Психосоциальная помощь людям, прошедшим вооружённые конфликты

Содержание

# Введение

1. Психология войны
	1. Современные локальные конфликты и их влияние на общество
	2. Участники вооруженных конфликтов как объект воздействия травмирующей ситуации
2. Психология участников вооруженных конфликтов
	1. Особенности психических реакций у военнослужащих, пострадавших в результате вооруженного конфликта
	2. Посттравматический стрессовый синдром: причины возникновения и механизм развития у участников вооруженных конфликтов
	3. Симптомы и последствия посттравматического синдрома у бывших военнослужащих
3. Адаптация и реабилитация участников вооруженных конфликтов
	1. Законодательная база для реабилитации и адаптации участников вооруженных конфликтов в России
	2. Психологическая и медицинская реабилитация военнослужащих – участников военных конфликтов
	3. Технологии социальной работы с участниками военных конфликтов по их психосоциальной адаптации к условиям мирной жизни

Заключение

Список литературы

Приложение

# **Введение**

Многие тысячелетия человечество наряду с развитием культуры, науки, общественного сознания совершенствовало формы, средства и методы вооруженного разрешения различных конфликтов. На пороге XXI века проблема использования военной силы при решении тех или иных спорных вопросов отнюдь не дает оснований надеяться на то, что кошмары и ужасы войны останутся лишь в истории человечества. Терроризм как средство достижения политических и экономических целей не только не уходит в прошлое, но прямо-таки расцветает в некоторых регионах мира, в том числе и на территории многострадального СНГ. И пока существует угроза вооруженного насилия, будет существовать необходимость противодействия этой угрозе также с применением вооруженной силы.

Тем, кто прошел испытание войной, предоставляется возможность раскрыть и познать себя в условиях, когда оказываешься перед самой главной земной ценностью — жизнью человека, когда ее ценность затмевает все остальное в мире. Во многом именно поэтому этим людям трудно возвращаться к «нормальной» человеческой жизни. К жизни, где деньги, материальные блага, дачи, машины и прочее оказываются важней самой жизни человека. Современное общество декларирует главной ценностью жизнь и свободу человека, порождая тут же насильников и убийц, готовых за гроши отнять у других эту самую жизнь.

Впервые о воздействии участия в боевых операциях на психику солдата специалисты заговорили после военных действий США во Вьетнаме — возник так называемый «вьетнамский синдром». По данным медицинского обследования ветеранов войны во Вьетнаме, в 1988 году у 30,6% американцев наблюдалось посттравматическое стрессовое расстройство, у 22,5% — частичное. У 55,8% лиц, имеющих посттравматический синдром, были обнаружены пограничные нервно-психические расстройства, вероятность оказаться безработным у них в 5 раз больше по сравнению с другими, разводы были у 70%, изоляция от людей — у 47,3%, выражение враждебности — у 40%, попали в тюрьму или были арестованы — 50%[[1]](#footnote-1).

Проблема посттравматических стрессовых расстройств становится в последние годы все более актуальной. Это связано с тем, что во всем мире и в России в том числе имеется много очагов напряженности, сопровождающихся активными боевыми действиями. Все большее число военнослужащих вовлекается в решение этих конфликтов, участвует в боях.

Многие авторы описывали различные состояния военной психотравмы у участников различных войн, появились такие термины как «корейский синдром», «вьетнамский синдром», «афганский синдром». Некоторые авторы стали употреблять термин «чеченский синдром».

В современных вооруженных конфликтах санитарные потери психиатрического профиля составляют 1 – 3%, в Великой Отечественной войне – 10 – 12%. На первый взгляд это облегчает задачу военным психиатрам. Однако, учитывая явное преобладание в локальных войнах среди психических расстройств острых психологических реакций стресса (не менее 50% от личного состава войск, задействованного в активных боевых действиях), число военнослужащих, нуждающихся в психиатрической, в т.ч. и медико-психологической, помощи резко увеличивается (Нечипоренко В.В., Литвинцев , Снедков Е.В., 1997).

В настоящее время центральное место в учении о психических, расстрой­ствах, вызванных факторами боевой обстановки и возникающих как на догоспитальном, так и на госпитальном этапе, занимают исследование закономерностей их формирования, динамики и исходов, особенностей патопластического оформления, а также поиск научно обоснованных решений по организации психиатрической помощи в условиях современной локальной войны.

Ситуация боевых действий, приводит к выраженным изменениям функционального состояния психической деятельности, характеризующимися развитием чрезвычайно сильных негативных эмоций, таких как страх, тревога, тяжелое умственное и физическое переутомление. Развивающиеся у военнослужащих в условиях боевых действий психические расстройства определяют собирательным термином посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР).

98% военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях на территории Чечни, страдают посттравматическим синдромом, примерно 30-35% солдат приобретают в Чечне алкогольную и наркотическую зависимость.

Посттравматические стрессовые расстройства у людей, принимавших участие в боевых действиях, приводят к тому, что у человека возникает ощущение быстротечности будущей жизни и сужается круг интересов. Это значительно осложняет его социальную адаптацию в мирной жизни. Характерно, что праздники, на которые собираются боевые друзья, только усиливают посттравматический синдром.

Итак, локальные военные конфликты, то и дело вспыхивающие в разных концах земного шара, накладывают свой отпечаток на психологию бойцов, возвращающихся из горячих точек. Быстрый переход в мирную действительность часто не позволяет участникам военных событий адекватно реагировать на те или иные обстоятельства с точки зрения окружающего большинства. Врачи и психологи уже обозначили совокупность разных симптомов данного процесса, как вьетнамский, афганский, а теперь и чеченский синдром. Так что же происходит со всеми этими людьми? Поиск ответа на этот вопрос и является основной целью

# **Психология войны**

* 1. **Современные локальные конфликты и их влияние на общество**

Вся человеческая история может быть поделена на две части — войну и мир. Это два полярных состояния, в которых находится любое общество в своем развитии и отношении с внешним окружением. Несмотря на все упования лучших умов, на надежды и прогнозы гуманистов, что с прогрессом цивилизации крайние конфликтные, разрушительные формы взаимоотношений в человеческом обществе, в том числе и войны, постепенно сойдут на нет, не оправдались. Более того, в последние столетия проявилась тенденция не только учащения войн, но и многократного роста масштаба охваченных ими территорий и людских масс, числа вовлекаемых в них стран и народов, степени ожесточенности, количества жертв и величины ущерба. XX век фактически стал апогеем человеческой воинственности и эволюции войны как особого общественно-политического явления.

В отношении тенденций войны и мира Россия развивалась в русле общемировых закономерностей. На протяжении всей своей истории она пережила немало войн, и XX век не стал в этом смысле исключением. Напротив, самыми тяжелыми и кровопролитными оказались схватки именно новейшего времени — две мировых войны (1914-1918 и 1939-1945 гг.), причем обе были названы современниками Великими и Отечественными, хотя потом, в силу исторически сложившихся обстоятельств, Первая мировая утратила эти патриотические имена. Но и «довоенный», и особенно «межвоенный» (до 1941 г.) периоды, выпавшие на долю нашей страны, были насыщены огромным количеством больших и малых вооруженных конфликтов.

Характерное для тех лет состояние «взведенного курка» неизбежно сказалось на всех сферах общественной жизни, но наиболее сильно отразилось в народном сознании, наложив отпечаток на судьбу нескольких поколений. Внутренняя готовность к войне, ожидание новой войны как скорой и неизбежной воспитывались и в подрастающих поколениях, родившихся в межвоенный период. А участие армии в ряде локальных конфликтов еще сильнее подпитывало этот общий настрой. Так психология всего общества постепенно превращалась в психологию комбатанта — как реального, так и потенциального. Великая Отечественная война 1941-1945 гг., действительно ставшая всенародной, пропустившая через свои армии и фронты многомиллионные массы людей, довела этот процесс до логического завершения, перенеся психологический тип личности, сформированный в экстремальной фронтовой обстановке, в гражданское общество, и на многие годы превратив его в доминирующий. Этому способствовала и нагнетавшаяся в послевоенном мире ситуация «холодной войны».

И хотя страна в целом постепенно перешла на «мирные рельсы», для Советской Армии период после окончания Второй мировой войны оказался не таким уж «мирным». Отдельные ее подразделения и части, не говоря уже о военных советниках и специалистах, принимали участие в войне в Корее 1950-1953 гг., в целом ряде локальных войн и военных конфликтов в странах Азии, Ближнего Востока и Африки в событиях в Венгрии 1956 г. и Чехословакии 1968 г., пограничных конфликтах на Дальнем Востоке и в Казахстане в 1969 г. Наконец, 25 декабря 1979 г. Правительство СССР приняло решение о вводе войск в Афганистан: мы ввязались в затяжную девятилетнюю войну на чужой территории. Эта печальная страница истории закончилась в феврале 1989 г. полным выводом в Союз «ограниченного контингента».

В конце «перестройки и особенно после распада СССР вспыхнули десятки вооруженных конфликтов на территории бывших союзных республик, — конфликтов, в которые оказались вовлечены различные формирования и структуры некогда единой армии единого государства. Война во всех своих проявлениях стала образом жизни сотен тысяч людей, называвшихся ранее советским народом, множество «горячих точек» все еще полыхают или тлеют на постсоветском пространстве. Мы снова вступили в войну (причем в самую страшную — гражданскую), и никто не знает, как из нее выйти. Потому что война, ставшая привычкой, вошедшая в плоть и кровь поколений, продолжает существовать — в психологии, в сознании, в душе — и после того, как она формально закончена.

В течение всего XX века в России происходила поэтапная милитаризация общественного сознания, когда в ходе больших и малых вооруженных конфликтов в гражданскую среду проникали характерные черты[[2]](#footnote-2) психологии комбатанта. Этот процесс был длительным и многоплановым, несущим в себе и негативные, и некоторые положительные черты, которые нельзя рассматривать и невозможно понять в отрыве от исторического контекста эпохи. Но для того, чтобы выяснить, каким образом, под воздействием каких факторов закладывались основы данного процесса, необходимо обратиться непосредственно к войне, в условиях которой и возникает этот социально-психологический и нравственный феномен — комбатант, «человек воюющий».

* 1. **Участники вооруженных конфликтов как объект воздействия травмирующей ситуации**

Потрясшие нашу страну за последние годы катастрофы, стихийные бедствия, межнациональные и межрегиональные конфликты, рост насилия т.д. с очевидностью показали, насколько важна помощь людям - жертвам военных действий и межнациональных конфликтов, а также участникам боевых действий.

В современной жизни многих стран, в том числе и России, военнослужащие, особенно принимающие участие в локальных конфликтах внутри своих стран и в военных действиях за рубежом, занимают особое место в группе лиц с повышенным риском развития психогенных нарушений. Посттравматические стрессовые нарушения впервые были описаны в США после вьетнамской войны. Во все времена воинская служба сопровождалась комплексом достаточно специфических психотравмирующих воздействий. Армейский быт с различными его издержками, сужение "степени свободы" из-за необходимости "жить по приказу", тревожная напряженность и страх смерти во время войны, зачастую неясность личных перспектив и ряд многих других в значительной мере неизбежных психотравмирующих факторов вполне закономерно влияют на состояние любого военнослужащего. В противовес этому на протяжении столетий сформировался комплекс социальных эмоционально-позитивных для военнослужащего факторов, активно поддерживающихся обществом. Воин - защитник очага, семьи, Родины. Его оружие предназначено для освободительной миссии, охраны жизни, справедливости, свободы. Осознание высокой цели воинской службы ее героизация позволяли солдатам преодолевать многие сложности. При этом отношение общества к своим защитникам формировало у них чувство гордости за выбранный жизненный путь и уверенность в своей социальной значимости. При всех так называемых "непопулярных" в обществе войнах, как свидетельствуют научные данные, в армиях разных стран мира возрастало число психических расстройств. Необходимо отметить, что в литературе психогенные расстройства военного времени рассматриваются отдельно: у участников военных действий и у населения.

