порядка межведомственного взаимодействия Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения «Центр организации социального обслуживания».

Социальные участковые районных бюро ЦОСО:

- принимают заявления от граждан о предоставлении социальных услуг;
- подтверждают право гражданина на получение социального обслуживания в зависимости от индивидуальной потребности и составляют программу предоставления социальных услуг (ИППСУ);
- принимают от граждан и организаций информацию о нуждающихся в социальном обслуживании (в письменном виде и по телефону кол-центра);
- обеспечивают выяснение проблем у граждан, находящихся в трудной жизненной ситуации, путем проведения обследования условий их жизни, в том числе с выездом на место;
- составляют социальный маршрут и определяют перечень организаций, привлекаемых к социальному сопровождению.

Социальное обслуживание в Санкт-Петербурге осуществляется по следующим формам:

- полустационарная форма на период до 4-х часов и свыше 4-х часов;
- социальное обслуживание на дому;
- стационарная форма при постоянном или временном проживании;
- срочные социальные услуги.

Для признания граждан нуждающимися в социальном обслуживании для любой из форм социального обслуживания следует обратиться в кол-центр или

любое районное бюро СПб ГКУ «ЦОСО», заполнить заявление и предоставить необходимые документы.

Для участников СВО и членов их семей предусматривается максимально возможное ограничение участия заявителей в процессах сбора сведений и документов из разных организаций, подтверждающих права заявителей на получение социальных услуг.

Специалисты СПб ГКУ «ЦОСО» оказывают содействие в сборе документов, необходимых для предоставления социального обслуживания из иных органов (организаций) посредством Межведомственной автоматизированной информационной системы предоставления в Санкт-Петербурге государственных и муниципальных услуг в электронном виде.

На основании оценки предоставляемых документов составляется индивидуальная программа предоставления социальных услуг (ИППСУ) в которой указаны форма социального обслуживания, виды, объем, периодичность, условия, сроки предоставления социальных услуг, перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг, а также мероприятия по социальному сопровождению.

Список литературы

1. Федерального закона от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»;
2. Постановление Правительства Санкт-Петербурга от 26.02.2019 № 85 «О создании Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения «Центр организации социального обслуживания» и о внесении изменений в некоторые постановления Правительства Санкт-Петербурга»;
3. Распоряжение Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 07.09.2021 № 2563-р «Об утверждении регламента Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения «Центр организации социального обслуживания», подведомственного Комитету по социальной политике Санкт-Петербурга, по предоставлению услуги по признанию граждан нуждающимися в социальном обслуживании и составлению индивидуальной программы предоставления социальных услуг»;
4. Распоряжение Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 01.07.2019 № 405-р «Об утверждении Порядка межведомственного взаимодействия Санкт-Петербургского государственного казенного учреждения «Центр организации социального обслуживания» при реализации полномочий по признанию граждан нуждающимися в социальном обслуживании и составлению индивидуальной программы предоставления социальных услуг и признанию утратившим силу некоторых распоряжений Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга и внесении изменений в распоряжение Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга от 21.02.2018 № 62-р».

Координационный центр по вопросам социальной поддержки граждан. Новые подходы к организации помощи, проблемы, решения.

Гречишкина М.А.

директор Санкт-Петербургского государственного
бюджетного учреждения
«Кризисный центр помощи женщинам»,
г. Санкт-Петербург
shelterspb@yandex.ru

«Координационный центр по вопросам социальной поддержки граждан в особых ситуациях» создан в структуре Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения «Кризисный центр помощи женщинам» в рамках развития системы социальной помощи участникам и членам семей участников специальной военной операции.

Основным направлением деятельности Координационного центра является оказание комплексной помощи участникам и членам семей участников специальной военной операции.

Главной особенностью работы является возможность обратиться в Координационный центр, в том числе, гражданам, не имеющим регистрации в Санкт-Петербурге, а также членам семей участников СВО, прибывшим из регионов Российской Федерации и принимающим участие в уходе за ранеными в военных госпиталях Санкт-Петербурга.

Мы рассматриваем оказание помощи данной категории граждан через призму долговременной помощи и поддержки.

В Координационном центре осуществляются:

- координация и содействие в предоставлении социальных кураторов в учреждениях социальной защиты населения, подведомственных администрациям районов, в целях предоставления мер социальной поддержки, оказанию социальных и иных услуг;
- консультирование специалистов районных учреждений социальной защиты о мерах социальной поддержки участников СВО и членов их семей, установленных законодательством Российской Федерации и порядке их предоставления;
- предоставление информации о мерах социальной поддержки участникам СВО и членам их семей, установленных законодательством Российской Федерации, по телефону горячей линии, поступающих из регионов РФ;
- предоставление экстренной психологической помощи участникам СВО и членам их семей по телефону доверия (812) 713-13-19;
- оказание бесплатной юридической помощи участникам СВО, членам их семей по вопросам оформления и предоставления мер социальной поддержки (льгот, связанные с кредитами, трудовыми гарантиями и др.);

- содействие в оформлении (восстановлении) документов и получении участниками СВО статуса Ветерана боевых действий в соответствии с федеральным законодательством;
- содействие в получении ветеранами СВО, членами семей погибших (умерших) участников СВО, мер социальной поддержки, установленных законодательством Российской Федерации;
- содействие в осуществлении приема участников СВО и членов их семей, специалистами исполнительных органов государственной власти, в соответствии с утвержденным графиком (еженедельно).

На каждого участника специальной военной операции оформляется социальный паспорт, на члена семьи участника специальной военной операции заполняется социальная карта, в которой отражаются виды помощи и результаты работы.

До настоящего времени основными причинами обращения в Координационный центр были:

- восстановление утерянных документов;
- меры социальной поддержки, факты задержки страховых, единовременных выплат;
- длительное оформление документов Ветерана боевых действий в соответствии с федеральным законодательством.

Специалисты Координационного центра разработали Методические пособия и справочники по мерам социальной поддержки участников специальной военной операции и членов их семей. Данные материалы размещены на сайте учреждения <http://pomogaemmamam.ru>, ими могут воспользоваться как специалисты учреждений, предоставляющие услуги данной целевой группе, так и сами получатели социальных услуг.

За период с 13 февраля 2023 по настоящее время специалистами Координационного центра была оказана помощь 1245 обратившимся, в том числе 1174 по Телефону доверия. Экстренная психологическая помощь по Телефону доверия оказана 414 гражданину.

Проведены 68 юридических консультаций по вопросам восстановления документов раненого в зоне СВО, выплат участнику СВО, по наличию льгот в предоставлении жилья участнику СВО. Личный прием руководителя службы проведен для 21 гражданина.

В данный момент отмечается рост обращений на телефон горячей линии, связанных с оказанием экстренной психологической помощи. И, вероятнее всего, количество обращений за психологической помощью начнет увеличиваться после возвращения бойцов из зоны боевых действий. Также на телефон доверия поступает значительное количество обращений из других регионов Российской Федерации по мерам социальной поддержки участникам СВО.

Каждую среду в Координационном центре с 14.00 до 17.00, в соответствии с утвержденным графиком, специалисты исполнительных органов государственной власти (это Комитет по социальной политике Санкт-Петербурга, Комитет по образованию, здравоохранению, жилищный комитет, комитет по труду и занятости)

осуществляют прием участников и членов семей участников специальной военной операции. Запись на прием осуществляется по телефону доверия 713-13-19.

Специалистами Исполнительных органов государственной власти (далее ИОГВ) предоставлены 23 консультации по различным вопросам членов семей участников СВО.

