Введение

В настоящее время, происходит очень много катастроф. В современном мире они неизбежны. В нашей стране происходят как природные катаклизмы, так и военные, политические конфликты. Ярким примером на сегодня это боевые действия в Украине. Проблемой современной социальной ситуации является международный терроризм.

Ранее отмечался, в основном, терроризм людей-одиночек и небольших групп, это захват самолётов, захват заложников с целью покинуть пределы страны. Данные события не имели глубокой следовой реакции у основной массы населения. В последние годы терроризм всё чаще сочетается с явлениями группового экстремизма и вовлекает в свои действия значительное число людей, что ведёт к росту напряжённости у людей. Всё это происходит на фоне природных и техногенных катастроф и значительных социальных перемен. Примерами тому массовые очаги напряжённости на Северном Кавказе и Закавказье, военные конфликты, несчастные случаи в быту, приводящие к большому количеству человеческих жертв.

Среди психотравмирующих факторов особое место занимают локальные военные конфликты. Во всём мире, в том числе и в России, имеется множество очагов напряжённости, сопровождающихся ведением активных боевых действий. Участники локальных конфликтов подвергаются запороговому, по степени интенсивности, воздействию факторов экстремальной обстановки, последствиями которого становятся психические и психосоматические нарушения, оказывающие влияние на все уровни человеческого функционирования (психологический, психофизиологический, социальный) и приводящие к выраженным характерологическим изменениям личности. Посттравматические стрессовые нарушения способствуют формированию особых жизненных сценариев и могут влиять на всю дальнейшую жизнь человека.

На наш взгляд исследование данного вопроса имеет большое общепсихологическое и прикладное значение, в частности, для решения вопросов, связанных с оптимальной организацией реабилитационных мероприятий для военнослужащих, вернувшихся из зон боевых действий, и членов их семей.

Актуальность, теоретическая и практическая значимость проблемы посттравматического стресса, интерес к его изучению, среди отечественных психологов, в последнее время, резко возрос. Тем не менее, многие аспекты данной темы до сих пор не получили своего обоснования. В современной литературе представлено крайне мало работ, посвящённых вопросам развития посстрессового состояния, как и сложной, многофакторной структуры, неразрывно связанной с процессами переработки травматического опыта.

Гипотеза исследования: Мы предполагаем, что возникновение и протекание ПТСР у военнослужащих, участников локальных военных конфликтов, будет иметь свои особенности в сравнении с возникновением и протеканием ПТСР у гражданских лиц, перенесших психотравмирующий стресс, в чрезвычайных ситуациях.

Объект исследования: посттравматическое стрессовое расстройство.

Предмет исследования: особенности посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих, участников локальных военных конфликтов и гражданских лиц.

Цель исследования: изучение психологии ПТСР, и определение особенностей его возникновения и протекания у военнослужащих, участников локальных военных конфликтов.

Задачи:

1. Изучить и проанализировать литературу по теме исследования.

2. Организовать и провести исследования наличия ПТСР у военнослужащих и гражданских лиц.

. Разработать рекомендаций по психокоррекционной работе с ПТСР у военнослужащих.

Эксперимент проводился на базе ККК (Кропоткинского Кадетского Казачьего корпуса им. Трошева). Исследование проводилось среди офицеров, служивших в горячих точках и участников чрезвычайных ситуаций.

В ходе исследования была проведена психодиагностика ПТСР 15 военнослужащих - участников локальных вооружённых конфликтов и 18 гражданских лиц, перенесших психотравмирующий стресс в чрезвычайных ситуациях.

В ходе эксперимента были использованные следующие методики:

Анкета для оценки посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), представленная в приложении А.

Результаты оценки и наличия ПТСР с помощью миссисипского опросника для оценки боевого ПТСР в баллах, представленные в приложении Б.

Курсовая работа представлена на 51 страницах и состоит из введения, двух глав, заключения, приложений и списка использованных источников. Список использованных источников состоит из 31 источника. В первой главе рассматриваются психология стрессового синдрома. Во второй главе анализируются особенности стресса у военнослужащих и гражданских лиц в сравнении.

1. Стрессовый синдром у военнослужащих

.1 Теории известных психологов в изучении природы посттравматических стрессовых расстройств личности

Проблемы медико-психологических и социальных последствий воздействия экстремальных факторов на личность изучаются уже в течение двух тысячелетий. Одно из первых упоминаний о психической психотравме принадлежит историку Геродоту, который дал характеристику афинского воина Эпизелоса, ослепшего от переживаний после Марафонской битвы. Лукреций (I-век до н.э.), по-видимому, впервые указал на реминисценцию как основной элемент травматического невроза у воинов [1].

Первые, более систематизированные описания психических нарушений, вызванных тяжёлыми психическими травмами и сходных с современными посттравматическими состояниями, относятся ко второй половине XIX века [5].

Во время гражданской войны в США американские врачи исследовали около 300 военнослужащих, обратившихся к ним за помощью. У обследуемых был диагностирован комплекс нарушений в работе сердечно-сосудистой системы, получивший название «синдром Да Косты» или «раздражённое сердце» [1]. Исследователи разделили выявленную патологию на соматический и психологический компоненты. Группа вегетативных нарушений в данном синдроме являлась ведущей и включала в себя самые различные нозологии от диареи до нарушений сердечной деятельности. Во время первой мировой войны комплекс характерных изменений в работе сердечно-сосудистой системы был обозначен термином «солдатское сердце» или «синдром усиления». Это нарушение получило название «шок от снарядов», так как было высказано предположение, что причиной возникающих расстройств являются взрывы военных снарядов.

В 1889 г. Оппенгейм вводит понятие «травматический невроз», где особое внимание уделяется эмоциональному, и психологическому компоненту боевой психической травмы [2].

Э. Крепелином впервые был использован термин «невроз пожара», для того чтобы обозначить отдельное клиническое состояние, включающее многочисленные нервные и физические феномены. Последние возникают прежде всего как результат различных эмоциональных потрясений или внезапного испуга, которые перерастают в тревожность [5].

В отечественной психологии проблеме посттравматических стрессовых состояний долгое время не уделялось должного внимания. Только в последние десятилетия появились единичные, крайне разрозненные, и противоречивые исследования, посвящённые различным аспектам данной проблемы (А.Б. Исаев, И.О. Котенев, Н.М. Филлипов, 1989; А.И. Воробьёв, 1991; В.П. Вахов, Г.Б. Колманов, М.М. Кабанов, Л.С. Свердлов, 1992; Р.Ю. Ильюченок, 1993; Т.Д. Дмитриева, Б.С. Положий, 1994;Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева, 1999, 2000).

М.Ш. Магомед-Эминов выделил несколько основных моделей, объясняющих происхождение посттравматического нарушения. Мы считаем, что в основе каждой из них лежит определённая психологическая концепция, которая внесла свой вклад в формирование общих представлений о природе постстрессовых состояний. В качестве основы для систематизации ведущих групп психологических концепций использован этиологический принцип, то есть степень значимости психологических, когнитивных, эмотивных, поведенческих или социальных механизмов в процессе формирования и развития постстрессовых состояний в той или иной теории или модели.

Первая модель классификации М.Ш. Магомед-Эминова получила название реактивной. Главным её элементом является линейная зависимость между силой стрессора и интенсивностью возникающего нарушения. В качестве теоретического обоснования этой модели можно использовать бихевиоральную концепцию, в рамках которой и действует большинство западных специалистов [2].

Примером такого подхода является теория Б. Колодзина. Автор рассматривает симптомы ПТСР как «боевые рефлексы», которые помогали человеку выживать в условиях экстремальной ситуации, но в мирной жизни стали существенно мешать процессу реадаптации. Согласно этой теории, степень и сила изучаемого нарушения интерпретируется с помощью поведенческой модели типа «стимул-реакция».

К реактивной теории также можно отнести теорию нейропсихологического или биологического направления.

Е.О.Александров, работающий в рамках этих концепций, так или иначе, связывает патогенез ПТСР с физиологическими процессами, прежде всего на нейронном уровне. Одна из ключевых функций в процессе формирования ответной реакции организма на психотравмирующее воздействие принадлежит лимбической системе. Эта структура головного мозга соединяет подкорковые системы с зоной коры головного мозга и напрямую связана с действием эмоциональных механизмов. Сознательное понимание и оценка происходящих событий является функцией коры головного мозга, в частности - ассоциативных областей зрительных и слуховых участков. В момент стрессового воздействия происходит активизация подкорковых образований мозга, а активность коры резко снижается. В результате произошедшее событие запоминается в лимбической системе, не достигнув ассоциативных участков коры. Вследствие этого не происходит естественной интеграции травмы с мыслями, ощущениями и способностями более высоких уровней. Более того, длительное время трагические воспоминания вызывают сильные эмоциональные и физические реакции из-за выработки некоторого количества нейропептидов, которые активизируют гипоталамус и вновь запускают адреналиновую систему стрессреагирования.