С изложенных позиций, ситуация, сложившаяся в последние годы в Российской Армии, породило у многих военнослужащих большое число психических расстройств. Во время локальных войн они дополняются важнейшими для современного воюющего офицера и солдата личными и вместе с тем социально-общественными "рассуждениями" о целях и методах войны и ее последствиях. Военными медиками все чаще используются такие нетрадиционные, но отражающие клиническую реальность, терминологические обозначения, как "боевое утомление", психологические стрессовые реакции, аффективные расстройства. А также "вьетнамский", "афганский", "чеченский" синдромы и другие. У 15-20% военнослужащих, принимавших участие в войне в Афганистане, в военных действиях в Карабахе, Абхазии, Таджикистане, Чечне, по данным главного психиатра Министерства Обороны РФ В.В. Нечипоренко (1995), имеются "хронические посттравматические состояния", вызванные стрессом. До 12% участников боевых действий хотели бы посвятить свою жизнь в любой воюющей армии. У этих людей выработались свои извращенные взгляды на запрет убийства, грабеж, насилие. Они пополняют не только ряды воинов в разных странах мира, но и криминальные структуры. В наибольшей мере это относится к участникам локальных войн, и прежде всего в Афганистане и Чечне. Специалисты эти войны называют "эпидемией аморальности" (М.М. Решетников), ведущей к девальвации идеи освободительной миссии армии, к криминализации и психопатизации многих военнослужащих.

Анализ поведения солдат и офицеров, в том числе в Афганистане и Чечне, позволяет обратить внимание на то, что "наряду с реальным героизмом, взаимовыручкой, боевым братством и другой относительной позитивной атрибутикой войны, грабежи и убийства (как исход "разборок" среди своих), средневековые пытки и жестокость к пленным, извращенное сексуальное насилие в отношении населения (особенно на чужой территории), вооруженный разбой и мародерство составляют неотъемлемую часть любой войны и относятся не к единичным, а к типичным явлениям для любой из воюющих армий, как только ступают на землю противника. Неизбежность возмездия за содеянное осознается обычно не сразу, но по прошествии определенного времени в отличие от публично провозглашаемых героических воспоминаний, постоянное чувство тревоги и вины за содеянное приводит к деформации личности, она "молчаливо проецируется на все межличностные отношения, составляя часть эмоционального поля, а иногда и весь эмоциональный фон"[[3]](#footnote-3).

Психическая травма, психологический шок и их последствия - вот что будет определять до конца дней жизненный настрой выживших в военных конфликтах.

1. **Психология участников вооруженных конфликтов**
	1. **Особенности психических реакций у военнослужащих, пострадавших в результате вооруженного конфликта**

Поскольку ветераны оказались в исключительных, по современным меркам, условиях, им для выживая в них потребовались такие навыки и способы поведения, которые нельзя считать нормальными и общепринятыми в мирной жизни. Многие из этих стереотипов поведения, пригодных только для боевой обстановки, так глубоко пустили корни, что будут сказываться еще много лет.

Травмирующие события случались с людьми во все времена. Но ветераны войн и вооруженных локальных конфликтов занимают особое место, поскольку на их долю выпала слишком большая доза нечеловеческих переживаний. Ужасы войны оказывали воздействие не только своей интенсивностью, но и частой повторяемостью: травмы следовали одна за другой, так что у человека не было времени "прийти в себя".

Чтобы убедиться, насколько это естественно и насколько важно для душевного комфорта, обратимся еще раз к психиатрическому определению: врачи считают, что событие, которое обладает всеми признаками травмирующего, окажет свое действие практически на любого человека. А это значит, что потеря душевного равновесия, бурные психические проявления в этом случае совершенно нормальны.

Если травма была сравнительно небольшой, то повышенная тревожность и другие симптомы стресса постепенно пройдут в течение нескольких часов, дней или недель. Если же травма была сильной или травмирующие события повторялись многократно, болезненная реакция может сохраниться на многие годы.

Например, у современных боевых ветеранов гул низколетящего вертолета или звук, напоминающий взрыв, может вызвать острую стрессовую реакцию, "как на войне". В то же время человек стремится думать, чувствовать и действовать так, чтобы избежать тяжелых воспоминаний[[4]](#footnote-4).

Подобно тому, как мы приобретаем иммунитет к определенной болезни, наша психика вырабатывает особый механизм для защиты от болезненных переживаний. Например, человек, переживший трагическую потерю близких, в дальнейшем подсознательно избегает устанавливать с кем-либо тесный эмоциональный контакт. Если человеку кажется, что в критической ситуации он повел себя безответственно, ему впоследствии будет трудно брать на себя ответственность за кого-то или за что-то.

Проблема психического здоровья военнослужащих, участвующих в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах, является на сегодняшний день одной из наиболее актуальных для отечественной военной психиатрии, а психолого-психиатрические последствия боевой психической травмы (БПТ), особенно в контексте медико-реабилитационных задач, – зона взаимного научного и практического интересов как гражданских, так и военных специалистов.
 Под боевым стрессом следует понимать многоуровневый процесс адаптационной активности человеческого организма в условиях боевойобстановки, сопровождаемый напряжением механизмов реактивной саморегуляции и закреплением специфических приспособительных психофизиологических изменений.

Состояние боевого стресса в условиях театра военных действий переносит каждый. Возникая еще до прямого контакта с реальной витальной угрозой, боевой стресс продолжается вплоть до выхода из зоны военных действий. Благодаря стрессовому механизму закрепляется памятный след новых эмоционально-поведенческих навыков и стереотипов, первостепенно значимых для сохранения жизни. Боевой стресс в то же время является состоянием дестабилизирующим, предпатологическим, ограничивающим функциональный резерв организма, увеличивающим риск дезинтеграции психической деятельности и стойких соматовегетативных дисфункций.

Частота острых стрессовых реакций среди военнослужащих в условиях ведения тяжелых интенсивных боев обычно достигает 10-25%. При плохой обученности войск, неумелом руководстве ими, дефиците объективной информации аномальные стрессовые реакции могут по механизмам индукции молниеносно охватить почти 100% личного состава, выливаясь в явление, известное как коллективная паника

Клинические проявления боевой психической травмы тесно связаны с характером боевых действий и длительностью пребывания в боевой обстановке. Существенное модифицирующее значение в ее формировании и динамике имеют отсутствие социальной поддержки со стороны общества, сослуживцев и командиров, недостаточная сплоченность подразделения, факторы биологической депривации (пищи, сна, отдыха). Факторы конституциональной предрасположенности (диатеза) обнаруживают значимость в начальный период пребывания в боевой обстановке, при этом превалирует реагирование в виде "бегства от реальности".

Наряду с естественными, "нормальными" психологическими реакциями тревоги и страха без признаков дисфункции психической деятельности в условиях интенсивных боевых действий довольно часто возникают транзиторные психические расстройства - острые реакции на стресс, имеющие картину смешанных и меняющихся симптомов депрессии, тревоги, гнева, отчаяния, ажитации, гиперактивности или заторможенности (вплоть до диссоциативного ступора) на фоне явлений оглушенности, некоторогосужения поля сознания, неспособности адекватно реагировать на внешние стимулы, иногда с последующей частичной или полной амнезией. Развитие острых стрессовых реакций среди личного состава отрицательно сказывается на уровне боеспособности войск и нередко создает дополнительную угрозу жизни для самого комбатанта или его товарищей. Поскольку ни один из симптомов дистресса не преобладает длительно и все они прекращаются быстро (от нескольких часов до двух-трех дней), синдромологическая оценка состояния пораженных по существу невозможна. Однако наличие таковых симптомов уже требует проведения неотложных психокоррекционных мероприятий, ввиду опасности развития более продолжительных и менее обратимых неспецифических, а далее - и нозоспецифических стрессовых расстройств.

В боевой обстановке главные причины психологического стресса - угроза жизни и ответственность за исполнение задачи, недостаточность и неопределенность поступающей информации, дефицит времени при принятии решений и осуществлении боевых действий, несоответствие уровня профессиональных навыков требованиям, предъявляемым условиями боя к личности, психологическая неподготовленность к выполнению конкретной задачи, неуверенность в надежности оружия, отсутствие доверия к командованию, факторы изоляции (при действиях в отрыве от основных сил, нахождение в изолированных укрытиях) и т.д.

Расстройство психической деятельности связанное с травмирующим психику переживанием, обусловленным боевой обстановкой индивидуальна, однако степень ее в значительной мере зависит от совокупности реакции на этот фактор всего подразделения. Коллективная реакция оказывает сильное влияние на дисциплину и организованность подразделений.

Другим фактором, воздействующим на психику человека, является степень овладения оружием и боевой техникой, полнота объективного представления о будущих условиях ведения боевых действий. Важным фактором, способствующим возникновению БПТ, является нарушение режима сна. Уже после одной бессонной ночи боеспособность снижается, быстро уменьшается объем памяти, в первую очередь кратковременной, что приводит к меньшему усвоению поступающей информации и затрудняет принятие решений в ответственные моменты. Реакция на внезапно возникшие критические ситуации снижается.

Все психические нарушения военного времени специалисты объединяют в три основных группы. В первую очередь выделяют нарушения психики, ведущим симптомом которых является патологический страх. Его типичную картину составляют: сердцебиение, холодный пот, сухость во рту, дрожание конечностей, охватывающее под час все тело, непроизвольное отделение мочи и кала, функциональные параличи конечностей, заикание, потеря речи.

Различают двигательные и оцепенелые формы страха. Двигательные представляют собой, как правило, различные виды неконтролируемых движений, например: бегство от источника опасности. Военнослужащий, охваченный оцепенелой формой страха, находится в оцепенении, лицо у него серого цвета, взгляд потухающий, контакт с ним затруднен. К этой группе относят также " скрытую " форму страха, которая получила название "лихорадочная пассивность" и характеризуется бессмысленной деятельностью, приводящей к срыву задания. В штабах такая "активность" замедляет или даже парализует работу. Конкретным ее проявлением может быть образование новых рабочих групп, которые ничего существенного не делают, кроме организации многочисленных телефонных звонков и радиограмм, противоречащих друг другу.

Чувство страха среди людей распространяется как цепная реакция, что объясняется отсутствием у личности при нахождении в организованном коллективе персональной ответственности и преобладающих в ее действиях эмоциями которые чаще всего носят примитивный характер. Это приводит к возникновению коллективных реакций, одна из которых - паника.

Вторая группа реакций представляет собой попытки человека "вычеркнуть боевые эпизоды из памяти". Последствиями таких реакций чаще всего являются различные дисциплинарные проступки, употребление алкоголя, наркомания. Как правило, указанные реакции возникают после боевых действий, но могут возникнуть и в период.

В третью группу выделяют нарушения, именуемые боевой усталостью, связанные с длительным ведением боевых действий. В этой группе выделяют "боевой шок" - простая эмоциональная реакция, возникающая через несколько часов или дней интенсивных боевых действий. Характеризуется чувством тревоги, депрессией и страхом. "Боевым переутомлением" - возникает через несколько недель боевых действий средней интенсивности.

БПТ различают также по степени тяжести. Наиболее частыми их проявлениями в легкой степени являются чрезмерная раздражительность, нервозность, замкнутость, потеря аппетита, головные боли, быстрая утомляемость. В случаях средней тяжести психические нарушения проявляются в виде истерической реакции, агрессивности, временной потери памяти, депрессии, повышенной чувствительности к шуму, патологического страха, переходящего иногда в панику, потери ощущения реальности происходящего. В тяжелых случаях у пораженных возникают нарушения слуха, зрения, речи, координации движений.