С какими вопросами граждане обращались к представителям ИОГВ:

1. перевод ребенка на бюджетную форму обучения;
2. предоставление бесплатного парковочного места;
3. социальная поддержка, различного рода выплаты;
4. восстановление в трудовых правах;
5. обжалование решения ВВК;
6. социальная поддержка по вопросам жилья.

Количество консультаций, проведенных специалистами ИОГВ – 20.

Подводя итог, необходимо отметить, что участники СВО и члены их семей будут нуждаться в долговременной помощи, как в социальной (психологической, юридической), так и медицинской, связанной с реабилитацией после ранений, контузий. Особое внимание требуется уделять сопровождению детей, работе с их психологическим состоянием, оказании помощи в преодолении страхов, тревоги, депрессии.

Список литературы:

4. Выступление Президента Российской Федерации В. В. Путина с Посланием Федеральному Собранию Российской Федерации. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/49010> (дата обращения 15.11.2023г.)

Роль групповой терапии в психологической помощи участникам СВО и членам их семей

Скрыпник В.В.

Общественная организация «Совет семей СВО»
skvasilisa@yandex.ru

Посттравматическое стрессовое расстройство – это телесные, мыслительные, эмоциональные и поведенческие реакции, которые могут появиться после воздействия экстремального угрожающего происшествия и ухудшить качество жизни человека. Среди симптомов могут быть кошмары, флешбэки, повышенная бдительность, раздражительность, трудности с засыпанием и расслаблением, тахикардия, избыточная потливость.

В текущей ситуации, связанной с боевыми действиями, стрессовое расстройство характерно как для самих участников СВО, так и членов их семей, включая жен, детей и родителей.

Известно, что в системе воспитания мальчиков в России преобладают модели поведения, связанные с подавлением, эмоций контролем над их спонтанным проявлением. Мальчику говорят: «ты мужчина – не жалуйся», «мужчины – не плачут», «мужчина – герой», «мужчина - воин». В результате такой системы воспитания мы получаем во взрослой мужчин, привыкших говорить то, что от них хотят услышать окружающие, а не выражение истинного состояния души. Разговорить по душам наших мужчин даже на приеме у доктора, психолога практически невозможно.

Но потребность «открыть душу», высказать свою точку зрения людям остается. И тогда приходят на помощь «посиделки со 100 граммами», или иные способы расслабиться в кругу единомышленников. Но это видимая часть айсберга, а за ней – уже не крик, а вопль о помощи.

Существующая в медицине и психологии тенденция предотвращения негативных последствий от стрессов, предупреждение болезни, профилактика, реализуема в и групповой терапии лиц, пострадавших от стрессовых воздействий, связанных с боевыми действиями, травмами, инвалидностью, потерей боевых товарищей.

Об актуальности такой работы и ее своевременности (нужна еще вчера) говорит такой случай. В нашей организации «Совет семей СВО», в основном чате, состоят родственники участников СВО нескольких полков, которые объединяются в стихийные группы для поддержки таких же пострадавших, потерявших родных. И знаете, что интересно? Казалось бы, в группе все женщины, которые потеряли мужчин. Но у матерей и жен изначально разные позиции.

Матери, особенно те, у которых нет от погибших сыновей внуков – это обособленная группа со своими болями, не всегда понятными иным женщинам.

Вдовы с маленькими детьми или детьми-инвалидами – другая боль и другие задачи, и способы выхода из стресса.

Одинокие вдовы – третья боль.

Казалось бы, у всех стресс, но стандартных путей решения даже в этих группах нет. И все же, их взаимная поддержка и понимание потери много значит.

Задача профессионалов - помочь в этот самый тяжелый психологически период и оказать им своевременную профессиональную поддержку.

Совет семей СВО не бросает своих. И женщины, помогают друг другу, кто чем может, стараются не допустить ухода в себя, ухода «в горе». Они приходят с запросом: «Помогите нам! Вы – специалисты! Нам нужно просвещение в области психологии в части выхода из стрессовых ситуаций».

Но у погибших воинов остаются также отцы, братья, сыновья. И это с точки зрения психологической поддержки самая «непробиваемая» категория. Как упоминалось выше, в силу воспитания в России «настоящих мужчин» не учат спонтанно выражать чувства тоски, тревоги, печали, гнева. Поэтому каждый из них остается один на один со своим горем. И если бы они начинали «пить», употреблять запрещенные препараты, можно было бы обратиться к наркологу, психиатру. Эта система помощи отлажена и работает.

Но многие из них не начинают ни пить, ни курить. Они переживают всё глубоко в себе, замыкаются. И это самая большая проблема для близких, находящихся с ними рядом. Как в данной ситуации быть?

Нам видится решение в проведении групповой терапии. Когда люди будут видеть, что они не одни, что и другие находятся в схожей ситуации, но не замыкаются, а ищут выход из нее, будет легче принять помощь. Важно продумать, обсудить со специалистами, как лучше вовлечь мужчин в подобные группы? Как называть такие группы? Возможно, будет уместно реализовать идею воспоминаний о павших, своеобразный Клуб памяти, направляя эмоции на воспоминания о совместных делах, ярких событиях, собирая фотографии и другие личные вещи героев для сохранения памяти.

Важно не замалчивать проблемы, а вместе помогать справляться не только женщинам, но и мужчинам во избежание обострения заболеваний и ради сохранения памяти о героях.

Для тех мужчин, кто вернется, надо тоже подумать заранее, отработать методики объединения их для возможности высказывать свои эмоции и обсуждать, как жить и реализовывать себя в мирной жизни. Обязанностью выживших будет, в том числе, жить и «за себя и за того парня».

Список литературы:

1. Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В. Выбор стратегий и оценка эффективности в системе психосоциальной реабилитации: современное состояние проблемы // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Коллективная монография. М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016. С. 222–239.
2. Караяни А.Г., Корчемный П.А. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. М., 2010.
3. Караяни А.Г., Волобуева Ю.М., Дубяга В.Ф. Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий. М., 2007.
4. Энциклопедический психологический словарь-справочник. 1000 понятий, определений, терминов: Учебно-методическое пособие для вузов / (6-е издание, переработанное и дополненное). Минск, 2021.

Поведенческие изменения у подростков (12-17 лет), родители которых участвуют или участвовали в СВО. Методические рекомендации при общении и способы мотивации

Вакуева Д.П.,
заместитель директора Автономной некоммерческой организации
«Содружество по противодействию детско-подростковой
дезадаптации «Герой»,
geroi2000n@mail.ru

В настоящее время мир меняется настолько быстро и хаотично, трудно уследить за тем, что и где происходит. Ещё недавно казавшиеся невозможными события, связанные с проявлениями нацизма и вражды между дружественными народами, разговаривающими на одном языке и имеющими общую веру, оказались реальностью. Опасения информационных войн дополнились реальной войной с отголосками Великой Отечественной войны.

Бесспорно, большая часть наших соотечественников, продолжает жить обычной, повседневной жизнью, так как суверенность и самодостаточность Российской Федерации в ресурсах и производствах, а также социальном обеспечении, позволяет это реализовать.

Но нельзя не заметить и изменений, связанных с мобилизацией мужчин, глав семей, что почти сразу отразилось на детях. Ребёнок, как создание уязвимое и очень ведомое, чаще всего первым ощущает на себе любые изменения в обществе и открыто на них реагирует. Это может проявляться в агрессии, инфантильности, замкнутости, поведенческих изменениях, таких как резкая смена настроения, соматических проблемах. Ещё сложнее, если мы наблюдаем ребёнка с исковерканным пониманием действительности, манипулятивной манерой приспособления, когда даже самую безвыходную и удручающую ситуацию он переворачивает в свою пользу.