К биологическим моделям можно отнести двухфакторную теорию, изложенную в работе Н.В. Тарабариной, которая, до недавнего времени, выступала основной концепцией, объясняющей механизмы формирования и развития ПТСР [4].

Основой первой части составляющей данной теории является классический принцип условно-рефлекторной обусловленности ПТСР. В данном случае, основная роль в формировании синдрома отводится собственно травмирующему событию, которое выступает как интенсивный стимул, вызывающий у человека, безусловно-рефлекторную, стрессовую реакцию.

Согласно этой теории, другое событие или обстоятельство, которое само по себе является нейтральным, но каким-то образом, связанным с травмировавшим стимулом-событием, может послужить условно-рефлекторным раздражителем. Оно как бы «пробуждает» первичную травму и вызывает соответствующие реакции по условно-рефлекторному типу [7].

Вторая часть двухфакторной теории ПТСР включает в себя концепцию поведенческой, оперантной обусловленности развития синдрома: если воздействие событий, имеющих явное или ассоциативное сходство с начальным травматическим эпизодом, ведёт к развитию эмоционального дистресса, то личность постоянно будет стремиться к избежанию этого воздействия.

В современных психологических исследованиях двухфакторная теория развития ПТСР подвергается критике, так как с её помощью трудно объяснить природу ряда присущих только ПТСР феноменов, в частности, постоянное возвращение человека к переживаниям, связанным с экстремальной ситуацией. Зачастую оказывается невозможным установить, какие именно условные стимулы провоцируют появление симптомов, настолько слабой бывает их видимая связь с событием, послужившим причиной травмы.

Кроме того, существенным недостатком этой концепции, по мнению ряда отечественных авторов, является её описательный характер, в процессе которого предметом изучения становятся только внешние реакции человека на воздействие чрезвычайных событий, а не внутренние структуры, механизмы и процессы, участвующие в происходящих изменениях [6].

Другое объяснение механизмов развития ПТСР - предлагает теория формирования патологических эмоциональных ассоциативных сетей

Р.К. Питмана (1988). Этот подход опирается на существование в памяти человека специфических информационных структур, которые представлены тремя основными составляющими: информацией о внешних событиях и условиях их появления, информацией о реакциях человека на эти события, включая речевые компоненты, двигательные акты, висцеральные и соматические реакции [31].

Третьей составляющей теории является информация о смысловой оценке стимула и актов реагирования. При определённых условиях эта ассоциативная сеть начинает работать как единое целое, продуцируя эмоциональный эффект. В основе посттравматического синдрома лежит процесс формирования патологических ассоциативных структур. С помощью этой теории был описан механизм развития «флэшбэк» - эффекта, однако такие симптомы ПТСР, как навязчивые воспоминания и ночные кошмары не могут быть полностью объяснены с помощью этой концепции [3].

Поэтому было высказано предположение, что патологические эмоциональные сети должны обладать свойством самопроизвольной активации, механизм которой следует искать в нейрональных структурах мозга и биохимических процессах, протекающих на этом уровне. Современные исследователи обращают внимание на значимость этой теории, получившей наибольшее признание специалистов, так как, с одной стороны, она даёт возможность осуществлять более дифференцированный подход к процессу формирования ПТСР, а с другой, - основывается на целостной картине взаимодействия эмоциональной, поведенческой и смысловой структур личности.

В мультифакторной концепции А. Мэркера выделяется три группы факторов, которые, по его мнению, приводят к возникновению ПТСР:

факторы, связанные с травматическим событием: тяжесть травмы, её неконтролируемость, неожиданность;

защитные факторы: способность к осмыслению происшедшего, наличие социальной поддержки, механизмов совладания; так показано, что те, кто имеет возможность говорить о травме, отличаются лучшим самочувствием и вообще реже обращаются к специалистам;

факторы риска: возраст к моменту травматизации, отрицательный прошлый опыт, психические расстройства в анамнезе, низкий интеллект и социально-экономический статус [3].

Согласно мультифакторной концепции, психотерапия работает, прежде всего, над подкреплением защитных факторов, поскольку она ведёт к переосмыслению происшедших событий и усилению совладающих механизмов

Но, несмотря на большое количество имеющихся теорий, в современной психологической науке не существует единой концепции, объясняющей механизмы возникновения и развития посттравматических стрессовых расстройств, позволяющей проводить эффективную психопрофилактику, дифференцированную диагностику этого нарушения, и оказывать психологическую помощь [4].

.2 Течение посттравматических стрессовых расстройств личности

Наиболее важные характеристики ПТСР, на которые необходимо обращать внимание сформулированы Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриевой: [15]

. Повторное переживание психической травмы во время бодрствования и в сновидениях.

. Недостаточное эмоциональное участие в межличностных контактах и других аспектах жизни.

. Признаки нестабильности, депрессии и когнитивных нарушений (отвлекаемость на внутренние ассоциации, плохая концентрация внимания и др.)

К вторичным симптомам ПТСР, которые могут наблюдаться на протяжении многих лет Ю.А. Александровский, О.С. Лобастов, Л.И. Спивак, Б.П. Щукин относят депрессию, тревогу, импульсивное поведение, алкоголизацию и наркотизацию, психосоматические заболевания, нарушение чувства времени [6].

Чаще всего эти симптомы не рассматриваются комбатантами как непосредственная причина их обращения к специалистам. Это может быть связано с подавлением тягостных воспоминаний, недопониманием важности влияния травматического события и многими другими факторами. В этом случае при подозрении на наличие ПТСР целесообразно выяснить клиническую картину этого расстройства, которая чаще включает в себя следующие проявления: [23]

нарушения сна в большей степени предъявлены кошмарными сновидениями, для которых характерно фотографически точное воспроизведение действительно пережитых событий, а также импульсивные движения, сопровождающиеся криками;

социальное избегание, дистанцирование и отчуждение от других, включая близких членов семьи;

изменения в поведении, эксплозивные вспышки, раздражительность или склонность к физическому насилию;

злоупотребление алкоголем или наркотиками в целях “снятия остроты” болезненных переживаний, воспоминаний или чувств;

антисоциальное поведение или противоправные действия;

депрессия, суицидальные мысли или попытки к самоубийству;

высокий уровень тревожности.

У лиц, с признаками ПТСР по мнению Ю.Н. Шанина, В.И. Захарова, А.А. Стрельникова, В.В. Грызунова часто обнаруживаются соматические и психосоматические расстройства в виде хронического мышечного напряжения, повышенной утомляемости, мышечно-суставной, головной, артритоподобной болей, язвы желудка, боли в области сердца, респираторного симптома, колита, ессирующей астении (послелагерная астения, наблюдающаяся после возвращения к нормальной жизни в виде быстрого старения, падения веса, психической вялости и стремления к покою), посттравматические рентные состояния (нажитая инвалидность с осознаваемой вторичной выгодой от заболевания) [8].

В исследованиях Ю.А. Александровского, О.Н. Кузнецова, В.М. Лыткина подчёркивается необходимость учёта дополнительных этиопатогенетических факторов, которые могут значительно изменить картину психологических переживаний и психопатологических проявлений. К их числу, как правило, относятся: вид, масштаб, временные параметры чрезвычайной ситуации, климато-географические условия, полноценное информационное обеспечение, своевременность и эффективность оказываемой помощи, профиль пострадавших (культуральные особенности, пол, возраст, наличие опыта оказания помощи) и спасателей (организованные коллективы, добровольцы, специализированные бригады, характер выполняемой работы); профессионально-бытовые условия. Более систематизировано эти факторы представляются в классификации “экстраординарных” признаков окружения: [27]

. Пространственно-временные - существование в чужой среде, оторванность от близких, информационная блокада, длительное нахождение в ограниченном пространстве, отсутствие линии фронта и тыла, систематические военные рейды.

. Природно-ландшафтные - непривычные природные и климатические условия, горная местность, нехватка чистой воды.

. Социальные - непопулярность и отверженность войны в обществе, невозможность её эффективного идеологического обоснования.

. Военно-технические - партизанский характер войны, некомпетентность военачальников, “дедовщина”, минные поля, засады, трудности с преодолением реального врага.