"Боевые рефлексы" не казались чем-то необычным, пока человек находился в районе военных действий. Но возвращаясь домой, попадал в такую среду, где подобные рефлексы производили, по меньшей мере, странное впечатление. Тысячу раз, прямо и косвенно, множеством различных способов человеку указывали, что пора прекратить вести себя как на войне. Но никто не объяснил, каким образом это сделать.

По рассказам многих ветеранов, возвращение домой было не менее, а то и более тяжелым, чем военные переживания: не с кем было поговорить по душам, нигде не чувствовалось полной безопасности, и легче было подавлять эмоции, чем позволить им вырваться наружу, с риском потерять контроль. В такой ситуации психическое напряжение долгое время не находит себе выхода.

* 1. **Посттравматический стрессовый синдром: причины возникновения и механизм развития у участников вооруженных конфликтов**

Итак, посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) возникает как отставленная или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые могут вызвать дисстресс практически у любого человека (природные и искусственные катастрофы, сражения, наблюдение за насильственной смертью других, роль жертвы пыток, терроризма и др.)[[5]](#footnote-5). По своему существу ПТСР – это ответная реакция на мощные эмоциональные раздражители, на уже фактически наступившую стрессовую ситуацию.

В число основных психологических факторов ПТСР обычно включают страх быть убитым, получить ранение или попасть в плен, впечатления от картины ранения и гибели сослуживцев, чувство вины за гибель товарищей, боль, испытанную самим раненым при ранении и его переживания по поводу своей дальнейшей судьбы, которые обычно усугубляются неизбежным чувством чрезмерного физического и психического переутомления.

По каким же признакам можно распознать присутствие посттравматического стресса? Если мы говорим, что тот или иной человек “болен” посттравматическим стрессом, - что именно мы подразумеваем? Прежде всего то, что этот человек пережил травмирующее событие, т.е. испытал нечто ужасное, что не часто случается с людьми. По определению психиатров, травмирующим называют событие, «выходящее за пределы нормального человеческого опыта”.

Война в Юго-Восточной Азии, в ходе которой было взорвано больше боеприпасов, чем всеми воюющими сторонами во Второй мировой войне, породила более чем достаточно травмирующих переживаний. Происходившие там события просто не укладывались в голове, не имели ничего общего с нормальной человеческой жизнью.

Но посттравматический стресс - это не только наличие травмирующего события в прошлом. Такое событие - только часть общей картины, внешнее обстоятельство, которое сыграло свою роль в болезненном процессе.

Травмирующие события случались с людьми во все времена. Но вьетнамские ветераны занимают особое место, поскольку на их долю выпала слишком большая доза нечеловеческих переживаний. Ужасы той войны оказывали воздействие не только своей интенсивностью, но и частой повторяемостью: травмы следовали одна за другой, так что у человека не было времени «прийти в себя».

Другая сторона посттравматического стресса относится к внутреннему миру личности и связана с реакцией человека на пережитые события. Все мы реагируем по-разному: трагическое происшествие может нанести тяжелую травму одному и почти не затронет психику другого. Очень важно также, в какой момент происходит событие: один и тот же человек в разное время может реагировать по-разному[[6]](#footnote-6).

Наиболее непосредственными психическими проявлениями ПТСР являются сильные, относительно кратковременные эмоциональные переживания. Одни из них могут быть относительно простыми, физиологическими, каковыми являются реакция страха, паники. Другие характеризуются более сложными проявлениями, протекающими на психотическом уровне. У других развиваются патологические состояния, протекающие на невротическом уровне – невротические реакции, которые нередко принимают затяжной характер (патологические развития и т.д.).

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) в России чаще называют "чеченским" или "афганским" синдромом. Это совершенно правильно, потому что происхождение расстройства абсолютно четко связано с тяжелым, запредельно тяжелым переживанием, которое выходит далеко за рамки обычного человеческого опыта. Войны, внезапные техногенные и природные катастрофы, грубое и угрожающее жизни насилие - вот ситуации, пережив которые, человек рискует заболеть ПТСР.

ПТСР описано сравнительно недавно; это сделали американские психиатры, изучавшие ветеранов войны во Вьетнаме. К большому сожалению, частота этого расстройства в России должна быть очень большой - учитывая все беды и войны, которые следуют одна за другой вот уже много лет.

Впечатление, которое производят страдающие ПТСР на окружающих, приятным не назовешь. Они выглядят враждебными, замкнутыми, грубыми. С ними трудно разговаривать, потому что никак не удается достичь взаимопонимания, как будто говоришь с ними на разных языках. Часто кажется, что больной относится к тебе с презрением, держит себя нарочито вызывающе, "в грош тебя не ставит". Понятно, что в связи с этим люди, страдающие ПТСР, с трудом устраиваются и с еще большим трудом удерживаются на работе, особенно если учесть, что обычные требования к трудовой дисциплине оказываются для них неприемлемыми. Неблагоприятный "имидж" этих людей усугубляется их склонностью к спиртному и наркотикам. Все это способствует их социальному отторжению, в результате они очень часто вовлекаются в криминальные структуры.

Но это только одна сторона медали. Субъективно ПТСР выглядит совершенно иначе. Это глубоко страдающие несчастные люди, раздираемые страшными воспоминаниями о пережитом; эти воспоминания внезапно, помимо воли возникают все вновь и вновь, наяву и во сне - что особенно страшно, потому что сон у них и без того нарушен, а когда удается заснуть, он прерывается кошмарными сновидениями. Тяжелое настроение преследует их постоянно. Оно усугубляется впечатлением, что большинство людей, которые не пережили того, что пережили они, не в состоянии их понять. Общаться же с товарищами по несчастью трудно по той причине, что это общение оживляет воспоминания, от которых так хотелось бы освободиться.

#### Выделены несколько вариантов возникновения посттравматических стрессовых

расстройств в боевых условиях[[7]](#footnote-7):

Острая боевая психическая травма. Возникала в стремительно и бурно меняющихся обстоятельствах боя. Проявлялась резкими, но не психотическими изменениями психической деятельности. Ранеными и больными отмечалась «субъективная внезапность». Некоторые, говорили о том, что «не успел даже испугаться, боль и страх возникли потом, когда увидел кровь». Эмоциональные состояния у разных раненных военнослужащих были, нередко, полярными. У од­них отмечались тревога, страх, ажитация, ощущение безвыходности ситуации, у других апатия, «все происходило как во сне», «как будто не со мной», «смотрел на это все как бы со стороны».

Пролонгированная (протрагированная, хроническая) боевая психическая травма[[8]](#footnote-8). При ней стрессовые факторы были растянуты по времени (от нескольких часов до нескольких недель) – происходит накопление эмоционального напряжения и негативных переживаний. Больные рассказывали о своих переживаниях по поводу возможного внезапною нападения боевиков, предстоящего боя, гибели сослуживцев, страхах «подорваться на мине», «стать мишенью для снайпера». При этом на фоне эмоционального напряжения одни испытывали неуверенность, тревогу и страх, другие – безразличие, подавленность.

Наблюдалась вариативность возникновения и развития болезненного эмоционального состояния, но, как правило, на первой стадии происходило накопление эмоционального напряжения, которое в силу взаимодействия определенных личностных особенностей и ситуативных воздействий не находило отреагирования.).

Запущенное, давно существующее посттравматическое стрессовое расстройство лечить трудно. Не только потому, что застарелые болезни вообще трудно лечить, но и в силу специфики страдания: ведь врачи тоже кажутся больным людьми, неспособными их понять. В США эффективная помощь лицам, давно страдающим ПТСР, оказывается через сеть специализированных общественных учреждений. Подобных им в России пока нет.

* 1. **Симптомы и последствия посттравматического синдрома у бывших военнослужащих**

Когда у человека нет возможности разрядить внутреннее напряжение, его тело и психика находят способ приспособиться к этому напряжению. В этом, в принципе, и состоит механизм посттравматического стресса. Его симптомы - которые в комплексе выглядят как психическое отклонение - на самом деле не что иное, как глубоко укоренившиеся способы поведения, связанные с экстремальными событиями в прошлом.

При посттравматических стрессовых нарушениях наблюдаются следующие клинические симптомы[[9]](#footnote-9):

1. Сверхбдительность. Человек пристально следит за всем, что происходит вокруг, словно ему постоянно угрожает опасность. Но эта опасность не только внешняя, но и внутренняя - она состоит в том, что нежелательные травматические впечатления, обладающие разрушительной силой, прорвутся в сознание. Часто сверхбдительность проявляется в виде постоянного физического напряжения. Это физическое напряжение, которое не позволяет расслабиться и отдохнуть, может создать немало проблем. Во-первых, поддержание такого высокого уровня бдительности требует постоянного внимания и огромных затрат энергии. Во-вторых, человеку начинает казаться, что это и есть его основная проблема и как только напряжение удастся уменьшить или расслабиться, все будет хорошо.

На самом деле физическое напряжение может выполнять защитную функцию - защищает наше сознание и нельзя убирать психологическую защиту, пока не уменьшилась интенсивность переживаний. Когда же это произойдет, физическое напряжение уйдет само.

2. Преувеличенное реагирование. При малейшей неожиданности человек делает стремительные движения (бросается на землю при звуке низко пролетающего вертолета, резко оборачивается и принимает боевую позу, когда кто-то приближается к нему из-за спины), внезапно вздрагивает, бросается бежать, громко кричит и т.д.

3. Притупленность эмоций. Бывает, что человек полностью или частично утратил способность к эмоциональным проявлениям. Ему трудно устанавливать близкие и дружеские связи с окружающими, ему недоступны радость, любовь, творческий подъем, игривость и спонтанность. Многие ветераны жалуются, что со времени поразивших их тяжелых событий им стало намного труднее испытывать эти чувства.

4. Агрессивность. Стремление решать проблемы с помощью грубой силы. Хотя, как правило, это касается физического силового воздействия, но встречается также психическая, эмоциональная и вербальная агрессивность. Попросту говоря, человек склонен применять силовое давление на окружающих всякий раз, когда хочет добиться своего, даже если цель не является жизненно важной.

5. Нарушения памяти и концентрации внимания. Человек испытывает трудности, когда требуется сосредоточиться или что-то вспомнить, по крайней мере, такие трудности возникают при определенных обстоятельствах. В некоторые моменты концентрация может быть великолепной, но стоит появиться какому-либо стрессовому фактору, как человек теряет способность сосредоточиться.

6. Депрессия. В состоянии посттравматического стресса депрессия достигает самых темных и беспросветных глубин человеческого отчаяния, когда кажется, что все бессмысленно и бесполезно. Этому чувству депрессии сопутствуют нервное истощение, апатия и отрицательное отношение к жизни.

7. Общая тревожность. Проявляется на физиологическом уровне (ломота в спине, спазмы желудка, головные боли), в психической сфере (постоянное беспокойство и озабоченность, "параноидальные" явления - например, необоснованная боязнь преследования), в эмоциональных переживаниях (постоянное чувство страха, неуверенность в себе, комплекс вины).

8. Приступы ярости. Не приливы умеренного гнева, а именно взрывы ярости. Многие ветераны сообщают, что такие приступы чаще возникают под действием наркотических веществ, особенно алкоголя. Однако бывают и в отсутствие алкоголя или наркотиков, так что было бы неверно считать опьянение главной причиной этих явлений.