По данным Общероссийского народного фронта (ОНФ), уже в 2019 году в Российской Федерации только у 28% школьников проявлялся интерес к учёбе, а у оставшихся 72% нет. К 2023 году соотношение заинтересованных в учёбе снизилось ещё почти на 5%. Для кого-то ограничение перемещений из-за закрытия границ повлияло на снижение мотивации к саморазвитию, кто-то ощутил на себе нехватку бюджета и проблемы с оплатой дополнительных кружков и секций, у кого-то просто ухудшилось психо-эмоциональное состояние.

У подростков, чьи родители в какой-либо степени связаны с СВО, были выявлены такие эмоциональные состояния как скука, как объясняют сами подростки, из-за однообразия уроков и самого процесса обучения. Многие испытывают дефицит общения с родителями,

Другим пришлось раньше желаемого ощутить чувство взрослости – появление гиперответственности за семью в отсутствие главы семейства. В таких случаях взваливание на себя дополнительных обязанностей по дому происходило в ущерб образовательному процессу.

У некоторых появилась боязнь будущего, и как следствие – неопределённость в выборе направлений учёбы, экзаменов и дальнейшем жизненном пути, а также сложностях с выбором образовательной организации среднего и высшего звена.

У подростков может ощущаться страх снова остаться без члена семьи, если по возвращению одного из родителей из зоны СВО у родителей на почве ПТСР могут произойти, или уже происходят непоправимые изменения личности, портятся отношения в семье.

Одно из проявлений неблагополучия – снижение успеваемости, ухудшение отношений в школе к себе со стороны других учащихся. Подросток может остаться без поддержки в учёбе при отсутствии контроля родителя, либо, напротив, воспользоваться льготами и послаблениями, полностью перестать учиться, ожидая, что новый статус ребёнка участника СВО позволит получить хорошие отметки без усердия.

Еще одно проявление - конфликты с учителями. Случайно сказанное слово, неуместная оценка могут вызвать у ребёнка неприятие, и возможно, отторжение от учителя. Подросток будет всеми силами избегать занятий, или срывать занятия, проявляя протестные реакции.

Может проявиться и зависть к тем одноклассникам, у кого родители остались дома.

Чтобы эффективно работать с маломотивированными детьми, чьё внимание сместилось с учёбы в сторону бытовых потребностей, стоит использовать несколько иной подход в коммуникации и обучении.

Например, смещать акцент в диалоге непосредственно с учёбы, на ценности, принципы морали. Делать упор на воспитании личности и вырабатывать у подростков чувство значимости, как самого ребёнка, так и каждого члена его семьи, ценить поддержку семьи.

Такая работа проводится в социально ориентированной Автономной некоммерческой организации «Содружество по противодействию детско-подростковой дезадаптации «Герой» в отношении трудных подростков, отобранных ГБОУ Санкт-Петербурга с признаками дезадаптации.

Важны также мероприятия в образовательных учреждениях, направленные на сплочение коллектива, будь то туристический слёт или какая-либо иная совместная деятельность, где вне стен школы у ребёнка будет возможность проявить себя, сменить локацию и отвлечься от бытовых и домашних проблем. Важно знакомить подростков с разными людьми, профессионалами своего дела, чтобы также помочь с профориентацией и выбором дальнейшего жизненного пути.

Список литературы:

1. Бандура А. Подростковая агрессия. Изучение влияния и воспитания семейных отношений / Пер. англ. М., 2009. - 512 с.
2. Микляева А.В., Румянцева П. В. Школьная тревожность: диагностика, профилактика, коррекция. СПб.: Речь, 2004. - 248 с.
3. Шнейдер Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков. М.: Академический проект; Трикта, 2005. - 336 с.

Особенности работы психолога с детьми из семей участников боевых действий с использованием мультимедиа

Бадалиев А. В.,

заместитель начальника

Нахимовского военно-морского училища,

г. Санкт-Петербург

Гусакова Е. В. ,

педагог-психолог высшей категории,

г. Санкт-Петербург

nvmu.gusakova@bk.ru

Мультимедиа (multimedia) – это современные компьютерные информационные технологии, позволяющие объединить в компьютерной системе текст, звук, видеоизображение, графическое изображение и анимацию (мультипликацию). Использование мультимедийных средств позволяет одновременно воздействовать на несколько органов чувств человека и благодаря этому повышать эффективность познавательной деятельности, эмоциональной вовлеченности.

Известно, что работоспособность человека зависит, в том числе и от способности противостоять стрессу, вызванному неблагоприятными обстоятельствами. В условиях специальной военной операции, организация психологической работы, направленной на оказание психологической поддержки и помощи в сохранении, восстановлении психологического здоровья и работоспособности детей и взрослых особенно актуальна.

Как показывает наша практика, дети участников боевых действий чаще других детей испытывают состояние тревоги, беспокойства, чувства неопределенности. Если ранее в такой семье присутствовали нарушения детско-родительских отношений, то наложение новых обстоятельств чаще всего снижает нервно-психическую устойчивость у детей, влияет на самооценку.

В дальнейшем такие дети, терзаясь постоянными сомнениями, могут быть не способны на серьезные жизненные достижения, у них может наблюдаться снижение учебной и профессиональной мотивации и как следствие - социальная дезадаптация. Можно сказать, что данная проблема настолько актуальна, что требует скорейшего разрешения, так как может привести к формированию поколения неуверенных, тревожных, неспособных адаптироваться в жизни людей.

Наша программа была сформирована благодаря опыту работы с детьми, чьи родители принимали участие в боевых действиях на территории Чеченской Республики, Сирийской Арабской республики. В данный момент работа ведется с детьми участников СВО и тех, чьи родители погибли на службе в мирное время.

Программа называется «Якоря здоровья», целью ее является получение навыков сохранения своего психоэмоционального здоровья и овладение здоровыми берегающими технологиями, формирование стратегий поведения и жизненных ресурсов. В программе используются возможности мультисенсорной среды («сенсорной комнаты», «многофункциональной купольной аудитории»). Программа уже показала свою эффективность в работе, как с детьми, так и с взрослыми людьми.

В 2021 году данная программа была представлена в Военном инновационном технополисе «Эра» МО РФ в г. Анапа.

Материалы и методы.

На занятиях в рамках программы психологической поддержки «Якоря здоровья» мы используем систему тестирования «INDIGO» и мультимедийные системы «Купольная аудитория», «Сенсорная комната». «INDIGO» это программа для создания тестов и тестирования идеально подходит для взрослых и детей.

Программный продукт «INDIGO» предназначен для автоматизации процесса тестирования и обработки результатов. Состоит из нескольких компонентов: модуля подготовки тестов и модуля прохождения тестов, при этом на рабочих станциях пользователей работа с программой выполняется через веб-браузер (установка не требуется). Программный комплекс, может быть, развёрнут в локальной сети организации изолированно от Интернета, или как онлайн-сервис в Интернете (на сервере клиента или в облаке компании-разработчика). Система позволяет группировать тесты, пользователей, индивидуально назначать конкретным пользователям определенные тесты. Позволяет гибко формировать отчёты и получать аналитику по результатам тестирования.

Впервые в психологическом сопровождении участников программы мы использовали систему «Многофункциональная купольная аудитория» по типу планетарий. Это специальный купол, который обеспечивает захватывающую 360-градусную проекцию в видеоформате «Рыбий глаз» на изогнутой поверхности всего с одного проектора без необходимости дополнительной обработки изображения. «Купольные» проекции действительно впечатляют, так как они позволяют передавать материал уникальным способом, являясь одним из эффективных методов психического расслабления. При этом принципом работы, направленной на психологическую разгрузку, является сочетание специального света и цветного изображения. Для усиления эффекта воздействия добавлены звуки, чаще всего, в форме музыкальных произведений.