. Национально-этнические - антинародный характер войны, в которой принимают участие женщины, старики и дети, фанатизм и отсутствие страха у противника.

Посттравматические стрессовые расстройства разделяются по форме проявления, динамике протекания, интенсивности симптомов на острые, отсроченные, хронические.

Острые ПТСР, возникают сразу же после травматического события, и длятся от нескольких часов, до нескольких дней или недель. При отсроченных ПТСР длительность «инкубационного периода» между травматическим событием и появлением симптомов ПТСР составляет от 1 года до 10 лет [29].

Хронические ПТСР характеризуются чередованием обострений стрессовых реакций и периодов ремиссий.

Отмечается также неявная форма ПТСР, когда отсутствуют характерные клинические признаки, а преобладает социально-психологическая дезадаптация (неадекватное поведение, пристрастие к алкоголю, наркотикам, затруднения в обучении, трудоустройстве, семейной жизни).

В динамике психогенных расстройств, вследствие экстремальных ситуаций, согласно американской классификации выделяют четыре фазы: [17]

«героическая» (начинается во время травматической ситуации и длится несколько часов);

«медового месяца» (наступает после экстремальной ситуации и длится от недели до шести месяцев);

«разочарования» (длится от двух месяцев до двух лет);

восстановления.

В нашей стране принято выделять пять стадий ПТСР - мобилизации, иммобилизации, агрессии, депрессивных реакций, восстановительного процесса.

В ряде случаев проявления ПТСР представлены у больных в разных сочетаниях и соотношениях. В зависимости от преобладания тех или иных нарушений выделяются такие варианты ПТСР как эксплозивный, астенический, астено-органический, ипохондрический, астено-депрессивный, психопатоподобный, паранойяльный.

Ретроспективный психопатологический анализ состояния больных выявляет отчётливуюэтапность динамики ПТСР: этап начальных проявлений ПТСР, этап отдалённых проявлений ПТСР, восстановительный этап. При этом социальная адаптация часто находится в обратно пропорциональной зависимости со сроками давности пережитой экстремальной ситуации. Стойкие и выраженные нарушения социально-трудового приспособления возникают не на первых этапах, а в период отдалённых проявлений ПТСР.

Важную роль в развитии и протекании ПТСР играют защитные механизмы.

Высокий уровень функционирования психологических защит позволяет человеку сохранить внутреннюю целостность без какой-либо психотравмирующей работы с экстремальным опытом. Ветеран при помощи Эго защитных механизмов, отделяет себя от собственных болезненных переживаний и помещает их в “контейнер”, который обеспечивает ему психологическую защиту от внедрения в сознание травматических воспоминаний. Эта изолированная часть памяти несёт в себе очень сильный негативный энергетический заряд, который под воздействием некоторых факторов провоцирует возникновение резких аффективных реакций. Поддержание психозащитных механизмов вызывает переутомление, бессонницу, раздражительность, нарушение концентрации внимания и памяти. Таким образом, неадаптивное психозащитное поведение само по себе является проблемой, которая в дальнейшем приводит к усугублению посттравматической симптоматики и формированию хронических форм ПТСР [20].

В результате исследований Ф.В. Бассиной, М.К. Бурлаковой, В.Н. Волкова, затрагивающих проблему действия психологических защит в ходе развития постстрессовых состояний, было выявлено, что наибольшее влияние авторы уделяют роли примитивных Эго-защит в данном процессе. Эта группа психологических защит нуждается в ещё более тщательном изучении, так как закономерности психоэволюционного развития включают в действие именно эти механизмы в целях установления менее болезненных отношений ветерана с собственным травматическим опытом войны. Этот опыт представляет собой сокрушительную угрозу для целостности “образа Я”, внутренних и внешних взаимодействий и, в конечном итоге, единству психической и физической организации личности.

Болезненный опыт, как утверждает Е.О. Александров, полученный в результате воздействия на личность факторов экстремальной обстановки, не умещается в привычный социальный стереотип восприятия, что приводит к его игнорированию и подавлению всех связанных с психогенией эмоций. Таким образом, политика отрицания вырабатывается как ответ на негативное восприятие окружающими травматического опыта участников военных конфликтов. Эта позиция существенно осложняет терапевтическую работу с ветеранами, так как приводит к вытеснению информации, связанной с экстремальной ситуацией. Ветеран отделяет от себя болезненные переживания, помещая их в некоторый контейнер. Этот процесс лежит в основе феномена инкапсуляции боевой травмы.

Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева, Е.Н. Загоруйко в своей работе отмечают, что диссоциация опыта экстремальной ситуации со временем требует всё большего количества энергетических затрат, в результате чего появляется сверхдлительность, бессонница, переутомление, раздражительность, нарушения внимания и памяти. Эти феномены вносят существенный вклад в развитие проявлений постстрессовых состояний [23].

Многие психотерапевтические стратегии направлены на высвобождение психической энергии, которая используется для формирования психозащит группы избегания, необходимых, для интрапсихической адаптации индивида к собственному проблемному состоянию. Таким образом, основная опасность, связанная с действием отрицания и вытеснения, заключается в том, что они, что они не позволяют осуществлять реальную работу с травмой. В свою очередь, подавленные травматические переживания оказывают серьёзное влияние на нейрогуморальные процессы организма. При длительном воздействии посттравматического стресса гормональная система не может поддерживать на необходимом уровне количество эндоморфинов - внутренних успокоительных гормонов. Это приводит к употреблению искусственных средств, что вызывает развитие алкогольной и наркотической зависимостей. Кроме этого, реализация аддиктивной потребности изначально представляет собой способ снятия эмоционального напряжения и своеобразную попытку решения проблем реадаптации, хотя в большинстве современных исследований приводятся данные о том, что с увеличением стажа наркотизации идёт процесс формирования “наркоманического дефекта”, а аддикция приобретает статические черты. Вследствие этого высказывается предположение о том, что психогении в патогенезе наркомании при развитии постстрессовых состояний имеют только триггерную (пусковую) функцию [30].

О.Н. Кузнецов и В.М. Лыткин рассматривают алкоголизацию и наркотизацию как один из возможных вариантов дезадаптивных форм поведения, детерминируемых наличием постстрессового состояния и активизацией психологических защит группы избегания. В этой связи необходимо остановиться ещё на одном психозащитном механизме - подавлении. Как уже было отмечено, этот тип Эго-защиты отличается от вытеснения степенью осознаваемости процесса избегания травматической информации, сознательному подавлению подвергаются не только воспоминания о психогении, но и стереотипные формы реагирования, приобретённые в условиях сверхинтенсивных воздействий факторов боевой обстановки [28].

Б. Колодзин указывает, что боевые рефлексы” комбатанта, позволившие ему выжить в военных условиях, не принимаются и вызывают негативную реакцию в обществе. Результатом подобной ситуации является то, что ветеран вынужден постоянно контролировать своё поведение с невозможностью разрядить высокое внутреннее напряжение. Всё это находит своё отражение в проявлениях постстрессовых состояний и вносит существенный вклад в формирование дезадаптивных форм поведения [28].

Р.А. Зачепитский отмечает, что в качестве наиболее простого способа снятия внутренней эмоциональной напряжённости выступает замещение. Немотивированная агрессия, высокий уровень конфликтности в общении, большое число актов насилия, общая враждебность представляют собой стрессогенные патологические действия, позволяющие разрядить энергию стенических эмоционально-вегетативных реакций, направленных на объект, замещающий недостижимый и неустранимый стрессор.

Ещё одной причиной формирования подобных деструктивных стратегий поведения является включение психологических защит компенсаторного типа, в частности, идентификация с агрессором. З.Фрейд в первых исследованиях, посвящённых механизмам Эго-защит, указывал, что часто для преодоления страха или тревоги человек сознательно или непроизвольно начинает “идентифицировать себя с агрессором”. Такая позиция предполагает отождествление личности с действительно существующим или потенциальным врагом, что делает человека менее уязвимым при реальном столкновении с ним.

М.Ш. Магомет-Эминов также указывает на опасность идентификации с врагом, что становится ещё более вероятным, если в вооружённом конфликте принимают участие граждане одного государства. Именно такая ситуация складывается в отношении военных действий на территории Чеченской республики. Положение усугубляет тот факт, что многие команды используют в качестве ведущего мотив мести за погибших друзей. Историческая реальность, в свою очередь, может предоставить множество примеров того, что месть является основным стимулом борьбы для кавказских народов, - так автор приходит к выводу, что с возвращением ветерана в мирную жизнь общество рискует получить в его лице слабую проекцию того чеченца, с которым он боролся. Таким образом, выявление и анализ защит группы компенсации и, в частности, механизмов идентификации, необходимо для более полного понимания природы постстрессовых состояний. Кроме того, подобный анализ может помочь спрогнозировать возможные отклонения в поведении личности, принимавшей участие в активных боевых действиях (имеется в виду применение патологических вариантов компенсаторных механизмов).