9. Злоупотребление наркотическими и лекарственными веществами. В попытке снизить интенсивность посттравматических симптомов многие ветераны, злоупотреблять табакокурением, алкоголем и (в меньшей степени) другими наркотическими веществами. Важно отметить, что среди ветеранов - жертв ПТСН существуют еще две большие группы: те, кто принимает только лекарственные препараты, прописанные врачом, и те, кто вообще не принимает ни лекарств ни наркотиков.

10. Непрошеные воспоминания. Пожалуй, это наиболее важный симптом, дающий право говорить о присутствии ПТСН. В памяти внезапно всплывают жуткие, безобразные сцены, связанные с травмирующим событием. Эти воспоминания могут возникать как во сне, так и во время бодрствования.

Наяву они появляются в тех случаях, когда окружающая обстановка чем-то напоминает случившееся "в то время", т.е. во время травмирующего события: запах, зрелище, звук, словно бы пришедшие из той поры. Яркие образы прошлого обрушиваются на психику и вызывают сильный стресс. Главное отличие от обычных воспоминаний состоит в том, что посттравматические "непрошеные воспоминания" сопровождаются сильными чувствами тревоги и страха.

Непрошеные воспоминания, приходящие во сне, называют ночными кошмарами. У ветеранов войны эти сновидения часто (но не всегда) связаны с боевыми действиями. Сны такого рода бывают, как правило, двух типов: первые, с точностью видеозаписи, передают травмирующее событие так, как оно запечатлелось в памяти пережившего его человека; в снах второго типа обстановка и персонажи могут быть совершенно иными, но по крайней мере некоторые из элементов (лицо, ситуация, ощущение) подобны тем, которые имели место в травмирующем событии. Человек пробуждается от такого сна совершенно разбитым; его мышцы напряжены, он весь в поту.

В медицинской литературе ночное потение иногда рассматривают как самостоятельный симптом, на том основании, что многие пациенты просыпаются мокрыми от пота, но не помнят, что им снилось. Тем не менее, очевидно, потение проявляется именно как реакция на сновидение, независимо от того, запечатлелось оно или нет. Многие ветераны и их близкие отмечают, что во время сна человек мечется в постели и просыпается со сжатыми кулаками; словно готов к драке.

Такие сновидения являются, пожалуй, самым пугающим аспектом ПТСН для человека, и люди редко соглашаются говорить об этом.

11. Галлюцинаторные переживания. Это особая разновидность непрошеных воспоминаний о травмирующих событиях с той разницей, что при галлюцинаторном переживании память о случившемся выступает настолько ярко, что события текущего момента как бы отходят на второй план и кажутся менее реальными, чем воспоминания. В этом "галлюцинаторном", отрешенном состоянии человек ведет себя так, словно он снова переживает прошлое травмирующее событие; он действует, думает и чувствует так же, как в тот момент, когда ему пришлось спасать свою жизнь.

Галлюцинаторные переживания свойственны не всем: это всего лишь разновидность непрошеных воспоминаний, для которых характерна особая яркость и болезненность. Они чаще возникают под влиянием наркотических веществ, в частности алкоголя, однако галлюцинаторные переживания могут появиться у человека и в трезвом состоянии, а также у того, кто никогда не употребляет наркотических веществ.

12. Проблемы со сном (трудности с засыпанием и прерывистый сон). Когда человека посещают ночные кошмары, есть основания считать, что он сам невольно противится засыпанию, и именно в этом причина его бессонницы: человек боится заснуть и вновь увидеть этот сон. Регулярное недосыпание, приводящее к крайнему нервному истощению, дополняет картину симптомов посттравматического стресса.

13. Мысли о самоубийстве. Человек часто думает о самоубийстве или планирует какие-либо действия, которые в конечном итоге должны привести его к смерти. Когда жизнь представляется более пугающей и болезненной, чем смерть, мысль покончить со всеми страданиями может показаться заманчивой. Когда человек доходит до той грани отчаяния, где не видно никаких способов поправить свое положение, он начинает размышлять о самоубийстве.

Многие участники боевых действий сообщают, что в какой-то момент достигали этой грани. Все те, кто нашел в себе силы жить, пришли к выводу: нужно желание и упорство - и со временем появляются более светлые перспективы.

14. "Вина выжившего". Чувство вины из-за того, что выжил в тяжелых испытаниях, стоивших жизни другим, нередко присуще тем, кто страдает от "эмоциональной глухоты" (неспособности пережить радость, любовь, сострадание и т.д.) со времени травмирующих событий. Многие жертвы ПТСН готовы на что угодно, лишь бы избежать напоминания о трагедии, о гибели товарищей. Сильное чувство вины иногда провоцирует приступы самоуничижительного поведения.

Таковы основные симптомы и ход развития посттравматического стресса.

Рефлекс подавления загоняет неприятные чувства вглубь - туда, где их эмоциональное воздействие ощущается с меньшей интенсивностью. Это, как правило, сопровождается постоянным напряжением мышц тела. И по мере того, как человек привыкает подавлять в себе отрицательные чувства (гнев, ненависть, ревность, ярость, подозрительность), он одновременно теряет способность испытывать положительные эмоции (любовь, доброту, дружелюбие, доверие). А ведь именно положительные чувства - к себе, к окружающим, к жизни - дают человеку желание и силы изменить что-то в себе и в обстоятельствах своей жизни.

1. **Адаптация и реабилитация участников вооруженных конфликтов**
	1. **Законодательная база для реабилитации и адаптации участников вооруженных конфликтов в России**

Для начала рассмотрим основные нормативно-законодательные акты, касающиеся статуса воюющего человека, его функций, прав и обязанностей.

Основным нормативно-правовым актом, определяющим вопросы военной службы у нас в стране, является Закон «О воинской обязанности и военной службе».

Закон ″О статусе военнослужащих″ был принят Государственной Думой 6 марта 1998г года, одобрен Советом Федерации 12 марта 1998 года.

 Закон ″О статусе военнослужащих″ включает в себя три главы:

* общие положения;
* права и свободы военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей;
* обязанности и ответственность военнослужащих.

В первом разделе отмечается, что статус военнослужащих представляет собой совокупность их прав, свобод, обязанностей и ответственности, установленных законодательством и гарантированных государством.

Особенности статуса определяется обязанностью защиты государства, в том числе – с риском для жизни[[10]](#footnote-10).

Офицеры, проходящие военную службу по призыву, по своему правовому положению приравниваются к офицерам, проходящим военную службу по контракту.

Военнослужащие имеют право на обладание общероссийскими документами о гражданстве, на ношение и применение в соответствии с законом оружия.

Ограничение военнослужащих в ряде общегражданских прав компенсируется им льготами. Кроме того, льготы, гарантии и компенсации в частном порядке предусматриваются и для членов семей военнослужащих.

Ст.3. п.2.

Правовая защита военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей является функцией государства и предусматривает закрепление в законах и иных нормативных правовых актов прав, льгот, гарантий и компенсаций указанных лиц и иных мер их социальной защиты, а также правовой механизм их реализации.

Ст.3. п.2.

**Социальная защита** военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей является функцией государства и предусматривает[[11]](#footnote-11):

* реализацию их прав, льгот, гарантий и компенсаций, органами государственной власти, органами военного управления и органами местного самоуправления;
* совершенствование механизмов и институтов социальной защиты указанных лиц;
* охрану их жизни и здоровья, а также иные меры, направленные на создание условий жизни и деятельности, соответствующих характеру военной службы и ее роли в обществе.

Местные органы государственной власти могут устанавливать военнослужащим, запасникам и членам их семей дополнительные льготы.

Сроки военной службы установлены Законом РФ ″О воинской обязанности и воинской службе″[[12]](#footnote-12). За военнопленными статус военнослужащих сохраняется. Права воинов, уволенных в запас, и членов их семей защищены законом.

Ст.4. Правовые основы статуса военнослужащих.

п.1. Правовыми основами статуса военнослужащих являются Конституция РФ, федеральные конституционные законы, настоящий федеральный закон, федеральные законы и иные нормативные правовые акты РФ, а также нормы международного права и международные договоры РФ.

п.2. Правовые и социальные гарантии военнослужащим, включая меры их правовой защиты, а также материального и иных видов обеспечения, предусмотренные настоящим Федеральным законом, не могут быть отменены или снижены федеральными законами и иными нормативными правовыми актами РФ иначе как путем внесения изменений и дополнений в настоящий Федеральный закон.

Таким образом, закон РФ ″О статусе военнослужащих″ обеспечивает правовую и социальную защиту военнослужащих, членов их семей, а также граждан, уволенных с военной службы и членов их семей

Военнослужащие находятся под защитой государства. Никто не в праве вмешиваться в их служебную деятельность, кроме лиц, уполномоченных на то законом.

Закон также определяет компенсации в случае смерти или получения травмы военнослужащим:

В случае гибели (смерти) военнослужащего выплачивается единовременное пособие в размере:

* членам семей военнослужащих (контрактников) – 120 окладов денежного содержания, установленных на день выплаты пособия;
* членам семей военнослужащих (призывников) – 120 минимальных месячных окладов по воинской должности по первому тарифному разряду.

В случае увечья военнослужащих (ранения, травмы, контузии) либо заболевания, полученных ими при выполнении обязанностей военной службы, им выплачивается единовременное пособие в размере:

* военнослужащим (контрактникам) 60 окладов денежного содержания;
* военнослужащим (призывникам) 60 минимальных месячных окладов по воинской должности.

Итак, государство по Закону ″О статусе военнослужащих″ несет на себе ответственность за социальную защиту военнослужащих, обеспечивает их различными видами довольствия. Кроме того, государство обязуется рассматривать факты оскорбления военнослужащих, насилия и угрозы по отношению к ним, а также посягательство на их жизнь, честь, достоинство, жилище как отягчающие обстоятельства преступления.

В апреле 2004 в Государственной Думе РФ будет рассматриваться законопроект о дополнительной социальной защите участников вооруженных конфликтов, что еще раз говорит об актуальности этой темы для современной России.

Настоящий Федеральный закон в соответствии с Конституцией Российской Федерации устанавливает в Российской Федерации дополнительные меры социальной защиты граждан, принимающих (принимавших) участие в вооруженных конфликтах и в боевых действиях, членов их семей, которые определяют их статус в обществе, компенсируют им понесенный ущерб жизни и здоровью.

В этом законе будет определен статус участников боевых действий и вооруженных конфликтов[[13]](#footnote-13):

участники вооруженных конфликтов - граждане, проходящие (проходившие) военную (специальную) службу и исполняющие (исполнявшие) служебные обязанности, либо временно находящиеся (находившиеся) в объединениях, соединениях, воинских частях, подразделениях, временных формированиях, штабах и учреждениях Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск, воинских формирований и органов, организациях в районах вооруженных конфликтов, а также в период проведения миротворческих операций при вооруженных конфликтах;

участники боевых действий - граждане, принимающие (принимавшие) непосредственное участие в боевых действиях в составе объединений, соединений, воинских частей, подразделений, временных формирований, штабов и учреждений Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск, воинских формирований и органов, организаций;

инвалиды вооруженных конфликтов (боевых действий) - граждане из числа участников вооруженных конфликтов (боевых действий), ставшие инвалидами вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в результате выполнения задач в условиях вооруженного конфликта (боевых действий);

лица, принимающие (принимавшие) участие в обеспечении боевых действий - гражданский персонал Вооруженных Сил Российской Федерации, других войск, воинских формирований и органов, различные категории работников государственных органов власти, органов местного самоуправления и иные граждане, принимающие (принимавшие) участие в обеспечении боевых действий;

члены семьи участника вооруженного конфликта и боевых действий - супруга (супруг), несовершеннолетние дети, дети старше 18 лет, ставшие инвалидами до достижения ими возраста 18 лет, дети в возрасте до 23 лет, обучающиеся в образовательных учреждениях по очной форме обучения, лица, находящиеся на иждивении участника вооруженного конфликта и участника боевых действий, родители или усыновители[[14]](#footnote-14).