Использование «Купола» может служить универсальным средством коррекции нарушенных функций психики, поскольку помогает мобилизовать защитные силы организма и восстановить генетически заданное состояние здоровья человека. «Купол» так же используется совместно с методикой «Якоря здоровья».

Цикл состоит из 7 занятий, каждое из которых имеет свое название: «Спокойствие», «Уверенность», «Жизненная сила», «Устойчивость», «Энергия», «Бодрость жизни», «Ясность, знание». Каждое занятие завершается тематическим видеорядом.

В программу работы включено нахождение в Сенсорной комнате. Данная комната оборудована пуфами, пузырьковой трубой, специальным панно «Звездное небо», массажными креслами, различными цветовыми эффектами, сухим бассейном, столом с песком, аромалампой, музыкальной аудиосистемой.

Сенсорная комната отличается своей изолированностью, необычностью обстановки, тем самым создает соответствующий настрой релаксации, ухода от стрессовых стимулов внешнего мира. Использование пуфов и сухого бассейна позволяют значительно легче, чем кресла или кушетки создать положение тела, удобное для обучения произвольной релаксации. Оптические эффекты сенсорной

комнаты позволяют переключать внимание участников, а свето-звучо-тактильная стимуляция в сенсорной комнате легко может быть ассоциирована с природными релаксирующими объектами, что усиливает глубину релаксации.

Помимо использования мультимедийных систем проводится тренинговая работа, где используются ассоциативные карты, индивидуальные дневники с чек-листами рассчитанные на работу с подростками и взрослыми. С детьми младшего возраста работа ведется в тематических тетрадах.

Результаты.

В оценке результативности программы использовались следующие способы: мониторинг состояния участников путем проведения первичной и итоговой диагностики, рефлексии и результатов наблюдения.

Учитывая, что наш мир стал цифровым, использование мультимедиа в психологическом сопровождении находит свое место и показывает большую эффективность. Работа с программами, имеющими возможности мультисенсорной среды, позволила снизить ситуативную и личностную тревожность участников, способствовать формированию у них навыков регуляции психоэмоциональных состояний; повышению стрессоустойчивости, самооценки и уверенности в себе.

Список литературы

1. Котельников В.М. Займитесь собой. Пособие по саморегуляции и самосовершенствованию. М. : Издательский Дом МСП, 2000.
2. Овчинников Б.В., Дьяконов И.Ф., Дьяконова Т.И. Практическая психогигиена: учебно-методическое пособие. СПб.: СпецЛит, 2017.
3. Методические рекомендации по организации и проведению профессионально-психологического сопровождения обучающихся суворовских военных, нахимовского военно-морского и кадетских корпусов МО РФ в ходе образовательного процесса: ГУК МО РФ Ч.1. М.: Арманов-центр, 2017.

«Разговоры о важном» и посттравматическое стрессовое расстройство

Зуева О.В.,

Общественная организация «Совет матерей СВО»

Кульшенко Д.Л.

Агентство Стратегических Инициатив, г. Москва

участник боевых действий

Шворак С.А.,

педагог-психолог высшей категории, клинический психолог
svetashvorak@mail.ru

Еще со времен Великой Отечественной войны весь мир восхищается мужеством наших воинов: русский солдат – самый сильный в мире, самый смелый и выносливый!

Мы видим их подвиги в ходе Специальной военной операции, да и, возвращаясь в обычную жизнь, они пытаются сами справиться со своим порой тяжелым состоянием, не отягощать близких своими болями, страхами, мыслями.

Многие из них испытывают симптомы клинической депрессии, посттравматического стрессового расстройства, но в отсутствии привычки жаловаться, не обращаются к психологу или психиатру. В случаях обращения за помощью по принуждению родственников, продолжают быть сильными мужчинами: не отягощать психологов своими проблемами, не пугать их своими страхами – «они же мужики»! Боятся обращаться к наркологу, так как боятся остаться без прав на вождение автомобиля, да и без работы. Очень часто в качестве лекарства выбирают психоактивные вещества, включая большие дозы алкоголя. Такие «возлияния», нередко завершаются правонарушения. А состояния (заболевания), вызванные травмирующим негативным воздействием на психику боевого стресса усиливаются.

В подобных ситуациях одним из доказавших свою эффективность методов лечения ПТСР является когнитивно-поведенческая терапия, предполагающая, что сформировавшиеся стереотипы мышления должны быть скорректированы или полностью изменены с эмоциональной наполненностью и с конкретной схемой поведения [1; 2; 3]. А, значит, необходима корректировка мыслей и чувств, которые определяют поступки и действия, влияют на образ жизни человека (базируется на принципе, что внешнее воздействие (ситуация) вызывает определенную мысль, которая переживается и находит свое воплощение в конкретных поступках, то есть мысли и чувства формируют поведение личности) [5; 6; 7].

В качестве профилактики «ухода в свои проблемы и переживания» для вернувшихся воинов хорошо зарекомендовали себя Классные часы со школьниками «Разговоры о важном». Общение с детьми, передача жизненного опыта, переформулирование даже самых страшных событий с позиции подвига, позволяет многим бойцам почувствовать себя значимыми, важными людьми. ГЕРОЯМИ! [4]. Искреннее восхищение детей, их объятия заставляют увидеть другую сторону пережитых событий, наполнить сознание вместо страхов и ужасов другими красками (эмоциями), что снижает выраженность симптоматики [7]. А гордость школьников встречей с участником СВО – это заряд патриотизма!

Кажется, так легко: отвел человека с ПТСР в школу – вылечил! Но это мероприятие требует тщательной подготовки, как школьников, так и комбатанта. Здесь без помощи родственников, психологов не сформировать комплаенс (соответствие определенным требованиям). Именно это и есть самое главное звено в процессе реабилитации участников СВО. Именно сейчас важно сформировать у жен, матерей, отцов, детей доверие к государственным институтам власти.

А еще важно проводить просветительскую работу, обучать родственников основам психологии, а в некоторых случаях, при соответствующей квалификации, и по специальности «Клинический (медицинский) психолог».

Важно организовывать прием родственников и участников СВО у наркологов и психиатров без постановки на учет в течение 1 года. Таким образом, будет возможно помочь не только себе, но членам семьи, а «Разговоры о важном» смогут стать ресурсом для лечения и реализации в дальнейшей мирной жизни.

Список литературы:

1. Бек А., Бек, Д.С. Когнитивная терапия: полное руководство. Cognitive Therapy: Basics and Beyond. М. «Вильямс», 2006.
2. Бек А., Раш Д., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии: научное издание. СПб. Питер, 2003. - 324 с.
3. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб. Питер, 2002. - 347 с.
4. Лазарус А. Мысленным взором: Образы как средство психотерапии/Пер. с англ. Е.В. Курдюковой. М.: Независимая фирма «Класс», 2000. - 144 с.
5. Федоров А.П. Когнитивная психотерапия. СПб, 1991. - 512 с.
6. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия // Основные направления современной психотерапии / Под. Ред. А.М. Боковой. М.: Когито-центр, 2000. - С. 224—267.
7. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. СПб: Речь, 2002. – 256 с.

Психологическое сопровождение родственников военнослужащих пропавших без вести

Полушина О.Б.,

доцент кафедры общей и прикладной психологии
Санкт-Петербургского военного ордена Жукова
института войск национальной гвардии РФ,
кандидат психологических наук,
polushina.olga2016@yandex.ru

Психологическое сопровождение человека в ситуации горя является одной из актуальных проблем психологической практики. Но проблема сопровождения родственников, пропавших без вести, в этом аспекте становится еще более значимой и трудноразрешимой задачей. Бесследное исчезновение военнослужащего является очень тяжелой потерей. Прежде чем рассмотреть особенности работы психолога с данными потерями, обратимся к некоторым понятиям: скорбь, горе, работа горя, осложненное горевание и этапы горя.