Идентификация описывается Э.И. Киршбаумом, А.И. Еремеевой как высший тип психологических защит, в числе которых также рассматриваются такие когнитивные Эго-защиты, как интеллектуализация, рационализация, фантазирование, переоценивание и т.д., а также группа проективных защит [10].

Проецирование представляет для нашего исследования особый интерес в связи с тем, что одной из важнейших функций этого механизма является формирование социальной диспозиции “свой-чужой”, где “свой” - это тот, кто похож на проецирующую личность, а “чужой” не обладает необходимыми качествами. Этот психологический феномен хорошо прослеживается в условиях военных локальных конфликтов и обеспечивает необходимый уровень адаптированности к внешним условиям. Развитие и активизация “программного реагирования” делает возможным перенос “чёрно-белого” восприятия на условия мирной жизни. В некоторых психотерапевтических подходах данное явление рассматривается в качестве одного из диагностических критериев постсрессового состояния. Кроме этого, в результате деятельности данного типа защиты формируется поведение на основе конфликтогенных мотиваций активного оборонительного поведения и самоутверждения, что, по нашему мнению, может лежать в основе появления у комбатантов проблемы внешнего локуса контроля. Такая позиция позволяет человеку снять с себя ответственность за собственное поведение и выбрать активную обвиняющую стратегию в отношении других людей, обстоятельств, государства и т.д. Большинство психотерапевтических подходов так или иначе затрагивает проблему наделения объекта воздействия личностной ответственностью за собственные действия, особенности реагирования, чувства и эмоции в процессе психологической помощи постстрессовых состояний.

Следующая группа психологических защит носит название когнитивных. Л.А. Китаев-Смык описывает две основных мыслительных стратегии в процессе переживания экстремального опыта: [30]

1. Активизация мышления.

Этот процесс представлен следующими направлениями:

композиционная концептуализация подразумевает интегративное осмысление всей информации о стрессогенном событии, которой располагает субъект. В результате в сознании выстраивается сравнительно упрощённое схематизированное представление о травме с выделением главных, по мнению комбатанта, аспектов и с отсеиванием субъективно малозначимых;

декомпозиционная концептуализация экстремальной ситуации предполагает дезинтегративное осмысление информации, при котором расширяется сфера осмысляемых когнитивных стимулов, поступающих в данный момент, извлекаемых из памяти или креативно воссоздаваемых.

Оба вида стрессовой активизации мышления имеют адаптационно-защитное значение и направлены на совладение с болезненными переживаниями. Оптимальным является гармоничное сочетание или чередование первого и второго типа стратегий.

2. Гиперактивизация мышления.

Чаще всего этот процесс сопровождается появлением вегетативных проявлений ПТСС - бессонница (как пример защитного бодрствования), боязливость, гиперподвижность и т.д. Гиперактивизация мышления представляет собой один из возможных способов “ухода” от решения проблемы реальной переработки травматических переживаний. Примером, иллюстрирующим данный процесс, может служить выполнение личностью замещающих задач, не имеющих отношения к психогении и позволяющих избегать воспоминаний о травме. Кроме того, возможно развитие противоположной тенденции, которая предполагает резкое снижение когнитивной активности. В экстремальных ситуациях это чаще всего связано с физиологическими процессами, например, обмороками. Этот тип защитного реагирования объясняет такие феномены ПТСС, как фрагментальные амнезии.

В число психологических защит когнитивной группы включены рационализация, интеллектуализация, изоляция и сублимация. Роль этих защит в процессе формирования постстрессовых состояний ещё недостаточно изучена. Ф.В. Бассин предполагает, что основной функцией рационализации и интеллектуализации является снижение интенсивности негативных чувств через уменьшение субъективной значимости произошедших событий. В силу болезненности травматического опыта формируется устойчивая тенденция снижения субъективной значимости любых контактов с реальным пространством. В результате этого процесса возникает позиция направленности в себя, которая лежит в основе появления самоотчуждённости и избегания эмоционально насыщенных отношений.

Изоляция, следующий тип когнитивных психологических защит, тесно связан с механизмами вытеснения, но предполагает контейнирование не всего травматического события, а только негативных переживаний, связанных с ним. Вследствие этого, ветеран может спокойно описывать самые страшные картины своего боевого опыта, не допуская к осознанию возникающие эмоциональные реакции и переживания. Чаще всего такая позиция в отношении собственных чувств приобретает устойчивый генерализованный характер, так как защитным механизмам сложно осуществлять “выборочный подход” к эмоциональной сфере. В результате, все проявления каких-либо чувств оказываются блокированными. Таким образом, механизмы изоляции лежат в основе эмоциональной гипостезии. Итак, интенсивное и неосознанное использование Эго-защитных механизмов ведёт к образованию или развитию критериальных признаков посттравматических стрессовых состояний. Тем не менее, неоднократно обращалось внимание на то, что нормативное использование психозащит необходимо для эффективной социально-психологической адаптации и поддержания положительного “образа Я” [29].

В зарубежной психологии разработано множество теорий описывающих возникновение и протекание ПТСР. В отечественной психологии проблеме посттравматических стрессовых состояний долгое время не уделялось должного внимания. Только в последние десятилетия появились единичные, крайне разрозненные, и противоречивые исследования, посвящённые различным аспектам данной проблемы.

В результате проведённых исследований учёными были выделены основные характеристики ПТСР, динамика его протекания, определена роль защитных механизмов в развитии и протекании ПТСР.

Но, несмотря на большое количество имеющихся теорий, в современной психологической науке не существует единой концепции, объясняющей механизмы возникновения и развития посттравматических стрессовых расстройств, позволяющей проводить эффективную психопрофилактику, дифференцированную диагностику этого нарушения, и оказывать психологическую помощь.

2. Особенности стресса военнослужащих и гражданских лиц в сравнении

.1 Методы психодиагностики постравматического синдрома

В психодиагностике насчитывается более тысячи методов, которые можно представить в виде схемы:

. Методы психодиагностики на основе наблюдения.

. Опросные психодиагностические методы.

. Объективные психодиагностические методы, включая учёт и анализ

поведенческих реакций человека и продуктов его труда.

. Экспериментальные методы психодиагностики.

В своём исследовании мы использовали наблюдение, беседу, опрос, тестирование.

Наблюдение - наиболее распространённый метод, с помощью которого изучают психологические явления в различных условиях без вмешательства в их течение. Невмешательство - важная характеристика метода, определяющая его достоинства и недостатки. Достоинства - в частности, то, что объект наблюдения, как правило, не ощущает себя таковым - не знает о наблюдении и в естественной ситуации ведёт себя естественно. Однако при наблюдении неизбежен ряд трудностей. Прежде всего, хотя можно в некоей степени предвидеть изменения ситуации, в коей происходит наблюдение, невозможно их контролировать, а влияние неконтролируемых факторов может существенно изменить общую картину. Кроме того, наблюдение не свободно от субъективности позиции наблюдателя.

Несмотря на все предосторожности, наблюдение всегда характерно некоей субъективностью; оно может создавать установку, благоприятную для фиксации значимого факта, что порождает интерпретацию фактов в духе ожиданий наблюдателя. Отказ от преждевременных обобщений и выводов, многократность наблюдения, контроль другими методами исследования позволяют увеличить объективность наблюдения.

Использование наблюдения предполагает наличие программы наблюдения, где перечислены все ожидаемые действия и реакции наблюдаемых, частота появления коих в тех или иных ситуациях фиксируется наблюдателем.

Недостаток метода наблюдения - значительная трудоёмкость. Поскольку исследователя интересует не всякое проявление поведения, но лишь связанное с конкретной исследовательской задачей, он вынужден выжидать интересующих его форм поведения или психических состояний. Кроме того, для надёжности выводов нужно убедиться в типичности некоего свойства, что вынуждает проводить длительные или повторные наблюдения, а также применять другие методы.

Анкета - методическое средство для получения первичной социально-психологической информации. Представляет собой набор вопросов, каждый из которых логически связан с центральной задачей исследования, и возможные варианты ответов.

Тестирование - метод психодиагностики, использующий стандартизированные вопросы и задачи - тесты, имеющие определённую шкалу значений. Применяется для стандартизированного измерения индивидуальных различий. Позволяет с известной вероятностью определить актуальный уровень развития у индивида нужных навыков, знаний, личностных характеристик и пр.