Также предполагается, что:

1. Военнослужащим, проходящим военную службу по контракту, сотрудникам органов внутренних дел, учреждений и органов уголовно-исполнительной системы, направленным в районы вооруженных конфликтов, устанавливаются оклады по воинским должностям (должностям) и оклады по воинским (специальным) званиям в полуторном размере.

2. Военнослужащим, проходящим военную службу по призыву в районах вооруженных конфликтов, устанавливаются месячные оклады по первичным воинским должностям солдат и матросов, проходящих военную службу по контракту на должностях, подлежащих замещению солдатами и матросами, сержантами и старшинами, а при увольнении с военной службы им выплачивается единовременное пособие в размере двух окладов по воинской должности солдат и матросов, проходящих военную службу по контракту.

3. За непосредственное участие в боевых действиях выплачиваются дополнительные выплаты из расчета на одни сутки:

1) военнослужащим, проходящим военную службу по призыву или по контракту на должностях, для которых штатом предусмотрены воинские звания солдат, матросов, сержантов, старшин, лицам рядового и младшего начальствующего состава органов внутренних дел, учреждений и органов уголовно-исполнительной системы - 1,3 минимального месячного оклада по воинской должности (должности) по первичным воинским должностям солдат и матросов (оклады по занимаемой штатной должности), проходящих военную службу (службу) по контракту;

2) военнослужащим, проходящим военную службу по контракту на должностях для которых штатом предусмотрены воинские звания прапорщиков, мичманов или офицеров, и лицам среднего, старшего, высшего начальствующего состава органов внутренних дел, учреждений и органов уголовно-исполнительной системы - 1,5 минимального месячного оклада по воинской должности (должности), установленного по первичным воинским должностям солдат и матросов (оклада по занимаемой штатной должности), проходящих военную службу (службу) по контракту.

Списки непосредственных участников боевых действий составляются и утверждаются в соответствии с положением, утвержденным Указом Президента Российской Федерации.

4. Лицам, принимающим участие в обеспечении боевых действий: выплачиваются должностные оклады (тарифные ставки) в полуторократном размере; выплачиваются суточные в полуторократном размере установленной нормы;

6. Дополнительные выплаты производятся ежемесячно на личные счета участников вооруженных конфликтов и участников боевых действий, открытые в кредитных организациях Российской Федерации по их желанию и с их письменным уведомлением об этом.

В законопроекте особо оговариваются принципы реабилитации участников вооруженных конфликтов

**«Глава 3. Статья 8.** Комплексная реабилитация участников вооруженных конфликтов и участников боевых действий представляет собой систему медицинских, психологических, педагогических, социально - экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма в связи с участием в вооруженных конфликтах и боевых действиях. Целью реабилитации являются восстановление социального статуса участника вооруженных конфликтов и участника боевых действий и его социальная адаптация.

2. Комплексная реабилитация участников вооруженных конфликтов и участников боевых действий включает в себя:

1) медицинскую реабилитацию, состоящую из восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, протезирования и ортезирования;

2) психологическую реабилитацию участников вооруженных конфликтов и участников боевых действий, состоящую из психологических, психолого-педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций, состояний, личностного и социального статуса граждан, получивших психическую травму в связи с участием в вооруженных конфликтах и боевых действиях;

3) профессиональную реабилитацию участников вооруженных конфликтов и участников боевых действий, состоящую из профессиональной ориентации, профессионального образования, профессионально - производственной адаптации и трудоустройства;

4) социальную реабилитацию участников вооруженных конфликтов и участников боевых действий, состоящую из социально - средовой ориентации и социально - бытовой адаптации.

**Статья 9.** Федеральная базовая программа реабилитации участников вооруженных конфликтов и участников боевых действий. Федеральная базовая программа реабилитации участников вооруженных конфликтов и участников боевых действий является составной частью федеральной базовой программы реабилитации ветеранов боевых действий и включает в себя гарантированный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг, предоставляемых участнику вооруженных конфликтов и участнику боевы х действий бесплатно за счет средств федеральногобюджета.

Федеральная базовая программа реабилитации участников вооруженных конфликтов и участников боевых действий и порядок ее реализации устанавливается Правительством Российской Федерации.

**Статья 10.** Индивидуальная программа реабилитации участников вооруженных конфликтов, участников боевых действий. Индивидуальная программа реабилитации участников вооруженных конфликтов, участников боевых действий - разработанный на основе решения Военно-врачебной комиссии или решения Государственной службы медико - социальной экспертизы комплекс оптимальных для участников вооруженных конфликтов, участников боевых действий реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья с расстройством функций организма в связи с участием в вооруженных конфликтах и боевых действиях, а также компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалидов вооруженного конфликта (боевых действий) к выполнению определенных видов деятельности.

Индивидуальная программа реабилитации участников вооруженных конфликтов, участников боевых действий является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно - правовых форм и форм собственности.

Индивидуальная программа реабилитации инвалидов вооруженного конфликта (боевых действий) из числа военнослужащих предполагает возможность их профессиональной реабилитации на соответствующих должностях в федеральных органах исполнительной власти, где они до установления инвалидности проходили военную (специальную) службу.

Перечень категорий инвалидов вооруженного конфликта (боевых действий) и должностей в федеральных органах исполнительной власти, на которых они могут проходить военную (специальную) службу, определяется федеральным органом исполнительной власти, где предусмотрена военная (специальная) служба совместно с федеральным органом исполнительной власти по труду и социальному развитию.

**Статья 11.** Государственная служба реабилитации участников вооруженных конфликтов и участников боевых действий

Государственная служба реабилитации участников вооруженных конфликтов и участников боевых действий - совокупность органов государственной власти независимо от ведомственной принадлежности, органов местного самоуправления, организаций, осуществляющих мероприятия по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации.

Координация деятельности в сфере реабилитации участников вооруженных конфликтов и участников боевых действий осуществляется федеральным органом исполнительной власти по труду и социальному развитию.

Федеральные органы исполнительной власти устанавливают попечительство (патронаж) над инвалидами вооруженного конфликта (боевых действий) на период их полной реабилитации (пожизненно). Категории инвалидов вооруженного конфликта (боевых действий) и порядок установления попечительства (патронажа) над ними устанавливается Правительством Российской Федерации. Финансирование реабилитационных мероприятий осуществляется за счет средств федерального бюджета, федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, Пенсионного фонда Российской Федерации, Фонда социального страхования Российской Федерации (в соответствии с положениями об указанных фондах), других источников, не запрещенных законодательством Российской Федерации. Финансирование реабилитационных мероприятий, включая содержание реабилитационных учреждений, допускается на основе кооперирования бюджетных и внебюджетных средств.

Порядок организации и деятельности Государственной службы реабилитации участников вооруженных конфликтов и участников боевых действий определяется Правительством Российской Федерации.

**Статья 12.** Организация медицинской и психологической реабилитации участников вооруженных конфликтов и участников боевых действий

1. Медицинская и психологическая реабилитация участников вооруженных конфликтов и участников боевых действий проводится в период реабилитационного отпуска; после выполнения боевых (специальных) задач; после убытия участников вооруженных конфликтов, участников боевых действий из районов вооруженного конфликта и боевых действий.

2. Медицинская и психологическая реабилитация участников вооруженных конфликтов и участников боевых действий организуется соответствующим федеральным органом исполнительной власти и осуществляется:

на базе реабилитационных учреждений (структур) федерального органа исполнительной власти;

на базе государственных (муниципальных) региональных реабилитационных учреждений, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации;

на базе негосударственных учреждений, предназначенных для реабилитации.

3. Медицинская и психологическая реабилитация участников вооруженных конфликтов и участников боевых действий выполнявших задачи в районах вооруженных конфликтов и районах боевых действий, в том числе за пределами Российской Федерации, организуется органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, а выявление нуждающихся в проведении реабилитационных мероприятий осуществляется органами военного управления, военными комиссариатами, органами пенсионного обеспечения.

Реабилитационные мероприятия с данной категорией граждан проводятся: на базе государственных региональных реабилитационных учреждений, перечень которых утверждается решением Правительства Российской Федерации,на базе реабилитационных учреждений (структур) федерального органа исполнительной власти;

на базе предназначенных для этого санаториев, домов отдыха, туристических баз, реабилитационных центров ветеранских организаций, перечень которых утверждается главами администраций субъектов Российской Федерации;

на базе негосударственных организаций, финансируемых из различных источников, в том числе пожертвований общественных объединений, юридических и физических лиц.

4. Военнослужащие - участники вооруженных конфликтов и участники боевых действий, получившие в ходе участия в вооруженных конфликтах, боевых действиях ранения, контузии, увечья или заболевания, имеют право на медико-социальную экспертизу в период прохождения военной службы на предмет установления инвалидности»[[15]](#footnote-15).

Мы считаем, что подобный закон, хотя и несет в себе принципиально новых моментов и аспектов социально – психологической реабилитации и адаптации участников военных конфликтов, все же необходим, т.к. он систематизирует все предыдущие нормативные акты, касающиеся этого вопроса и дает некоторые определения, социально значимые для проведения адаптационно – реабилитационных мероприятий с военнослужащими, побывавшими в зоне военных действий.

**3.2. Психологическая и медицинская реабилитация военнослужащих – участников военных конфликтов**

Проблема оказания специализированной помощи пострадавшему в результате боевых действий населению имеет два важных и принципиальных аспекта: психологический и собственно психиатрический, что обусловливает необходимость комплексного подхода к решению данной проблемы с привлечением различных специалистов смежного профиля (психологов, психотерапевтов, врачей-интернистов и др.). Именно такой подход, как показывает практика, способен обеспечить не только своевременную адекватную психиатрическую помощь, но и провести адресные психопрофилактические и психокоррекционные мероприятия, направленные на снижение тяжести и выраженности психологических, психических и психосоматических последствий во время ведения боевых действий, а также в ближайшие и отдаленные периоды после их завершения.

Но все же, возможно избежать развития посттравматического стрессового синдрома и боевой психической травмы. Для этого необходимо соблюдать следующие принципы и правила[[16]](#footnote-16):

В значительной степени профилактика БПТ зависит от командира подразделения, начальника, он должен уменьшать действие на личный состав психогенных факторов.

Прежде всего, он обязан создавать уверенность у подчиненных в своих действиях, обеспечивать личный состав всем необходимым, заботиться о своевременной организации ночлега и отдыха, уметь оказывать первую психологическую помощь.

Существуют различные типы реагирования на потрясение, полученное в ходе военных действий, которые подробно описаны психиатром В. К. Хорошко[[17]](#footnote-17).

Тип психической реакции - Нормальная

Симптомы: непроизвольные мышечные сокращения, мышечное напряжение, потливость, тошнота, частое мочеиспускание, учащенное дыхание и сердцебиение, тревожность, беспокойство.

Рекомендуемые меры помощи: индивидуальная психофизическая поддержка, четкое руководство с подчеркиванием положительных ситуативных мотивов, общение с товарищами.

Что не рекомендуется[[18]](#footnote-18): фиксировать излишнее внимание на этом состоянии, подчеркивать серьезность положения, высмеивать или оставаться безучастным.

Тип психической реакции - Пониженная активность, депрессия[[19]](#footnote-19)

Симптомы: люди находятся в положении стоя или сидя без движения и разговоров, с безучастными лицами. Иногда наблюдаются однообразные движения или монотонные удары частей тела о какой - либо предмет.