Понятие «работа горя (скорби)» впервые употребляется З. Фрейдом [7; 176 – 193]. Он подчеркивает три составляющих в переживании скорби: когнитивная, конативная, аффективная. Представляет собой процесс, в результате которого человек осознает неизбежность случившегося, его реальность. При этом психика ярко проявляет сопротивление.

По мнению Э. Линдемманна [5] работа горя завершается в случае, если человек, во-первых, перестает быть зависимым от умершего; во-вторых, адаптируется к жизни без умершего; в-третьих, способен строить новые отношения. Э. Линдемманн выделил следующие виды горевания: искаженное, хроническое, отсроченное, подавленное и предвосхищающее. Все эти виды горевания можно отнести к осложненному гореванию. В практике работы с клиентами мы чаще всего сталкиваемся именно с осложненным гореванием.

Искаженное горевание описывается автором как поверхностное проявление горя (отсутствие чувства утраты, отчужденность, враждебность, изоляция, чрезмерная активность, соматизация и др.). Хроническое горе характеризуется затягиванием процесса горевания. При отсроченном горевании человек по какой-либо причине не позволяет себе горевать, например, нет времени, очень много забот или считает себя не вправе горевать. При отсроченном горевании горе может настичь человека даже после нескольких лет утраты. Подавленное горе совпадает с отсроченным по содержанию, но при отсроченном горевании процесс завершается, при подавлении нет.

Предвосхищающее горевание может ярко проявляться у родственников военнослужащих, находящихся в боевых условиях. Например, военнослужащий жив и здоров, а родные могут пережить все стадии горевания, как будто бы он погиб.

Работая с родственниками пропавших без вести, мы чаще всего сталкиваемся с отсроченным и подавленным гореванием. И тот и другой вид горевания относится к осложненному гореванию (по МКБ-11 6B42 Длительное расстройство горя) [1].

Одно из направлений изучения работы горя связано с выделением стадий горя. Первой кто выделила и описала эти стадии, стала Э. Кюблер-Росс [4]. Изучая реакции больных со смертельным диагнозом, она выделила 5 стадий горевания: отрицание, гнев, тревога, депрессия, принятие. Автор подчеркивает индивидуальные варианты проявлений на каждой стадии, время их проживания, возможность повтора и застревания на какой-либо стадии. Но в тоже время она выделила общие закономерности прохождения этих стадий. Важно понимать, что работа горя — это длительный процесс. Но в ситуации работы с родственниками без вести пропавших одной из первых задач является начать процесс горевания. Потому что яркой особенностью осложненного горевания родственников, пропавших без вести, является отказ от горевания. Они сознательно отказываются от скорби, потому что для них она является признаком признания смерти близкого человека. Д. Беккер [8, с. 41] обнаружив у людей запрет на скорбь отметил основные механизмы защиты: подавление и избегание.

Пример при работе с женой без вести пропавшего военнослужащего:

П: с кем вы говорили о случившемся?

К: ни с кем, знают только его друзья, мои и его родители, из других родственников еще моя тетя. Я не могу ни с кем об этом говорить, на работе у меня никто не знает.

Как видим в данной ситуации, жена отказывается говорить с кем-либо на тему случившегося, этим она не только запрещает себе скорбеть, но и не получает социальной поддержки со стороны общества. Еще один аспект блокирования эмоций невозможность описать, что чувствуешь. В частности, Е. Николетти [10; 58] подчеркивает своеобразность такой потери. Человек осознает потерю, но не признает ее. По мнению Е. Николетти пропавший без вести потерял дважды: первый раз, когда приходит извести о пропаже и второй — а был ли человек вообще (именно отсутствие тела приводит к таким мыслям и ощущениям).

Для осуществления работы горя очень важно соблюдение определенных ритуалов: религиозных или светских. Ритуалы позволяют принять разлуку. С теми, кто является без вести пропавшими невозможно попрощаться. Нет документов, нет тела. Работа психолога в этом случае направлена на попытку запустить процесс скорби, без признания возможной смерти близкого. Например, можно попрощаться с местом, где жили совместно супруги или образом совместной жизни.

П: как ты думаешь, ты много прошла за то время как вы не виделись с супругом?

К: да, мне пришлось устанавливать статус мужа как без вести пропавшего, вывозить все вещи из нашей квартиры.

П: как ты думаешь, если твой муж жив, перенес ли он без тебя много испытаний?

К: думаю да, он был ранен, очень серьезно.

П: теперь подумай о том, насколько вы изменились с тех пор, как вы виделись в последний раз?

К: мы очень изменились, я стала замкнутой, практически ни с кем не общаюсь, стала более жесткой в отношениях с родственниками. Думаю и у него есть серьезные изменения.

П: тогда может быть стоит попроситься с вашими отношениями? Даже если вы и встретитесь в будущем, это будут другие отношения.

К: я представила себе фотографию, на которой мы вместе, такой именно фотографии нет в реальности, я поставила ее на комод, как свидетельство наших отношений, их реальности, я могу попроситься с ними (впервые за много месяцев заплакала).

У родственников пропавших без вести также нет возможности прийти на кладбище, так как нет могилы. Для работы над темой скорби в подобных случаях можно использовать очень важные места для их отношений. Например, место, где встретились, супруги, или любимое место одного из них, место, где они часто бывали вместе и пр.

К: я часто теперь хожу на нашу скамейку в ближайшем парке, сижу, слушаю шелест листвы и мне становится как-то умиротвореннее.

Важно понимать, что у родственников, пропавших без вести, навсегда остается надежда, что их близкий человек вернется. Эта надежда колеблется: от максимальной веры, что вернется, до пучины безнадежности.

К: я не верю, что его нет. В какой-то момент времени я уверена, что вот сейчас дверь откроется, и он будет на пороге. В другие моменты я почти уверена, что его нет в живых, после таких ранений почти не выживают (как видим, даже в ситуации отчаяния она не верит в гибель мужа).

Горе и скорбь принимаются за предательство. Человек отказывается говорить на эту тему даже с самыми близкими людьми. Родственникам необходимо разяснять особенности чувств и поступков. Поступки могут быть различными: продолжать писать сообщения, покупать подарки на день рождения и пр. Эти поступки помогают на первый взгляд продержаться, но при этом они усугубляют состояние человека. С другой стороны, нельзя просто запретить это делать. Необходимо разговаривать, не избегая тем связанных с пропавшим без вести.

К: я не могу говорить со своими родителями о пропавшем муже, мне кажется, что они хотят, чтобы я им сказала какие-то новости, а их у меня нет. Что я им могу сказать. А вот с родителями мужа мне легче общаться. Мы много вспоминаем, говорим о нем.

Пропавшего без вести также могут идеализировать, особенно если это герой боевых действий. Создается безупречный образ, который может поддерживаться социумом. В этом случае можем встретиться с проблемой социального запрета на горевание. Например, ребенку могут говорить: «не плач, твой папа герой, а ты плачешь».

Не стоит опровергать, что он герой, но для ребенка это папа, его папа, ребенку плохо без него, а горевание становится под запретом. Не выраженные своевременно мысли и чувства соматизируются и в последствии могут обернуться другими проблемами: депрессией, различного рода тревожностями, нарушениями сна и пр.

Идеализация личности пропавшего без вести позволяет продолжить жизнь человека. Люди проговаривают: «а что бы он сказал, сделал в той или иной ситуации». Но возможно и очернение пропавшего без вести: «Если бы он не лез на рожон, то и не случилось бы ничего».