Тестирование предполагает, что обследуемый выполняет определённую деятельность: решение задач, рисование, рассказ по картинке и прочее - в зависимости от используемой методики.

Методики.

Большинство методик представляют бланковые методики - такие в которых испытуемому предлагают серию суждений или вопросов на которые он должен в устной или письменной форме дать ответ. По полученным ответам судят о психологии испытуемого. Данные методики просты как для использования, так и для и обработки получаемых результатов.

Второе место занимают опросные методики, в процессе применения которых, исследуемому задаются устные вопросы, а исследователь отмечает и обрабатывает его ответы. Эти методики хороши тем, что не требуют подготовки специальных бланков и позволяют психодиагносту вести себя в отношении испытуемого достаточно гибко. Недостаток - их субъективность.

Третье место занимают рисуночные психодиагностические методики. В них для изучения психологии и поведения испытуемых используются созданные ими рисунки.

Первый и третий из описанных типов методик могут иметь два варианта: ручной и компьютерный. В ручном варианте методика с начала и до конца используется без применения электронных средств. В компьютерном варианте тестовый и рисуночный материал можно предъявлять через экран дисплея а процессор использовать для вычислений и печати результатов.

Для диагностики симптомов постстрессового нарушения разработаны специальные стандартизированные тестовые методики. Наиболее часто для этой цели используются: Миссисипская шкала для выявления ПТСР,

Анкета, состоящая из 16 вопросов, позволяет определить наличие и степень ПТСР.

Миссисипский опросник для оценки посттравматического стрессового расстройства содержит 35 высказываний людей, принимавших участие в боевых действиях. Каждому утверждению даётся шкала от 1 до 5, испытуемый отмечает те высказывания, которые наиболее соответствуют его ощущению по поводу данного высказывания. Общая сумма баллов с достоверностью до 90% позволяет разделить обследуемых на две группы: на лиц, имеющих ПТСР и не имеющих ПТСР.

Сокращённый вариант методики содержит 378 утверждений, с его помощью можно получить профиль, построенный на основании показателей 10 базисных шкал методики и 3 шкал достоверности.

базисных шкал:

. Сверхконтроль. 2. Пессимистичность.

. Эмоциональная лабильность.

. Импульсивность.

. Женственность - мужественность.

. Ригидность.

. Тревожность.

. Индивидуалистичность.

. Оптимистичность.

. Интроверсия.

В процессе обследования испытуемый оценивает как «верные» или «неверные» по отношению к нему утверждения, которые отражают картину самочувствия обследуемого, его привычки, особенности поведения, отношение к различным жизненным явлениям и ценностям, нравственную сторону этого отношения, специфику межличностных контактов, направленность интересов, уровень активности и настроения и прочее.

Данные полученные в ходе исследования:

Ход исследования.

Схема экспериментального исследования включала в себя следующие этапы:

1. Установление контакта с испытуемым, объяснение общих целей и задач работы, снятие некоторых страхов в отношении всей диагностической процедуры, что необходимо для повышения уровня доверия к организаторам эксперимента. Данный этап мотивирует испытуемых на искреннюю и результативную работу.

2. Проведение анкетирования. (Приложение А.)

3. Предъявление теста на диагностику наличия постсрессовых состояний: Миссисипский опросник для оценки посттравматического стрессового расстройства.

4. Предъявление теста на выявление уровня социально-психологической адаптации испытуемых: компьютерная версия стандартизированного многофакторного метода исследования личности СМИЛ (ММРI).

. Сравнительный анализ ПТСР военнослужащих и гражданских лиц.

Характеристика респондентов.

С целью изучения психотравматического синдрома у военнослужащих было обследовано две группы клиентов Центра. Первая группа военнослужащие, участники локальных вооружённых конфликтов (10 человек) из них: 5 человек - участники войны Афганистане, 3 человека - участники первой Чеченской кампании, 2 человека - участники во второй Чеченской кампании. Вторая группа гражданские лица, перенесшие психотравмирующий стресс (10 человек), из них: вынужденные переселенцы из зоны Чернобыля - 7 человек, из числа переживших теракт в Домодедово- 1 человек, пережившие теракты -2 человека.

Все респонденты - мужчины. Возраст от 22 до 37 лет. Среди них по результатам анкетирования наличие ПТСР у:

Военнослужащих:

легкая степень -2 человека (7- 9 баллов);

средняя - 3 человека (10-11 баллов);

тяжелая -5 человек (12 и более баллов).

Гражданских лиц ушедших в отставку

легкая степень - 4 человека;

средняя - 6 человек;

тяжелая - 0 человек.

Диагностика по Миссисипскому опроснику также подтвердила наличие ПТСР у всех респондентов (приложение Б.).

2.2 Организация исследования

Методические приёмы для проведения диагностического обследования должны быть удобными для изучения той или иной сферы личности.

Перед началом диагностического обследования с целью установления первоначального контакта с респондентом рекомендуется проводить так называемое диагностическое интервью, которое может касаться любой темы. Психолог должен хорошо владеть методикой его проведения. Обычно интервью отличается следующей структурой:

а) введение - привлечение к сотрудничеству «настройка»;

б) свободные, неуправляемые высказывания клиента;

в) общие вопросы;

г) подробное исследование;

д) попытка ослабить напряжение и заключение с выражением признательности клиенту;

е) во время диагностического интервью обращаться к клиенту нужно только по имени.

Вопросы, которые задают, бывают трёх видов:

1. прямые, непосредственно касающиеся исследуемого предмета;

2. косвенные, снижающие опасность внушения;

. прожективные вопросы, которые сочетаются с идентифицированием клиента с группой или каким-то лицом.

Диагностическое интервью не должно быть длительным и скучным. Необходимо применять разные модификации в соответствии с задачами диагностики.

Психолог должен выработать соответствующую систему записи для большей объективности результатов. После проведения первичного знакомства с клиентом можно начинать собственно психодиагностическое обследование.

Организация диагностического исследования.

До начала психологической диагностики психологу необходимо тщательно ознакомиться с характеристикой на клиента.

Перед началом обследования для установления эмоционального контакта с клиентом, правильного отношения к психологу необходимо провести беседу.

В результате психодиагностического исследования ветерана, направленного на выявление посттравматической симптоматики, психолог заполняет схему особенностей индивидуальной реадаптации, которая включает в себя следующие процессы и характеристики:

. Травматический эпизод. Основные характеристики психотравмы: когда, как долго и насколько интенсивным было воздействие психогении. Тип травмы: единичная или множественная; были ли осложнения, в том числе ранения, контузии, черепно-мозговые травмы. Какие реакции проявлялись в момент воздействия чрезвычайной ситуации.

. Вторичные стрессы. Особенности личностной и социальной адаптации после возвращения из «горячей точки» или пережитой психотравмирующей ситуации: наличие развода, потеря работы, смерти близких людей, низкий уровень эмоциональной поддержки со стороны значимых людей, нестабильное материальное положение, отсутствие признания военных заслуг со стороны общества и практического применения боевому опыту, отсутствие профессиональных и личностных перспектив развития.

. Активизация психозащитных форм реагирования. Определение ведущего типа психологических защит, его степени интенсивности, а также общего уровня напряжённости психозащитного поведения.

. Формирование и усиление симптомов ПТСР. Диагностика постстрессового нарушения, выявление симптомов, вызывающих наибольшее беспокойство у самого ветерана и его близких. Когда и как впервые появился симптом, что влияет на его усиление и ослабление, изменяется ли симптоматика с течением времени.

. Дезадаптивные формы поведения. Выясняются основные причины межличностных конфликтов и способы их решения, отношение к алкоголю и прочим психотропным веществам.

Очень информативным источником является отслеживание невербальных сигналов как во время диагностического интервью, так и в дальнейшей работе с клиентом. Невербальные формы подачи информации позволяют выявить наиболее болезненные участки травматического опыта, ресурсные состояния, а также наличие или отсутствие практической эффективности проводимых мероприятий.

Диагностическое исследование даёт необходимую информацию о структуре личности комбатанта, индивидуальных особенностях протекания ПТСР, динамике его развития, основных характеристиках психозащитного поведения и реакциях личности на болезненное состояние.

В процессе обследования необходима спокойная доброжелательная обстановка, приветливый эмоциональный тон, уважительное отношение к личности клиента, необходимо руководствоваться принципами партнёрства, индивидуальности и терапевтической поддержки, которые во многом помогают установить личностный контакт с комбатантом и мотивировать его на дальнейшую работу.