Рекомендуемые меры помощи: мягко установить с ними контакт, добиться того, чтобы они сообщили о случившемся. Проявить участие и выразить солидарность. Предложить простую рутинную работу, обеспечить теплой пищей и сигаретами.

Что не рекомендуется: проявлять излишнюю жалость, применять дисциплинарные меры (за исключением крайних случаев), проявлять излишнюю солидарность.

Тип психической реакции - Индивидуальная паника

Симптомы: безрассудные попытки к бегству, неконтролируемый плач, бег кругами.

Рекомендуемые меры помощи: проявить доброжелательную твердость, дать съесть или выпить что-либо теплое. Предложить закурить. Изолировать, если есть в этом необходимость.

Что не рекомендуется: применять грубые меры при изоляции, обливать водой, назначать дисциплинарные меры (за исключением крайних случаев).

Тип психической реакции - Гиперактивность

Симптомы: склонность к спорам, быстрая речь, выполнение ненужной работы, перескакивание с одной работы на другую, Высказывание бесконечных советов окружающим.

Рекомендуемые меры помощи: дать выговориться, заставить выполнять физическую работу, предложить съесть или выпить что-либо теплое, закурить. Осуществлять контроль. Не проявлять других чувств.

Что не рекомендуется: акцентировать внимание на состоянии военнослужащего, вступать с ним в спор, назначать дисциплинарные меры.

Тип психической реакции - Реакция с преобладанием физических компонентов

Симптомы: тошнота, рвота, функциональные параличи.

Рекомендуемые меры помощи: показать свою заинтересованность, предложить простую, не трудную работу, создать необходимые условия при эвакуации в медицинский пункт.

Что не рекомендуется: говорить пострадавшим что с ними ничего серьезного не случилось, ругать и высмеивать, акцентировать внимание на их состоянии.Важная роль в повышению устойчивости к стрессу отводится физической подготовке. У постоянно занимающихся физической подготовкой лиц развиваются положительные изменения в организме, в том числе в функциональном состоянии систем, подвергающихся наибольшему воздействию психогенных факторов. Наиболее важным из них являются возрастание эффективности сердечной деятельности, улучшение легочной вентиляции, уменьшение жировой ткани, снижение артериального давления.

Другим фактором повышения устойчивости к стрессу является индивидуальная и групповая боевая выучка, степень владения оружием и боевой техникой. Чувство уверенности в своих силах, знаниях, в своем оружии, своих товарищах, командирах, в правильности принимаемых решений и поставленных боевых задач и, наконец, в нужности и значимости общего дела позволяют в значительной мере повысить устойчивость к стрессу.

Командиры подразделений должны уметь своевременно выявлять лиц с признаками развития психотравм, при которых они должны быть эвакуированы с поля боя. Критериями для эвакуации, в частности, является невозможность выполнения функциональных обязанностей, необъективная оценка угрожающей опасности, деморализующее влияние лиц с психическими травмами на личный состав подразделения, угроза с их стороны безопасности других людей.

Практика участия в боевых действиях военнослужащих ранее получивших БПТ показывает, что вероятность получения ими БПТ снова в 1.5 раза выше чем у военнослужащих, имеющих такой же боевой опыт, но не получивших БПТ. Поэтому людей, получивших БПТ не следует использовать для выполнения боевых заданий.Основными принципами психосоциальной реабилитации являются[[20]](#footnote-20):

1. Своевременность. Реабилитация должна начинаться сразу же после окончания боевых действий, даже если эта пауза в служебно-боевой деятельности временная.
2. По возможности, сохранение состава подразделений.
3. Ориентация в работе с личным составом на признание высокой значимости выполненных ими задач и высокую оценку их служебно-боевой деятельности, проявленных при этом лучших боевых качеств даже если общий итог боевых действий имел неуспешный характер.
4. Создание атмосферы заботы, психологической поддержки военнослужащих со стороны командиров, выравнивание их отношения к военнослужащим, допустившим ранее проступки и нарушения.

Начальный период реабилитационной работы направляется на постепенный вывод сознания военнослужащих из вовлеченности в боевую ситуацию. Для этого периода характерно наличие значительного уровня высокостимулированной боевыми стрессами психической и физической энергии. Весь этот потенциал нуждается в реализации. Иными словами, накопленная энергия должна иметь выход. С этой целью необходима организация занятий, требующих физической нагрузки, однако не превышающей объема общей нагрузки, предусмотренных программой боевой подготовки. В этот период необходимо методом наблюдения проводить диагностику психических состояний с целью своевременного выявления военнослужащих с признаками непосредственных посттравматических расстройств психики. Внешними их проявлениями являются[[21]](#footnote-21):

* изменение привычного стереотипа поведения данного военнослужащего на прямо противоположный. Ранее общительный, подвижный солдат становится замкнутым, нелюдимым, тяготеет к уединению. И, наоборот, у ранее замкнутого, выдержанного военнослужащего появляется нехарактерная для него подвижность, общительность, разговорчивость, часто беспричинное веселье;
* повышенная раздражительность военнослужащего, переходящая в открытую агрессивность с истерическими признаками, слезливость, часто приходящая на смену агрессии;
* так называемая "выключенность" личности, отрешенность от всего происходящего вокруг, частая и длительная статичность позы, взгляда, потеря интереса к жизни подразделения, безразличие к своим товарищам и их занятиям, отсутствие собственных интересов и занятий.

При оказании специализированной психолого-психиатрической помощи основным методом в период ведения активных боевых действий и в ближайшие периоды после их завершения явилась психофармакотерапия. Анализ результатов проведенного лечения показал, что для купирования острой психотической симптоматики наиболее эффективными среди нейролептиков оказались аминазин, атакже эглонил и сонапакс, обладающие не только антипсихотическим, но и антидепрессивным и вегетостабилизирующим эффектом. Среди транквилизаторов наибольшую эффективность у пострадавших показали феназепам, ксанакс, клоназепам, которые позволили купировать переживания страха, тревожную депрессию, тревожно-вегетативные и тревожно-фобические проявления. Широкое применение нашли, особенно у лиц с психоорганическим синдромом, ноотропы (аминалон,пирацетам, ацефен). Для купирования психогенного эпилептиформного синдрома, как и различного рода пароксизмальных состояний, наиболее предпочтительно применение карбамазепина, обладающего не только противосудорожным, но и вегетостабилизирующим действием. Депрессивные состояния, как правило, успешно поддавались лечению амитриптилином. Обращало на себя внимание то, что лечебный эффект у пострадавших достигался при назначении препаратов в значительно меньших дозах, чем это принято в клинической практике.

Следует отметить необходимость применения на каждом этапе психиатрической помощи комплексных мер, включающих наряду с психофармакотерапией психотерапию и рефлексотерапию, направленных на повышение защитно-приспособительных и резервных возможностей организма; методы социально-психологической поддержки и социально-трудовой реабилитации пострадавших, влияющие на различные звенья патогенеза психических нарушений, возникающих в ЧС, включая его биологические, психологические и (опосредованно)социальные механизмы.

«При организации данного вида специализированной помощи особо важное значение приобрел принцип активного выявления пострадавших с различными формами психических расстройств на разных этапах их формирования в силу того, что у пострадавших отмечается определенная степень анозогнозии и данный контингент неактивно обращается за медицинской помощью, недостаточно критичен к происходящим событиям и собственному здоровью, стремиться показать себя в лучшем свете и скрыть проблемы, связанные именно с психическим здоровьем»[[22]](#footnote-22).

Однако основные усилия реабилитации должны быть в этот период сосредоточены на специальных мероприятиях, проводимых психологами, психиатрами, медицинскими работниками, ив первую очередь на психодиагностике, психофизиологическом обследовании, медицинских осмотрах и на работе по психорегуляции, психокоррекции, мероприятиях психотерапевтического характера. В первую очередь в поле пристального внимания специалистов должны попасть военнослужащие с признаками постравматических реакций, которые у них наблюдались на начальном этапе реабилитации непосредственно после окончания боевых действий. Но необходимо иметь в виду, что эти реакции могут иметь отсроченный характер и проявиться через значительный период времени после получения психической травмы практически у любого военнослужащего. Диагностика психических состояний, уровня нервно-психической деятельности, проводимая психологами и психиатрами, должна быть основным содержанием работы в ходе медицинского обследования личного состава после возвращения его из районов выполнения военной задачи. Особое внимание должно быть уделено проведению бесед как групповых, так и индивидуальных, в ходе которых необходимо сориентировать в проблемах, возникающих в процессе их реадаптации к обычным условиям жизнедеятельности. А также психологических особенностях этого периода, дать понять, что это вполне естественный процесс, который, в конечном счете, позволит обрести душевное равновесие и психологический комфорт, отсутствие которого в настоящее время не является чем-то из ряда вон выходящим и не должно вызывать тревог и опасений за свое будущее.

**3.3. Технологии социальной работы с участниками военных конфликтов по их психосоциальной адаптации к условиям мирной жизни**

Существующая в современной России ситуация позволяет причислять военнослужащих к социально незащищенным слоям населения. Солдаты, призванные защищать государство, сами нуждаются в социальной защите и помощи, являются объектами социальной работы.

Главная цель социальной работы – осуществление социальной интеграции: вернуть человека из аномии пограничной ситуации в социальную норму, стабилизировать социальный статус, направить личностные ресурсы на активное конструирование социальной реальности, среды обитания. «Социальная интеграция военнослужащих оказывается понятием, синтезирующим реализацию личных, имущественных, политических прав, социальных интересов, образовательных и социальных услуг, психологической поддержки, жилищного сервиса. Принятые законодательные акты и существующая организация социальной защиты военнослужащих и ветеранов явно недостаточны и нуждаются в дальнейшем развитии и совершенствовании»[[23]](#footnote-23).

Организационная культура, профессионализм и компетентность специалистов социальных служб не соответствуют современной ситуации, нужна более широкая система социальных технологий поддержки, учет регионального аспекта социальной защиты. Формирование социальной интеграции в перспективе позволит использовать потенциал военнослужащих в направлении стабилизации общества, развития демократических реформ, решения стратегических задач национальной безопасности.

Социально-психологическая адаптация к новой жизненной среде включает уровни, различные по цели и средствам осуществления: социально-психологическая компенсация кризисного характера увольнения; коррекция ценностно-нормативной основы поведения; формирование эффективных поведенческих стратегий. Адекватной формой работы с офицерами выступают специальные адаптационные курсы, интегрированные в учебные программы профессиональной переподготовки.

В итоге, обеспечение успешной социально-психологической адаптации военнослужащих запаса оказывается проблемой и личностной и государственной, так как решение этой проблемы дает возможность перейти к новым видам деятельности, социальным ролям, статусам, обеспечивает эффективность привлечения подготовленных специалистов, помогает успешно конкурировать на рынке труда. Профессиональная переподготовка военнослужащих остается наиболее широкой организационно-адаптационной формой работы с офицерами, уволенными в запас, средством их интеграции в новую систему социально-трудовых отношений.

Картина психического состояния и поведения человека, которая получила название «синдром посттравматического стресса», описывает определенный способ существования в этом мире. Наше общество в целом, и медицинская общественность в частности, составили свое мнение об этом способе существования и назвали его болезнью; медики говорят не просто о посттравматическом стрессе, но о «синдроме посттравматического стресса». Программы психотерапевтической помощи ветеранам часто носят название «содействия социальной адаптации», но одной социальной адаптации недостаточно для того, чтобы человек перестал бояться, тревожится.