В психологической работе необходимо дать возможность выговориться человеку, выплеснуть агрессию и злость. Основные чувства, которые испытывают родственники пропавших без вести: печаль, гнев, обвинения, вина и самобичевание, тревога, одиночество, усталость, беспомощность, шок, тоска, оцепенение, безнадежность. Именно эти чувства должны стать предметом обсуждения на консультации или групповой терапии.

Частые физические ощущения при переживании горя: неприятные ощущения в груди (сжатость, колет, тупая боль); комок в горле; повышенная чувствительность к звукам, яркому свету; диссоциация, деперсонализация и дереализация; нехватка энергии, усталость. Данные физические ощущения так же являются мишенями в терапии. Можно использовать для их проработки телесно-ориентированную терапию, ДПДГ.

При работе с когнитивными убеждениями мишенями становятся: неверие, спутанность мыслей, поглощенность своими мыслями, переживание присутствия, галлюцинации.

В работе с нарушением поведения наблюдаются: нарушение аппетита и сна; рассеянность; социальное дистанцирование; сновидения с участием пропавшего без вести; избегание разговоров о пропавшем; беспокойство и излишняя активностью (человек продолжает жить, как будто ничего не случилось); высокая ценностью предметов, вещей, принадлежавших пропавшему (не разрешают убрать вещи из шкафов, оставляют в комнате все как было при нем и пр.).

В целом весь процесс психологического сопровождения родственников пропавших без вести можно строить на позиции В. Вордена [3], определившего задачи горевания. Кратко представим их в форме таблицы.

Таблица 1.

Задачи горевания, по В. Вордену

Задачи горевания	Отрицание задачи горевания	Особенности проявления у родных пропавших без вести
1.Принятие реальности утраты (помогают ритуалы прощания)	1) отрицание факта потери, 2) снижение значения утраты, 3) отрицание необратимости утраты	Практически всегда присутствует 1 и 3 признаки отрицания реальности утраты. Сохранение личных вещей и комнаты пропавшего в неприкосновенности. Обращение к различного рода ведуньям, гадалкам в поиске пропавшего.
2. Переработка боли, причиняемой горем	Отрицание боли, запрет на чувства (гнева, тревоги, стыда, вины и пр.)	Идеализация или очернение пропавшего, употребление ПАВ, кардинальные изменения в жизни (смена места жительства, работы и пр.). Застревание на этой задаче приводит к депрессии.

3. Приспособиться к миру без умершего (в нашем случае без пропавшего)	Отказ от существования без близкого, пропавшего без вести (нарушение адаптации к внешнему миру, к собственной личности и пониманию ценностей жизни)	Вынуждены решать те задачи, которые решал пропавший без вести. Сложности в понимании своего социального статуса. В обществе отсутствует обозначение близкого человека пропавшего без вести (например, при смерти: вдова, сирота). Потеря самоконтроля. Потеря трех фундаментальных предположений о мире: мир доброжелателен, мир полон смысла и я достоин (Р. Янофф-Булман [9]). Социальная изоляция и дистанцирование.
4. Сохранить связь с умершим (пропавшим без вести), приступая к построению новой жизни	Отказ найти новым отношениям место в своей жизни	Отказываются от новых даже дружеских отношений, не говоря уже о более интимных. Отсутствие планов на жизнь.

Необходимо подчеркнуть, что задачи, выделенные В. Ворденом, не являются стадиями, на которых в динамике необходимо концентрироваться. Чаще всего они решаются последовательно, но это не значит, что часть задач не будет решаться одновременно или в другой последовательности.

Для работы психолога с родственниками пропавших без вести необходимо учитывать следующие моменты: какие отношения были с пропавшим без вести (при нарушенной сепарации или созависимых отношениях процесс горевания будет еще более осложненным); каковы были обстоятельства пропажи без вести (в ситуации боевых действий риск психогенной травматизации родных усиливается), а так же наличие сопутствующих событий в жизни родственников, пропавших без вести (ранние детские травмы или недавние потери, например беременности, накануне пропажи без вести мужа и др.).

Пропажа человека всегда внезапное и неожиданное событие, безусловно травматическое. Близкие пропавших без вести, зачастую не получают должной социальной поддержки, понимания того, что с ними происходит со стороны друзей, коллег, и даже родственников. Они не могут или не считают возможным показать свою боль утраты.

В процессе психотерапии необходимо запустить процесс горевания для решения главной задачи по принятию реальности утраты. В дальнейшем человек при соответствующей поддержке ближайшего социального окружения справиться самостоятельно.

Список литературы:

1. МКБ-11 для ведения статистики смертности и заболеваемости (МКБ-11 ССЗ) [Электронный ресурс]. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/ru> (дата обращения 22.08.2023)
2. Баканова А.А. Психотерапия горя: история становления и текущая практика в зарубежных исследованиях // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Т. 25. № 4. С. 23 – 41
3. Ворден В. Консультирование и терапия горя. Пособие в области специалистов психического здоровья. М.: цент психологического консультирования и психотерапии, 2020. - 330 с.
4. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. М.: Корвет, 2016, - 294 с.
5. Линдемани Э. Клиника острого горя // Психология эмоций. Тексты / под ред. В.К. Вилонаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1984. 288 с.
6. Прайтлер Б. Бесследно пропавшие... Психотерапевтическая работа с родственниками пропавших без вести. М.: Когито-центр, 2015. 315 с.
7. Фрейд З. Печаль и меланхолия. М.: АСТ; Минск: Харвест, 2006.- 193 с.
8. Becker D. Die Erfindung des Traumas – Verflochtene Geschichten. Berlin: Freitag, 2006.
9. Janoff-Bulman R. Posttraumatic growth: Three explanatory models. Psychological Inquiry, 15, С. 30 – 34.
10. Nicoletti E. Some Reflexions on Clinical work with Relatives of Missing people. A Particular Elaboration of Loss // Kordon D. et al. (Eds). From Psychological effects of Political Repression. Buenos Aires: Sudamerikana/Planeta, 1988, p. 57–63.

Программы социально-психологической адаптации женщин в условиях СВО

Чернякова О.Н.

психолог консультант

г. Мирный, Архангельская область

o_chernyakova87@mail.ru

В условиях Специальной военной операции важно уделять особое внимание вопросам формирования наиболее эффективных адаптационных механизмов психики в сложившихся условиях, как у бойцов, так и у членов их семей, в частности у женщин.

В периоды социально-экономических и социально-политических потрясений социальные отношения подвергаются деформации, нарушаются привычные связи, снижается уровень психологического благополучия. Все эти факторы негативно влияют на жизнь и здоровье женщин, и, как результат, на спокойствие в семьях, эффективность производственных процессов, стабильность в обществе. В связи с этим участие женщин в волонтерских организациях, двойная нагрузка из-за отсутствия мужской помощи, уход за ранеными могут рассматриваться как стресс и, соответственно, требуют своевременной диагностики и разработки методов социально-психологической адаптации.

В рамках проведенного теоретического исследования и практической работы с группой женщин данной категории были выделены основные приоритетные направления:

- в рамках просветительской работы необходимо формировать у женщин представления об особенностях функционирования нервной системы, а также о механизмах адаптации психики и организма в целом;

- необходимо обучать женщин навыкам саморегуляции и эффективной адаптации, особенно, женщин, оказавшихся в состоянии стресса/психической травмы;

- необходимо организовывать группы помощи и взаимопомощи женщин в комфортных условиях, где они смогут психологически разгрузиться, успокоиться, восстановить силы, заняться совместной полезной работой.