В процессе первой беседы с ветераном целесообразно выяснить наличие или отсутствие некоторых особенностей во внутреннем состоянии и поведении комбатанта, которые указывают на присутствие непроработанного травматического опыта:

нарушения сна, которые представлены кошмарными сновидениями с характерным фотографически точным воспроизведением действительно пережитых событий, а также импульсивными движениями, сопровождающимися криками;

социальное избегание, дистанцирование и отчуждение от других, включая близких членов семьи;

изменения в поведении, эксплозивные вспышки, раздражительность или склонность к физическому насилию;

злоупотребление алкоголем или наркотиками, в целях «снятия остроты» болезненных переживаний, воспоминаний или чувств;

антисоциальное поведение или противоправные действия, отсутствие которых в подростковом возрасте косвенно указывает на ПТСР;

депрессия, суицидальные мысли или попытки к самоубийству;

высокий уровень тревожности или психологической неустойчивости;

неспецифические соматические жалобы, например, головная боль. У лиц с признаками ПТСР часто обнаруживаются соматические и психосоматические расстройства в виде хронического мышечного напряжения, повышенной утомляемости, мышечно-суставной, головной, артритоподобных болей, язвы желудка, боли в области сердца, распираторного симптома, колита.

.3 Состояние здоровья военнослужащих и гражданских лиц после перенесенной психологической травмы

Нарушения, развивающиеся после пережитой психологической травмы, затрагивают все уровни человеческого функционирования (физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия), приводят к стойким личностным изменениям не только у людей, перенесших психотравмирующий стресс, но и у очевидцев, и у членов их семей.

В своей работе мы использовали анкету для определения наличия и степени ПТСР, СМИЛ и Миссисипский опросник, затем провели сравнительный анализ полученных результатов военнослужащих - участников локальных вооружённых конфликтов с результатами, полученными по этим же методикам при диагностике гражданских лиц, перенесших психотравмирующий стресс.

Особенности психоэмоционального состояния военнослужащих по СМИЛ позволяют увидеть процентное соотношение. Самый высокий процент - 72,01% - импульсивность; индивидуалистичность - 69,6%; ригидность - 67,49%; эмоциональная лабильность - 49,49%; нервно-психическая напряжённость и сверхконтроль - 68,22%. Иными словами, описываемые группы людей характеризуются склонностью к переживанию тревоги.

У гражданских лиц самый высокий процент по шкале пессимистичности - 72,78%; сверхконтроль - 67,74%; тревожность - 62,23%.

По первой шкале «сверхконтроль» средние показатели гражданских лиц и военнослужащих незначительно отличаются друг от друга. 1-я шкала выявляет у некоторых респондентов механизм защиты по типу «бегства в болезнь», при этом болезнь - явная или мнимая - является как бы ширмой, маскирующей стремление переложить ответственность за существующие проблемы на окружающих, как бы единственно приемлемым способом оправдания своей пассивности.

По второй шкале «пессимистичности» показатели гражданских лиц (72,78%) намного выше, чем военнослужащих (59,35%). Высокий процент пессимистичности у гражданских лиц характеризует их состояние как неудовлетворённость, склонность к волнениям и такие высокие показатели по шкале пессимистичности констатируют наличие депрессии. Депрессивный тип реагирования вовсе не является универсальной и сугубо обязательной реакцией на психотравму и развивается на почве определённой предиспозиции. Показатели по этой шкале выявляют не только пониженное настроение в связи с негативными переживаниями, но и личностные особенности - склонность к острому переживанию неудач, к волнению, неуверенность в себе.

-я шкала «эмоциональная лабильность». Процент эмоциональной лабильности у гражданских лиц выше (62,24%), чем у военнослужащих (49,49%). В ситуациях стресса гражданским лицам с высокими показателями по 3-й шкале свойственны выраженные вегетативные реакции; защитный механизм протекает двояким путём: - это вытеснение из сознания негативной информации или психологическая тревога трансформируется на органическом (биологическом) уровне в функциональные нарушения. Эти механизмы, дополняя друг друга, создают почву для психосоматических расстройств.

Низкие показатели эмоциональной лабильности военнослужащих свидетельствуют о пониженной чувствительности к средовым воздействиям с относительно низкой отвлекаемостью на проблемы социального миркроклимата, что отражается в поведении субъекта менее гибким стилем межличностного взаимодействия, отсутствием необходимой «дипломатичности» и созвучии настроениям референтной группы.

-я шкала «импульсивность». Показатели военнослужащих по этой шкале очень высокие (72,01%), а у гражданских лиц значительно ниже (55,12%). Повышенные показатели по этой шкале говорят о затруднённом самоконтроле, защитный механизм - вытеснение из сознания неприятной или занижающей самооценку информации, вытеснение сопровождается отреагированием на поведенческом уровне (критические высказывания, протест, агрессивность, конфликтность, повышенную импульсивность).

-я шкала «мужественность-женственность». У военнослужащих 43,27%, что в отличии от гражданских - 48,49%, говорит о стеническом типе реагирования. Эти показатели выявляют типично мужской стиль полоролевого поведения, жесткость характера, отсутствие сентиментальности.

-я шкала «ригидность». Процент военнослужащих выше (67,49%), гражданские лица - 48,4%. Высокие показатели по шкале ригидности указывают на наличие дисгармоничность личности и дезадаптивное состояние, характеризуются выраженной аффективной захваченностью доминирующей идеей, касающейся, как правило, конфликтной межличностной ситуации: это переживания связанные с сверхценным отношением к объекту, вызвавшему конфликтную ситуацию, с враждебной окраской, с жестокой и субъективной логической схемой, неподдающейся коррекции извне, с антисоциальными эксплозивно-агрессивными реакциями, которые военнослужащими трактуются как защитные, вынужденные действия в ответ на враждебность и недоброжелательность тех, кто вызвал эти реакции.

В профилях больных психосоматическими расстройствами повышение 6-й шкалы отражает наличие повышенной раздражительности. Это лишний раз подчёркивает наличие связи между соматическими и психологическими факторами.

-я шкала «тревожности». И у гражданских лиц и у военнослужащих проценты приблизительно равны, 62,23% (гражданские) 62,4% (в/сл) соответственно. Состояние дезадаптации у военнослужащих с повышенными показателями по шкале тревожности характеризуется нарушениями сна, навязчивыми страхами, чувством растерянности, беспокойства, ощущением надвигающейся беды. Повышение профиля по шкале тревожности у гражданских лиц характеризуется пассивно-страдальческой позицией, неуверенностью в себе и стабильности ситуации, высокой чувствительностью и подвластностью средовым факторам, повышенной чуткостью к опасности.

-я шкала «шкала индивидуалистичности». Показатель военнослужащих 69,9%, гражданских лиц - 50,8%. Высокий показатель индивидуалистичности у военнослужащих характеризует их поведение как неконформное, с выраженной независимостью суждений и поступков, с отрывом от реальности. Они продолжают мыслить и поступать «по законам военного времени». Личностям этого круга труднее адаптироваться к обыденной жизни, прозаическим аспектам быта, у них, они ориентируются на субъективизм и интуицию. Высокие показатели по этой шкале свидетельствуют овыраженной социальной дезадаптации с антисоциальной направленностью интересов и поведения и некритичностью в оценке своих действий.

-я шкала «оптимистичность». Показатели гражданских лиц (44,63%) в пределах нормы, а высокие показатели военнослужащих (57,38%) говорят о завышенной самооценке, особой разборчивости в контактах, бесцеремонности поведения, снисходительность к своим промахам и недостаткам.

шкала «интроверсия». Показатели военнослужащих - 68,27%, а гражданских лиц - 56,5%. Высокие показатели свидетельствуют о пассивности личностной позиции и большей обращённости в мир внутренних переживаний, снижении уровня включённости в социальную среду, определённой замкнутости. В ситуации стресса - заторможенность, уход от контактов, бегство от проблем.

Итак, чаще всего участники вооружённых конфликтов проявляют сниженный эмоциональный фон, изменения в структуре мотивационной сферы, познавательных способностей, пассивность поведения. У человека может возникать чувство вины за неприятные, тяжёлые события прошлого и чувство бесперспективности, сопровождаемое снижением самооценки. В свою очередь, заниженный уровень самооценки тесно связан с уровнем притязаний человека, то есть степенью трудностей и целей, которые человек ставит перед собой. Как следствие, могут возникнуть нервные срывы и повышенная тревожность.