Если сегодня на обстоятельства жизни большое влияние оказывают волнующие воспоминания, поведение, образ мыслей и чувств, пришедшие в наследство из прошлого, очень важно честно признать их существование, даже если кому-то это покажется “ненормальным”. Постепенно узнавая, каким образом “травмирующие события” повлияли на вашу жизнь, вы одновременно придете к пониманию того, что исцеление — процесс глубоко личностный и охватывает почти все сферы вашей жизни, а значит не может сводиться к одной лишь «социальной адаптации».

Принципы терапии и коррекции ПТСР[[24]](#footnote-24)

* + Немедленное начало лечения после психотравмы в целях, предотвращения развития хронической формы ПТСР
	+ Комплексное многолетнее лечение, включающее фармакотерапию и психотерапию.
	+ Индивидуальная психотерапия.

Основная задача: помочь пациенту осознать истинную природу его проблемы, добиться разрешения внутренних конфликтов и жизненного кризиса.

Военнослужащие, имеющие подобные признаки нуждаются в оказании медико-психологической помощи, в специальных мероприятиях психокоррекции и психотерапии. В проявлении участия, заботы и заинтересованности их переживаниями в достаточной степени может быть заключена первая необходимая им помощь. В индивидуальных беседах с этими военнослужащими необходимо дать возможность высказать им все наболевшее, внимательно их выслушать, проявив при этом заинтересованность их рассказам. На следующем этапе целесообразно разъяснить, что с ними происходит и то, что это временные переживания, которые присущи всем, кто был в бою. Кроме того необходимо сформировать у этих военнослужащих чувство товарищеской поддержки и уверенность, что его понимают и всегда готовы ему помочь. Самое главное - не допустить возникновение чувства одиночества и вовлеченности человека в это чувство.

Разработан подход психотерапевтического обучения, который включает в себя шесть компонентов[[25]](#footnote-25):

* + коррекция наиболее часто встречающихся ошибочных представлений относительно стрессовой реакции;
	+ предоставление пациенту информации об общей природе стрессовой реакции;
	+ фокусировка на роли чрезмерного стресса в развитии заболевания;
	+ приведение пациента к самостоятельному осознанию проявлений стрессовой реакции и характерных симптомов и ПТСР;
	+ развитие у пациента способности к самоанализу для идентификации характерных для него стрессоров;
	+ сообщение клиницистом пациенту о той активной роли, которую он играет в терапии чрезмерного стресса.

Важно обучить пациента методам релаксации, так как чувство тревоги и напряжения очень часто сопровождает его длительное время после травмы.

4. Групповая психотерапия.

Основная задача: помочь больному справиться с чувством вины, состоянием беспомощности и бессилия, эмоциональным отчуждением, раздражительностью, гневом и обрести потерянное чувство контроля над окружающими, состоянием беспомощости и бессилия. Очень важны группы поддержки, в которых пациенту помогут глубже разобраться в значении травматического события и его последствий. Например, в США многие годы существуют группы поддержки ветеранов вьетнамской войны, в Киеве - группа для жертв насилия.

5. Семейная психотерапия.

Необходимо рассказать родственникам о клинических при­знаках ПТСР, о переживаниях и чувствах больного, о принципах поведения родственников в данной ситуации. Обязательно не­обходимо проинформировать их о длительности течения этого заболевания и о возможном «flasbacks»-эффекте. С близкими родственниками также необходимо проведение психотерапевтических сеансов, ибо очень часто поведение больного может способствовать развитию у них пограничных психических расстройств.

Работа с семьями должна вестись непосредственно при выполнении частями служебно-боевых задач, когда поступающая информация из районов действий оперативно и своевременно в возможном объеме доводится до членов семей военнослужащих, широко пропагандируется успешное выполнение служебно-боевых задач, примеры мужества, решительности, добросовестного выполнения воинского долга. В беседах с членами семей им выдаются следующие рекомендации[[26]](#footnote-26):

* внимательное и заинтересованное слушание рассказов своего партнера о том, что ему пришлось пережить. Очень важно этому человеку выговориться, особенно при моральной поддержке близкого и любимого человека. Необходимо поделиться своими переживаниями за время отсутствия мужа и членам семьи;
* постараться оказать помощь психологически вернуться в нормальную, привычную жизнь;
* проявить внимание и терпение к проблемам мужа, которые неизбежно возникают боевого стресса, к его психологическому дискомфорту, к повышенной раздражительности, возможному длительному депрессивному состоянию и т.п. Это временные явления, необходимо помочь ему с ними справиться;
* необходимо учитывать, что за время разлуки, связанной с выполнением мужем служебно-боевых задач оба супруги несколько изменились. Необходимо какое-то время, чтобы опять привыкнуть друг к другу. Возвращение мужа к привычной совместной жизни может протекать не без осложнений, проявите понимание и терпение;
* особое внимание необходимо уделить детям. Важно чтобы при восстановлении ваших привычных отношений с мужем они не оказались без должного внимания и заботы;
* создать благоприятную интимную обстановку. Дайте понять партнеру, что Вы в нем нуждаетесь и что пойдете ему навстречу;
* не поощрять употребление мужем алкоголя. Постараться тактично дать ему понять, что это пагубно для него, ваших отношений и в целом для семьи.

6. Супружеская психотерапия.

Основная задача: помочь супругам приспособиться к тем изменениям, которые произошли для обоих. При ее проведении необходимо учитывать сексуальные проблемы ветеранов, свя­занные с их военным прошлым (гомосексуальное поведение в изолированных военных зонах, насилие женщин на оккупированных территориях, перенесенные венерические заболевания, связь с проститутками и т.п.).

7. Социально-историческая коррекция.

Основная задача: Купирование переживаний и реакций протеста против общественного пренебрежения.

 Пути достижения: Обсуждение исторической ситуации и признание заслуг ветеранов в средствах массовой информации, социальное одобрение участников военных действий, стимуляция их социальной активности и востребованности.

Адаптация должна в основе своей иметь комплекс мероприятий по формированию поддержки военнослужащих, выполнявших служебно-боевые задачи как в сфере социально-правовых отношений, так и в сфере общественной психологии, морально-нравственных отношений. Этим и отличается адаптация от реабилитации.

Иными словами, должна быть реализована в той или иной степени потребность этих людей в общественном признании, выполняемого ими долга и их общественной поддержки. К сожалению, необходимо отметить, что далеко не всегда общественное мнение в государстве было объективно в оценке служебно-боевой деятельности военнослужащих. Примеры тому имеют место по отношению к бывшим воинам-"афганцам", в первые месяцы вооруженного конфликта в Чечне общественное мнение формировалось далеко не в пользу поддержки действий войск, а скорее наоборот.

Этот этап адаптации чреват возникновением межличностных конфликтов между/внутри воинских коллективов, где часть военнослужащих не принимала непосредственного участия в выполнении служебно-боевых задач и находилась все это время в пункте постоянной дислокации. Возникающее раздражение по поводу равных себе людей, но не переживших того, что пришлось пережить им, зачастую вызывает агрессию, причем не только у солдат, сержантов по призыву, но и у офицерского состава. Исходя их этого, необходимо продумать и организовать ритуал торжественной встречи с выносом Знамени части и проведением митинга, возвратившиеся воины должны чувствовать себя истинными виновниками торжества.

Для структур по работе с личным составом в это время особым направлением их деятельности должны стать подготовка и проведение массовых культурно-досуговых мероприятий по пропаганде боевой деятельности личного состава, совершенных подвигов, примеров мужества, добросовестного выполнения своего воинского долга, причем не только отдельных воинов, но и целых подразделений, экипажей, расчетов. Формы работы: тематические вечера, вечера-портреты, вечера чествования героев, вечера мужества и т.п.

Для участия в этих мероприятиях необходимо привлечь представителей местных органов власти, общественности, родителей, родственников, членов семей военнослужащих, эффективно использовать отснятые в районе действия видеоматериалов, фотодокументов.

Другим негативным симптомом дезадаптации военнослужащих после возвращения в обычные условия службы является возможное проявление конфликтности между солдатами, сержантами и офицерами, которые не были с ними "там", когда вполне законная уставная требовательность последних может не всегда адекватно восприниматься их воевавшими подчиненными. Здесь необходимо проявить достаточно такта и понимания психологической привязанности к своим боевым командирами более высокой их авторитетности в глазах подчиненных. Целесообразно на начальном этапе реадаптации, оставить рычаги управления боевыми подразделениями в руках их боевых командиров.

Все эти негативные последствия выполнения служебно-боевых задач в условиях, сопряженных с риском для жизни, являются предметом специальных психосоциальных реабилитационных мероприятий, проводимых психологами, медицинскими и социальными работниками.

Картина психического состояния и поведения человека, которая получила название "синдром посттравматического стресса", описывает определенный способ существования в этом мире. Наше общество в целом, и медицинская общественность в частности, составили свое мнение об этом способе существования и назвали его болезнью; медики говорят не просто о посттравматическом стрессе, но о "синдроме посттравматического стресса". Доминирующей позицией общества относительно бывших участников войны, страдающих посттравматическими стрессовыми нарушениями (ПТСН), убеждение в том, что нужно отвлечь внимание ветерана от травмирующих событий, послуживших причиной ПТСН, и таким образом помочь ему "стать нормальным", приспособить свой способ поведения к общепринятым меркам. Недаром в последнее время часто говорят о необходимости создания Программы содействия социальной адаптации. Запущенное, давно существующее посттравматическое стрессовое расстройство лечить трудно. Не только потому, что застарелые болезни вообще трудно лечить, но и в силу специфики страдания: ведь врачи тоже кажутся больным людьми, неспособными их понять. В США эффективная помощь лицам, давно страдающим ПТСР, оказывается через сеть специализированных общественных учреждений. Подобных им в России пока нет.

Идея, заложенная в этом названии, предполагает, что получивший психическую травму человек должен изменить свое поведение так, чтобы слиться с основной массой сограждан. Под "основной массой" подразумевается умеренное большинство граждан, которые придерживаются в целом сходных взглядов на то, какое поведение социально приемлемо, а какое нет.

Однако "социальная адаптация" вряд ли поможет человеку, пробывшему долгое время в экстремальных условиях, вернуть душевный покой и радость жизни. Такой подход может внушить ветерану, что для выздоровления он должен изменять свое поведение, чтобы стать как все, "нормальным", а значит, перестать действовать, думать и чувствовать по-своему, "не как все".

У большинства ветеранов, пытающихся адаптироваться, приучить себя к "нормальному" поведению, главные трудности возникают из-за того, что им в качестве лечения предлагают попросту забыть прошлое. А это часто означает, что из памяти будут выброшены не только уродливые образы войны, но также уроки благородства, дисциплины, чести и мужества. Такой путь не ведет к целостности.

Фактически, этот подход предлагает лечить симптомы заболевания, а не его причину, и целью такого лечения должно быть не здоровье, а соответствие общепринятым нормам поведения. Поэтому можно предположить, что путь "социальной адаптации" неспособен привести к истинному выздоровлению.

Для многих ветеранов прошедшая война до сих пор присутствует в их жизни. Связанные с войной переживания и воспоминания для них реальны здесь и сейчас. А значит, чтобы выполнить рекомендацию "будь здесь и сейчас", им необходимо вспомнить то, что было раньше.

Жизненный опыт - богатейший источник знаний о наших собственных сильных и слабых сторонах.

Истинное физическое и душевное здоровье состоит не в том, чтобы соответствовать чьим-то нормам и стандартам, а в том, чтобы прийти к согласию с самим собой и реальными фактами своей жизни.