Помимо психической адаптации женщинам необходима социальная адаптация, в частности, приспособление к выполнению мужских функций в семье, например, зарабатывание денег, принятие решений и т.д.

Необходимо уделять внимание работе женщин в условиях информационного стресса, обучать их грамотно перерабатывать поступающую информацию, стремиться ограждать себя от информационного давления, манипуляций сознанием и поведением. Наиболее эффективно себя зарекомендовали такие сообщества, где сами участницы являются мамами, жёнами, дочерьми, сёстрами комбатантов, стараются максимально помочь своим близким справиться с трудностями как психологически, так и материально, принимая участие в волонтерской работе.

С учетом особенностей женской психики, трудностей в регуляции эмоций в ситуациях стресса, важно не оставлять женщин один на один со своими переживаниями, перенаправлять энергию на социально полезную деятельность.

Приоритет следует отдавать практическим занятиям, применению простых и понятных инструментов психологической коррекции, установлению доверительных отношений.

Также важно уделять внимание вопросам целеполагания и мотивации, обсуждать необходимость формирования новых жизненных и профессиональных навыков, обучать приемам восполнения ресурсов организма и поддержания внутреннего баланса, обсуждать личные и семейные ценности в условиях безопасного принятия и уважения.

Таким образом, система социально-психологической адаптации женщин, должна включать совместную деятельность, просветительскую, обучающую и коррекционную работу.

Опыт применения методов лечения ПТСР в практике волонтеров в госпиталях

Забашта Ж.В.,

врач, организация «Солдатские матери»
zabashta2009@yandex.ru

В госпиталях Санкт-Петербурга в большей степени получают лечение бойцы с тяжелыми и сочетанными травмами. Большинство участников находились на фронте с первых дней СВО. А после присоединения Донецкой и Луганской республик, стали поступать бойцы, находящиеся в зоне боевых действий с 2014 г. Таким образом, у всех раненных бойцов прослеживались симптомы ПТСР в разной степени выраженности. Преимущественная часть бойцов имела более стойкую и крепкую нервную систему (кадровые военные, добровольцы, качественно подготовленные мобилизованные), но интенсивность и эскалация боевых действий, а также длительность нахождения на линии боевого соприкосновения (ЛБС), привели к декомпенсации компенсаторных механизмов психики.

Нам видится важным поделиться опытом, который наработан волонтерами, посещающими госпиталь с февраля 2022 года.

1. Тактильные ощущения: при разговоре с бойцом взять за руку, обучать самомассажу (культы или конечностей при травме позвоночника, когда длительная реабилитация и время можно использовать для важных навыков, которые пригодятся на всю жизнь). Прощаясь, обнять. Тактильные прикосновения и разговоры расслабляют человека, преодолевается психологический барьер.

2. Эффект «разговора в поезде». Чужим сочувствующим людям легче высказать боль, горечь потерь и тяжелые мысли. А когда бойцы выговариваются, им становится легче. Родным — матери, жене, рассказывать не могут, потому что всю жизнь знание того, что им известно страшное, будет постоянно напоминать о боли. Выговорить из себя, проговорить, прервать мыслительную «жвачку». Усвоить и принять жизнь и ратный труд, как бесценный опыт.

3. Лечение искусством. Необходимо показать участникам боевых действий, какая жизнь еще существует, кроме военных действий. Важно организовывать посещения Эрмитажа и других музеев с акцентом на том, как в скульптуре и живописи воспевают с древних времен Воина! Его Путь, его силу Духа, Мужество и Героизм. В музей идем аккуратно одетые, подстриженные, чтобы вызывать гордость у людей, но не жалость. Гордо и достойно можно нести боевые травмы, как символ крепчайшего характера, пример преодоления. Таким образом, и общество учится, видя ветеранов, не хвататься за сердце, а подходить и говорить им: «Спасибо».

4. Прогулки по городу (большинство бойцов впервые в жизни в Санкт-Петербурге) заканчивали прогулки словами: «Я не могу наглядеться на ваш город!», и это, несмотря на усталость и трудности передвижения в коляске.

Таким способом мы показываем, что затворником сидеть не получится, остался живой, — цени ту жизнь, за которую воевал так трудно. Перенаправляем мысли с войны (но ценим, как опыт, не забываем!) на светлое, хорошее, перед сном смотрим

фото себя в Эрмитаже, вспоминаем (закрепление положительных мыслей, т.н. «якорение»). Закрепляем бойца в мирной жизни. Возвращаем отца детям).

5. Рассказываем, что в стране ведется грандиозная работа от государства до самоорганизованных людей (добровольцев, волонтеров). Каждому Бойцу важно, чтобы о нем знали, помнили. «На миру и смерть красна!». Часто говорят: «Пройдет война, забудете солдата». «Как Афганцам скажете: «Я тебя туда не посылал...». Немало примеров, когда конкретным бойцам посвящали стихи, изображали художники, и сердца воинов оттаивали. Клади картину во внутренний карман: «Я это буду всю жизнь носить у сердца».

6. Применение методов арт-терапии. Многие бойцы сами рисуют (очень сильные картины с философскими смыслами). Например, «встреча со смертью». Сразу после ампутации обеих конечностей принесли бойцу бумагу, карандаши и «Повесть о настоящем человеке» со словами, что протезы сейчас более удобные и ты встанешь. Сейчас этот боец работает в военкомате Приморского р-на Санкт-Петербурга, учится на Юридическом факультете СПбГУ, занимается спортом в параолимпийской сборной города по пауэрлифтингу. Он приходит на протезах в госпиталь, чтобы показать бойцам, что новая жизнь возможна. Этому живому примеру бойцы с ампутациями верят больше всего. Стихи, которые пишут бойцы, и свои переживания («выбаливают» на бумаге, частично освобождаясь от боли, демонстрируют сильнейшие примеры фронтовой поэзии, формирующей ценности молодежи. Например, бойцы в госпитале Санкт-Петербурга писали стихи и оттачивали мастерство под руководством профессиональных поэтов из Кемерово, Сахалина, Москвы.

7. Приглашение раненых на массовые соревнования в качестве почетных гостей. Бойцы выходят в социум, видят массовую благодарность и поддержку. Это — один из примеров того, как они смогут организовать спортивные сообщества по возвращении домой. А общество научается видеть бойцов с тяжелыми увечьями и принимать их словом и делом. Один боец сказал, если бы на Украине все закончилось за месяц, народ не сплотился бы так. Именно через трудности люди сплочаются и народ становится Народом. Бойцы учатся публичным выступлениям в школах, и в детских садах, понимают важность просвещения населения. Так их переживания направляем в конкретные дела, действия! Радость, уважение и благодарность большого количества людей исцеляет психические травмы бойцов.

8. Опыт коррекции ПТСР у бойцов, потерявших зрение. Пока раненые из очень маленьких далеких деревень долго лечились в Санкт-Петербурге, мы приглашали специалистов из районного общества слепых, библиотеки для слепых. Удалось приносить в палаты гаджеты для незрячих, книги для слепых и учить ими пользоваться, но самое главное, обеспечить их контактами организаций для незрячих, ближайших к месту проживания. К сожалению, пришлось столкнуться с тем, что смелости сказать ослепшему бойцу: «Ты теперь будешь незрячий», не берет на себя ни врач, ни родственники. И большинство бойцов уезжает с надеждой на волшебство (собирая народный фольклор о супер-чудо протезах, видящих лучше прежнего родного глаза). Удалось убедить многих из них постепенно начать образ жизни незрячего, находясь в Петербурге, получить максимум знаний и навыков самостоятельной «новой» жизни.