Иными словами, описываемая группа людей характеризуется склонностью к переживанию тревоги, низким порогом возникновения реакции тревоги. Кроме того, большинству участников вооружённых локальных конфликтов свойственна повышенная чувствительность к происходящим событиям, которая может быть обусловлена, в том числе, и поражением головного мозга вследствие черепно-мозговых травм. На основе приведённых показателей проблемы военных носят больше внутриличностный характер.

гипостеническое состояние - 22,9%;

заниженный уровень самооценки - 11,7%;

сниженный фон настроения (или субдепрессия) - 8,2%.

Анализ состояния нервно-психической сферы военнослужащих, принимавших участие в войнах показал, что боевая психическая травма на протяжении десятилетий отрицательно воздействует на их здоровье. Специфика посттравматического стрессового состояния, у этого контингента заключается в том, что указанный синдром не исчезает после выхода из экстремальных ситуаций, а нередко усиливается.

В структуре заболеваемости у лиц, участвовавших в боевых действиях болезни терапевтического профиля (гипертоническая болезнь, гепатит, язвенная болезнь, болезни почек, артриты) составили 70%, неврологического - 19,6%, хирургического - 9,5%, причём 20% нуждались в стационарном лечении.

Гипостеническое состояние, выявленное у пациентов Центра реабилитации, характеризуется нервно-психической слабостью, повышенной утомляемостью, истощаемостью, нарушением сна, которое возникает в результате различных заболеваний, отрицательных длительных переживаниях, стрессах.

Тревожное психоэмоциональное напряжение у военнослужащих либо наблюдается постоянно, либо в виде автохтонно возникающих эпизодов, сопровождающихся усилением вегето-соматических нарушений. Клиенты испытывают смутное беспокойство, дурные предчувствия, ожидания какого-то несчастья. На этой почве легко формируются стойкие фобические нарушения, отличающиеся достаточной конкретностью и отражающие пережитую ситуацию (боязнь открытых и замкнутых пространств, опасение ходить по не асфальтированным дорогам и пр.). Наряду с фобиями отмечаются неуверенность в себе, постоянные сомнения в правильности своих действий, поступков, колебания и трудности в принятии решений. Военнослужащие испытывают чувство неполноценности, неудовлетворённости своим положением и отношениями с окружающими, у них часто отмечаются навязчивые воспоминания о себе и своей прошлой жизни до армии с её идеализацией.

Депрессивная психогенная симптоматика находит своё выражение в идеях виновности перед погибшими товарищами, часто возникающих мыслях о нежелании жить, сожалении, что выжил, в снижении самооценки, чувстве несостоятельности, неуверенности в будущем. В отдельных случаях у военнослужащих выявляется тоскливый аффект, вялость, пассивность, апатия. В части случаев депрессивные нарушения бывают не столь выражены и выступают в виде соматического дискомфорта (соматизированные депрессии) с упорными диффузными головными болями, усиливающимися к вечеру, кардиалгиями, нарушением сердечного ритма, анорексией. Обычно депрессивные расстройства не переходят границы невротического уровня.

Психопатоподобные нарушения у больных представлены в широком диапазоне. У них могут возникать по ничтожному поводу резкие бурные аффективные вспышки, агрессивное поведение, сопровождающееся демонстративностью, театральностью. Клиенты, как правило, не терпят возражений, замечаний, бывают постоянно недовольными, неуживчивыми. В ряде случаев у них возникает завышенный уровень притязаний, чувство необоснованной обиды на окружающих, убеждённость, что с ними поступили несправедливо, их обидели. Появляются черты завистливости, эгоцентричности, подозрительности, они становятся, ранимы, сензитивны, аутичны. Они не находят взаимопонимания с окружающими, вступают в конфликты в быту, на работе, с представителями власти и закона, часто алкоголизируются.

Достаточно часто встречается симптоматика астено-органического плана. Клиенты жалуются на упорные головные боли, головокружения, утомляемость, трудности в концентрации внимания, неспособность длительно сосредоточиться, непоседливость, суетливость. Типичными являются своеобразные нарушения памяти, которые проявляются трудностью в запоминании и усвоении прочитанного, забывчивостью, невозможностью восстановления ранее усвоенных знаний и приобретённых профессиональных навыков. В то же время, события пережитой экстремальной ситуации часто помнятся в мельчайших деталях.

Наряду с приведёнными расстройствами, характерно наличие вегетативных дисфункций и нарушений сна, являющихся не только отражением всего комплекса имеющейся у больных невротической симптоматики, но и в значительной мере способствующей её фиксации и дальнейшему углублению. Чаще всего затруднено засыпание, сон носит прерывистый характер с тягостными кошмарными сновидениями, в которых вновь и вновь видятся страшные пережитые картины военного периода. Такие сновидения сопровождаются пробуждениями «в холодном поту», страхом кратковременной дезориентировки в месте и времени.

Комплексное, с использованием параклинических методов, обследование военнослужащих выявило у всех разного рода и степени выраженности сомато-неврологическую патологию. Наиболее часто у них отмечены нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы (кардиопатия, миокардиодистрофия, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь). Во многих случаях имела место лабильность вегето-сосудистой системы, наклонность к гипертоническим кризисам. У некоторых людей молодого возраста (25-30 лет) показатели параклинических и биохимических методов исследования свидетельствовали о начальных признаках атеросклеротического поражения сосудов.

Достаточно часто у изучаемого контингента больных встречалась такая патология желудочно-кишечного тракта как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронические гепатиты, хронические гастро-энтероколиты.

Особенностью соматической патологии являлось то, что нередко она длительно протекала субклинически и обнаруживалась лишь в процессе комплексного обследования. В случаях же её выраженности она смогла заслонять симптоматику ПТСР.

Обычно симптомы ПТСР возникают в течение первых трёх месяцев после травмы, хотя начало появления симптомов может быть, отсрочено на месяцы и даже годы. Часто нарушение сразу совпадает с критериями Острого Стрессового Расстройства как непосредственного следствия травмы. Симптомы расстройства и сравнительное преобладание повторяющихся переживаний, симптомы избегания и гипервозбуждения могут варьировать в течение разных периодов времени.

Таким образом, ПТСР у военнослужащих, вернувшихся из горячих точек, носит, в большинстве своём, хроническую форму, проявляясь в глубоких внутриличностных изменениях, поэтому и психологическая помощь рассчитана на длительный период. Это и установление доверительных отношений между клиентом и психологом; ознакомление клиента с необходимой информацией о процессе преодоления последствий травмирующего стресса; контроль за состоянием клиента и редукция (уменьшение) повышенного напряжения; возвращения к повторным переживаниям, имеющим отношение к психической травме; интеграция травматического опыта.

Проблемы гражданских лиц, в отличии от военных, обусловлены изменением социального окружения (потеря близких), изменением жилищно-бытовых условий (в случае терактов), финансовыми трудностями (потеря кормильца) и больше носят ситуативный характер. Они менее подвержены истощению адаптационных возможностей, так как действие психотравмирующей ситуации не такое длительное во времени, отсюда можно говорить о том, что ПТСР у гражданских лиц, при оказании своевременной психолого-социальной поддержки, не принимает хронической формы и психокоррекционная помощь носит срочный или краткосрочный характер.

В момент чрезвычайной ситуации все живут единственной мечтой: «Когда всё это кончится?». С этим моментом связывается всё будущее и все надежды. Трагедия, какой бы страшной она не была, всё же мобилизует человека. В ней есть движение, необходимость активной борьбы за выживание, сильные эмоции, люди объединены общей бедой, постоянно оказывают друг другу поддержку, как материальную, так и моральную.

Когда же экстремальная ситуация заканчивается, люди остаются среди разрушенных домов, потеряв близких родственников и друзей, при полном безденежье, безработице и отсутствии перспектив изменения общей ситуации в скором будущем. И человек, не зная, что теперь ему делать, оказывается в полной растерянности.

У гражданских лиц, побывавших в зоне чрезвычайных ситуаций в связи с терактом, в результате аварии на Чернобыльской АЭС, и пр., самыми распространёнными индивидуально-психологическими особенностями пациентов выявили:

неудовлетворённость своим положением в обществе, неуверенность в себе - 52,6%;

ощущение бесперспективности попыток изменить ситуацию в лучшую сторону, связанные с этим беспокойство, дистресс и сниженный фон настроения.

А наиболее распространённым, у гражданских лиц, перенесших психотравмирующий стресс был диагноз органического эмоционально лабильного расстройства.

Распределение на группы риска в отношении вероятного развития психосоматических заболеваний колеблется от пограничных нервно-психических расстройств (невротические и соматоформные расстройства, злоупотребление алкоголем и наркотиками, алкогольная зависимость, расстройства личности), до психоорганического поражения центральной нервной системы (ЦНС).