Другим отрицательным следствием такого подхода будет то, что поверившие в него пациенты, не сумев заставить себя действовать, думать и чувствовать так, как "принято" в нашем обществе, придут в отчаяние и потеряют веру в выздоровление. В действительности же на пути к истинному, а не иллюзорному исцелению, не столь важно вести себя "как все", но зато очень важно быть предельно честным с самим собой, оценивая то, что происходит в жизни в настоящий момент. Если сегодня на обстоятельства жизни большое влияние оказывают волнующие воспоминания, поведение, образ мыслей и чувств, пришедшие в наследство из прошлого, очень важно честно признать их существование, даже если кому-то это покажется "ненормальным". Постепенно узнавая, каким образом "травмирующие события" повлияли на вашу жизнь, вы одновременно придете к пониманию того, что исцеление - процесс глубоко личностный и охватывает почти все сферы вашей жизни, а значит не может сводиться к одной лишь "социальной адаптации".

Подобным же образом и "социально-адаптационный" подход к проблемам людей, побывавших за гранью нормального человеческого опыта, удерживает в рамках тех стандартов ценностей, которые присущи обычной, далекой от опасности жизни. Правильные действия требуют нарушения искусственных границ, которые мы сами поставили: болезненные явления, порожденные экстремальной ситуацией, следует лечить нестандартными методами, выйдя за пределы искусственной схемы "социальной адаптации".

Самое, важное, что следует знать о посттравматическом стрессе: даже после долгих лет смятения, страха и депрессии, можно вновь обрести жизненное равновесие, если поставить перед собой такую цель и настойчиво идти к ней. Это доказано на примере многих людей, переживших травму и долго страдавших от посттравматических болезненных явлений. Научившись распознавать последствия пережитых экстремальных обстоятельств, люди понимают, что они вполне нормальны, что болезненные явления - естественный результат тяжелых событий в прошлом. Такое понимание приводит к внутреннему принятию того, что произошло в жизни, и к примирению с самим собой.

Исцеление именно и состоит в том, чтобы примириться с самим собой, увидеть себя таким, как есть на самом деле и, внося изменения в свою жизнь, действовать не вопреки своей индивидуальности, а в союзе с ней. Это и есть истинная задача исцеления. Изменить прошлое человек не в силах: его не сделаешь более прекрасным или хотя бы менее безобразным, но его настоящие чувства, представления о себе, о прошлом, о том, какой смысл заложен в нем, - могут стать другими.

**Заключение**

Итак, говоря о посттравматическом стрессе, мы имеем в виду, что человек пережил одно или несколько травмирующих событий, которые глубоко затронули его психику.

Эти события так резко отличаются от всего предыдущего опыта или причиняли

настолько сильные страдания, что человек ответил на них бурной отрицательной реакцией. Нормальная психика в такой ситуации естественно стремится смягчить дискомфорт: человек, переживший подобную реакцию, коренным образом меняет свое отношение к окружающему миру, чтобы жить стало хоть немного легче.

Если же травма была сильной или травмирующие события повторялись многократно, болезненная реакция может сохраниться на многие годы.

Подобно тому, как мы приобретаем иммунитет к определенной болезни, наша психика вырабатывает особый механизм для защиты от болезненных переживаний.

«Боевые рефлексы» не казались чем-то необычным, пока человек находился в районе военных действий. Но возвращаясь домой, попадал в такую среду, где подобные рефлексы производили, по меньшей мере, странное впечатление. Тысячу раз, прямо и косвенно, множеством различных способов человеку указывали, что пора прекратить вести себя как на войне. Но никто так и не объяснил ветерану, каким образом это сделать.

Для тех немногих ветеранов, кому повезло, дом стал местом, где их ждала любовь, где они чувствовали себя в безопасности и могли спокойно осмыслить пережитое, обсудить его с близкими. Такая атмосфера позволяет проанализировать свои ощущения, а затем внутренне принять свой опыт и примириться с прошлым, чтобы двигаться по жизни дальше.

К сожалению, такой счастливый сценарий не характерен для большинства вернувшихся с войны. По рассказам многих ветеранов, возвращение домой было не менее, а то и более тяжелым, чем военные переживания: не с кем было поговорить по душам, нигде не чувствовалось полной безопасности, и легче было подавлять в эмоции, чем позволить им вырваться наружу, с риском потерять контроль. В такой ситуации психическое напряжение долгое время не находит себе выхода.

Таким образом, мы можем, сделать вывод о том, что посттравматический синдром участников военных локальных конфликтов является личностным кризисом со всеми присущими ему признаками, а, значит, как и любой психологический личностный кризис, нуждается в терапии.

## Список литературы

1. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. - М., 1991.
2. Андрющенко А. В., Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости http://www.consilium-medicum.com
3. Большова Т.Е. Военнослужащие // Российская энциклопедия социальной работы. М., 1997.
4. Диагностика и лечение тревожных расстройств (Руководство для врачей). Под ред. Ю.А. Александровского и др. Copyright 1989 by American Psychiatric Press, Inc.

Дмитриева Т.Б., Коханов В.П., Краснов В.Н. Безопасность России. М., 1999;97–160.

## Закон Российской Федерации от 11 февраля 1993г. ″О воинской обязанности и военной службе″ с изменениями и дополнениями от 6 марта 1998 года.

1. Закон Российской Федерации от 12 февраля 1993г. ″О пенсионном обеспечении лиц, проходившие военную службу, службу в органах внутренних дел, и членов их семей″.
2. Закон Российской Федерации от 6 марта 1998г. ″О статусе военнослужащих″.

Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. - М.: "Наука", 1983.

1. Козлов В. В. «Социальная работа с кризисной личностью», Ярославль, 1999, 303 с.
2. Колодзин Б. «Что такое посттравматический стресс или Как жить после психической травмы» . Copyright 1999 by American Psychiatric Press, Inc.
3. Павленок П.Д. «Основы социальной работы: Учебник» М:1998 – 270 с.

Пергаменщик Л.А. Список Робинзона Мн., 1996

1. Подберезкин А. И. "Россия: на щите или со щитом?", "Правда", 09.02.1994.
2. Положение о прохождении воинской службы офицерским составом Вооруженных Сил (приказ Министра обороны 1985г. №100).

Принципы терапии и коррекции ПТСР// WWW.PSYHELP.RU

1. Семенец Н.Я. Проблемы социальной защиты военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей // Социальные проблемы развития человеческих ресурсов. Саратов, 1997. С. 153–160.
2. Соловьев С.С. Трансформация ценностей военной службы // Социс. 1996. № 9.
3. Суркова И. Переобучение и профориентация военнослужащих // Социальные проблемы образования. Саратов, 1998.
4. Требухов С.Н., Трифонов Б.А., Бунькова О.А. «К вопросу о типах психологического реагирования у раненых с признаками боевой психической травмы. // Сборник «Актуальные вопросы терапии психических заболеваний», Челябинск, 2002.
5. Усынин Ю.К. Ценностные ориентации офицеров современной Российской армии. Саратов, 1998.

Фонтана Д. Как справиться со стрессом: Пер. с англ. - М.: "Педагогика - Пресс", 1995

Юрьева Л.Н.. "История, культура, психические и поведенческие расстройства" Издательство сфера 2002 г.

1. Ядов В.А. Структура и побудительные импульсы социально-тревожного сознания // Социологический журнал. 1997. № 3.
2. Ярская В.Н. Антропология социальной политики // Человеческие ресурсы. 1998.
3. Аствацатуров М.И. Душевные болезни в связи с условиями военной службы, I. Статистические данные о душевных заболеваниях в различныхармиях // Воен.-мед. журн. - 1912. - Т. CCXXXV. - С.68-88.
4. Хорошко В. К. О душевных расстройствах вследствиефизического и психического потрясения на войне // Психиатр. газета -1916. -N 1. -С. 3-10.

**Приложение 1.**

**Рис. 1. Схема формирования боевых стрессовых расстройств.**



1. Колодзин Б. «Что такое посттравматический стресс или Как жить после психической травмы» . Copyright 1999 by American Psychiatric Press, Inc. [↑](#footnote-ref-1)
2. Колодзин Б. «Что такое посттравматический стресс или Как жить после психической травмы» . Copyright 1999 by American Psychiatric Press, Inc. [↑](#footnote-ref-2)
3. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. - М., 1991. [↑](#footnote-ref-3)
4. Требухов С.Н., Трифонов Б.А., Бунькова О.А. «К вопросу о типах психологического реагирования у раненых с признаками боевой психической травмы. // Сборник «Актуальные вопросы терапии психических заболеваний», Челябинск, 2002. [↑](#footnote-ref-4)
5. Фонтана Д. Как справиться со стрессом: Пер. с англ. - М.: "Педагогика - Пресс", 1995 [↑](#footnote-ref-5)
6. Требухов С.Н., Трифонов Б.А., Бунькова О.А. «К вопросу о типах психологического реагирования у раненых с признаками боевой психической травмы. // Сборник «Актуальные вопросы терапии психических заболеваний», Челябинск, 2002. [↑](#footnote-ref-6)
7. Требухов С.Н., Трифонов Б.А., Бунькова О.А. «К вопросу о типах психологического реагирования у раненых с признаками боевой психической травмы. // Сборник «Актуальные вопросы терапии психических заболеваний», Челябинск, 2002. [↑](#footnote-ref-7)
8. Там же [↑](#footnote-ref-8)
9. См.. например: Диагностика и лечение тревожных расстройств (Руководство для врачей). Под ред. Ю.А. Александровского и др. Copyright 1989 by American Psychiatric Press, Inc. [↑](#footnote-ref-9)
10. Ярская В.Н. Антропология социальной политики // Человеческие ресурсы. 1998. [↑](#footnote-ref-10)
11. Семенец Н.Я. Проблемы социальной защиты военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей // Социальные проблемы развития человеческих ресурсов. Саратов, 1997. С. 153–160. [↑](#footnote-ref-11)
12. Закон Российской Федерации от 11 февраля 1993г. ″О воинской обязанности и военной службе″ с изменениями и дополнениями от 6 марта 1998 года. [↑](#footnote-ref-12)
13. Цит. по http://gazeta.ru [↑](#footnote-ref-13)
14. там же [↑](#footnote-ref-14)
15. http://www.gazeta.ru/parliament/info/laws/17806.shtml [↑](#footnote-ref-15)
16. Хорошко В. К. О душевных расстройствах вследствиефизического и психического потрясения на войне // Психиатр. газета -1916. -N 1. -С. 3-10. [↑](#footnote-ref-16)
17. Там же [↑](#footnote-ref-17)
18. Фонтана Д. Как справиться со стрессом: Пер. с англ. - М.: "Педагогика - Пресс", 1995 [↑](#footnote-ref-18)
19. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. - М., 1991. [↑](#footnote-ref-19)
20. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. - М., 1991. [↑](#footnote-ref-20)
21. Диагностика и лечение тревожных расстройств (Руководство для врачей). Под ред. Ю.А. Александровского и др. Copyright 1989 by American Psychiatric Press, Inc. [↑](#footnote-ref-21)
22. Ядов В.А. Структура и побудительные импульсы социально-тревожного сознания // Социологический журнал. 1997. № 3. [↑](#footnote-ref-22)
23. Требухов С.Н., Трифонов Б.А., Бунькова О.А. «К вопросу о типах психологического реагирования у раненых с признаками боевой психической травмы. // Сборник «Актуальные вопросы терапии психических заболеваний», Челябинск, 2002. [↑](#footnote-ref-23)
24. Принципы терапии и коррекции ПТСР// WWW.PSYHELP.RU [↑](#footnote-ref-24)
25. Фонтана Д. Как справиться со стрессом: Пер. с англ. - М.: "Педагогика - Пресс", 1995 [↑](#footnote-ref-25)
26. Андрющенко А. В., Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости http://www.consilium-medicum.com [↑](#footnote-ref-26)