Резюме: необходимы методички — краткие листовки с азами, фундаментальными рекомендациями бойцам с ПТСР (засыпая вечером смотри на фото, включи аудиокнигу) и их родственникам.

Так как через лечение в госпиталях Санкт-Петербурга проходит немало количество раненых бойцов СВО, у нас есть возможность прямо сейчас лечить или профилактировать ПТСР. Большинство из них проходят длительный курс лечения, и это время нужно использовать максимально плодотворно.

По опросам бойцов, большинство из них хотели бы позаниматься со специалистом по ПТСР лично, а вернувшись в отдаленные уголки России — продолжить занятия дистанционно. Вернувшихся с СВО уже очень много и в интересах общества и государства помочь на профессиональном уровне бойцам купировать ПТСР во избежание криминогенной обстановки и массовых недовольств.

Важнейшая наша задача — просвещать общество через СМИ, рассказывать, что такое ПТСР, как себя вести, если в коллективе, в семье есть ветеран боевых действий. Готовить специалистов образовательных учреждений, чтобы они встречали ветеранов с пониманием, что испытывает выживший боец, с высокой ампутацией обеих ног, командир роты, кавалер ордена Мужества.

Список литературы:

1. Волобуева Ю. М. Социально-психологическая коррекция Я-концепции инвалидов боевых действий : дис. ... канд. психол. наук. М., 2009.
2. Иванов П. П. Социально-психологическая реадаптация инвалидов боевых действий: дис. ... канд. психол. наук. М., 2004.
3. Караяни А.Г., Волобуева Ю.М., Дубяга В.Ф. Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий. М., 2007.
4. Караяни А.Г., Корчемный П.А. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. М., 2010.
5. Караяни А.Г. Психология боевого стресса и стресс-менеджмента. М.: Юрайт 2020.
6. Палецкая С.Н., Рыбников О.Н., Смекалкина Л.В. Особенности психокоррекционной работы с лицами, перенесшими травматическую ампутацию конечности в ходе боевых действий // Психологическая реабилитация участников боевых действий. М.: ВУ, 2003.
7. Энциклопедический психологический словарь-справочник. 1000 понятий, определений, терминов: Учебно-методическое пособие для вузов / (6-е издание, переработанное и дополненное). Минск, 2021

Организация информационно-коммуникационной помощи участникам боевых действий и членам их семей

Тепляков О.В.,

доцент кафедры специальных дисциплин
Ленинградского областного филиала
Санкт-Петербургского университета МВД России,
доцент кафедры гуманитарных и социально-экономических дисциплин
Санкт-Петербургского университета ФСИН России,
кандидат полит. наук, доцент.
otvspb@yandex.ru

Социальная реабилитация участников боевых действий – на сегодня одно из наиболее актуальных направлений социальной политики Российской Федерации, связанное с восстановлением экономического, социального, духовного статуса участников. Субъектами социальной реабилитации участников являются: государство, министерство обороны в лице органов воспитательной работы и военно-медицинских учреждений, органы местного самоуправления, специализированные реабилитационные центры, медицинские и лечебно-оздоровительные учреждения, фонды, общественные организации, работодатели, специалисты в области социальной реабилитации. Для эффективной работы перечисленных субъектов реабилитационной работы участников боевых действий возникает необходимость организации полноценного информирования участников СВО и членов их семей о социальной поддержке.

В современной России присутствует неблагоприятная обстановка в информационно-коммуникационной помощи участникам СВО и членам их семей, и требуется потребность в PR-деятельности:

- для разрешения проблем ключевых институтов в этой сфере и адресной помощи участникам СВО и членам их семей методами социального фандрайзинга и на основе формирования прогрессивного общественного мнения, убеждающего общественность в жизненной необходимости заботы о военнослужащих и их, близких;

- для организации с помощью СМИ общенациональных кампаний в социально-психологической и иной поддержке и сопровождении участников боевых действий и их семей.

Организация информационно-коммуникационной помощи участникам СВО и членам их семей направлена на формирование, поддержку и развитие нужных (чаще всего позитивных) отношений к людям, организациям, объектам, событиям, идеям и т. д., формирование у людей позитивных моделей поведения.

Суть связей с общественностью в данном направлении социальной работе предусматривает следующее:

Во-первых, это осуществление сбора, осмысления и распространения позитивного, исторического и современного опыта благотворительности, волонтерства, социального обеспечения, социальной защиты, социального обслуживания;

Во-вторых, предусматривает формирования привлекательного образа социальных работников;

В-третьих, установление контактов, улучшения взаимодействия со всеми заинтересованными лицами, с населением, с государственными и негосударственными учреждениями, организациями.

Связи с общественностью в сфере информационно-коммуникационного сопровождения участников боевых действий и членов их семей должны представлять систему постоянной разносторонней коммуникативной информации в следующих направлениях:

- 1) медицинская реабилитация;
- 2) физическая реабилитация;
- 3) психологическая реабилитация;
- 4) социальная (бытовая) реабилитация);
- 5) трудовая (профессиональная) реабилитация.

Внедрение связей с общественностью в комплексный процесс межведомственного взаимодействия различных структур медико-социальной реабилитации военнослужащих, которые вернулись из зоны СВО и членов их семей может быть инновационным ресурсом, который может повысить эффективность деятельности медико-социальных учреждений и их работников, качество услуг для клиентов и для общества в целом.

Организации информационно-коммуникационной помощи участникам СВО и членам их семей в режиме онлайн и офлайн будет оперативно предоставлять необходимую справочную информацию:

- о юридической поддержке;
- о работе городских сервисов и действующих мерах социальной поддержки;
- об оформлении социальных пособий и льгот, предоставление иных мер социальной поддержки;
- о психологической поддержке и психотерапевтических услугах;
- о поддержке в вопросах реабилитации, протезирования и подбора технических средств реабилитации;
- о помощи в подборе программ адаптации, позволяющих принять новые условия жизни
- о помощи в переобучении, получении профессии и дальнейшем трудоустройстве;
- о помощи в подборе спортивных занятий, соответствующих индивидуальным запросам и возможностям и т.д.

Благодаря технологиям связей с общественностью будет успешно организовываться не только информационно-коммуникационная помощь участникам СВО и членам их семей, а также выстраиваются коммуникации, которые помогут участникам СВО отходить от эффекта отчуждения людей от общества и возвращаться к нормальной жизни.

В данном направлении основными задачами PR-деятельности являются:

- А) помощь отдельным участникам СВО ориентироваться в обществе, получать правильную информацию и формировать собственное мнение;

Б) создание и поддержание позитивного имиджа НКО участвующих в медико-социальной реабилитации военнослужащих, которые вернулись из зоны СВО и членов их семей;

В) организация и проведение PR-кампаний благотворительного характера с учетом коммуникационных технологий (фандрайзинга, спонсоринга) в рамках долгосрочных социальных программ;

Г) организация и проведение информационно-пропагандистских кампаний с целью информирования общественности и на этой основе формирование прогрессивного общественного мнения вокруг проблемы социально значимых проблем связанных с реабилитацией военнослужащих, которые вернулись из зоны СВО и членов их семей.

Социальный PR призван устанавливать гармонию в отношениях организации и социума, формировать доверительные отношения у населения и властных структур, это признак мирной жизни страны, это показатель отсутствия социальной напряженности.

ПОСТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО.
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА
И СОПРОВОЖДЕНИЕ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ
И ЧЛЕНОВ ИХ СЕМЕЙ»

Сборник материалов по итогам межведомственной
научно-практической конференции
3 ноября 2023 года

Под ред. А.Н. Суслина, Ю.Н. Тарасовой, А.Г. Караяни.
СПб: изд. «ОМЛ», 2024. - 70 стр.