У гражданских лиц сдвиги в вегетативной системе проявляются колебаниями артериального давления, лабильностью пульса, гипергидрозом, ознобом, вестибулярными нарушениями, функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта. Вегетативные расстройства в свою очередь способствуют обострению психосоматических заболеваний, появлению стойких психосоматических заболеваний и нарушений.

.4 Рекомендации по психокоррекционной работе с военнослужащими

Важнейшим психологическим условием достижения оптимальных психических состояний у лиц с признаками посттравматического стресса является использование адекватных методов их коррекции.

Психокоррекционная работа должна быть включать в себя дифференцированное сочетание методов индивидуального, группового и социоцентрированного вмешательства, направленных на снижение уровня проявлений ПТСР, включение адекватных психологических защит и повышение успешности реадаптационных процессов.

Методы, направленные на устранение последствий психотравмы делятся на несколько групп:

1. Образовательные методы позволяют уточнить признаки постстрессовых состояний в каждом конкретном случае, раскрыть внутренние ресурсы ветеранов, установить доверительные отношения в рабочем альянсе.

2. Методы холистического отношения к здоровью позволяют выявить позитивные стороны здорового образа жизни. Физическая активность, правильное питание, отказ от употребления психотропных веществ обнаруживают и активизируют такие способности человека, которые были скрыты от него самого, и создают основу для быстрого и эффективного восстановления после психотравмирующих событий.

. Методы социальной поддержки и социальной интеграции. К ним относятся семейная и групповая терапия, развитие сети самопомощи. Эти методы помогают оценить и развить навыки социальных контактов, уменьшить страхи. Данная группа методов имеет «сопроводительную» функцию в психокоррекционном процессе.

. Методы психологической помощи включают в себя работу с психотравмирующим эпизодом, проявлениями горя, погашение фобических реакций, рассказывание истории травмы, ролевые игры, гипносуггестию, а также другие индивидуализированные виды психологической помощи.

Индивидуальные консультации направлены на решение конкретных задач по редукции постстрессовой симптоматики и индивидуальных проблем адаптации. В работе с военнослужащими рекомендуется использовать индивидуальные методы работы, так как они сильнее гражданских лиц подвержены влиянию референтной группы, а также более замкнуты и труднее идут на контакт. Групповая психокоррекция будет приносить положительные результаты на заключительных этапах работы.

Но главным условием успешной психотерапии будет являться комплексное применение всех групп вышеперечисленных методов.

Воздействовать на основные признаки постстрессовых состояний можно с помощью стратегий психокоррекции:

) Поддержка адаптивных навыков «Я».

) Уменьшение избегания.

) Формирование положительного отношения к состоянию.

) Изменение атрибуции смысла.

В терапевтической работе с военнослужащими - участниками локальных вооружённых конфликтов важными являются следующие моменты:

а) полное удовлетворение потребности клиента в безопасности;

б) обсуждение и исключение возможных источников опасности в реальной жизни клиента;

в) снижение дозы медикаментов или полный отказ от них до начала терапии, что необходимо для видения связи между улучшением состояния и новыми возможностями клиента совладать с травматическим опытом.

Вывод:

Проблемы военных носят больше внутриличностный характер, это подтверждает выраженная личностная тревожность, высокая сензитивность, эмоциональная лабильность, нервно-психическая напряжённость. Участники боевых действий возвращаются в привычную среду (город, жильё, родные). У гражданских лиц стресс, как правило, разрушает мирное течение жизни.

Проблемы гражданских лиц обусловлены изменением социального окружения (потеря близких), изменением жилищно-бытовых условий (в случае терактов), финансовыми трудностями (потеря кормильца) и больше носят ситуативный характер, они менее подвержены истощению адаптационных возможностей, так как действие психотравмирующей ситуации не такое длительное во времени. Отсюда можно говорить о том, что ПТСР у гражданских лиц при оказании своевременной психолого-социальной поддержке не принимает хронической формы и психокоррекционная помощь носит характер срочной или краткосрочной помощи человеку в возвращении к нормальному процессу восстановления после травматического события.

Коррекционная работа с военнослужащими носит характер длительной, так как требует прохождения следующих этапов работы:

установление доверительных отношений между клиентом и психологом;

ознакомление клиента с необходимой информацией о процессе преодоления последствий психотравмирующего стресса;

контроль за состоянием клиента и редукция (уменьшение) повышенного напряжения;

возвращение к повторным переживаниям, имеющим отношение к психической травме;

интеграция травматического опыта.

Так как ПТСР у военнослужащих, вернувшихся из горячих точек, носит, в большинстве своём, хроническую форму, оно проявляется в глубоких внутриличностных изменениях.

Заключение

Актуальность, теоретическая и практическая значимость проблемы посттравматического стресса, интерес к его изучению, среди отечественных психологов, в последнее время, резко возрос. Тем не менее, многие аспекты данной темы до сих пор не получили своего обоснования. В современной литературе представлено крайне мало работ, посвящённых вопросам развития посстрессового состояния, как и сложной, многофакторной структуры, неразрывно связанной с процессами переработки травматического опыта. Всё это и обусловило выбор темы исследования: «Психология посттравматического синдрома военнослужащих - участников локальных вооружённых конфликтов».

В результате проведённых исследований учёными были выделены основные характеристики ПТСР, динамика его протекания, определена роль защитных механизмов в развитии и протекании ПТСР.

Но, несмотря на большое количество имеющихся теорий, в современной психологической науке не существует единой концепции, объясняющей механизмы возникновения и развития посттравматических стрессовых расстройств, позволяющей проводить эффективную психопрофилактику, дифференцированную диагностику этого нарушения, и оказывать психологическую помощь.

Цель моей работы изучение психологии ПТСР, и определение особенностей его возникновения и протекания у военнослужащих, участников локальных военных конфликтов, поэтому мы провели теоретическое и практическое исследование и получили следующие результаты:

Анализ состояния нервно-психической сферы военнослужащих, принимавших участие в войнах показал, что боевая психическая травма на протяжении десятилетий отрицательно воздействует на их здоровье. Специфика посттравматического стрессового состояния, у этого контингента заключается в том, что указанный синдром не исчезает после выхода из экстремальных ситуаций, а нередко усиливается.

В результате проведенного исследования, мы выделили следующие особенности ПТСР у военнослужащих, вернувшихся из горячих точек: высокий уровень импульсивности, сверхконтроля, интроверсии, сниженный уровень эмоциональной лабильности это говорит о том, что ПТСР военнослужащих носит, в большинстве своём, хроническую форму, проявляясь в глубоких внутриличностных изменениях, поэтому и психологическая помощь рассчитана на длительный период. А у гражданских лиц, перенесших психотравмирующий стресс, высокий уровень пессимистичности, тревожности. Проблемы гражданских лиц, в отличии от военных, обусловлены изменением социального окружения и больше носят ситуативный характер. Они менее подвержены истощению адаптационных возможностей, так как действие психотравмирующей ситуации не такое длительное во времени, отсюда можно говорить о том, что ПТСР у гражданских лиц, при оказании своевременной психолого-социальной поддержки, не принимает хронической формы и психокоррекционная помощь носит срочный или краткосрочный характер.

Полученные нами результаты подтверждает выдвинутую нами гипотезу о том, что возникновение и протекание ПТСР у военнослужащих, участников локальных военных конфликтов, будет иметь свои особенности в сравнении с возникновением и протеканием ПТСР у гражданских лиц, перенесших психотравмирующий стресс, в чрезвычайных ситуациях.

На основе этого, мы разработали следующие рекомендации для проведения психокоррекционных мероприятий с военнослужащими - участниками локальных вооружённых конфликтов:

. Психокоррекционная работа должна включать в себя дифференцированное сочетание методов индивидуального, группового и социоцентрированного вмешательства, направленных на снижение уровня проявлений ПТСР, включение адекватных психологических защит и повышение успешности реадаптационных процессов.

. Главным условием успешной психотерапии будет являться комплексное применение всех групп методов: образовательных; холистического отношения к здоровью; методов социальной поддержки и социальной интеграции; психологической помощи, которые включают в себя работу с психотравмирующим эпизодом, проявлениями горя, погашение фобических реакций, рассказывание истории травмы, ролевые игры, гипносуггестию, а также другие индивидуализированные виды психологической помощи.

Таким образом, в своей работе мы провели анализ теоретических источников возникновения и протекания ПТСР, на основе проведённой диагностики определили особенности ПТСР у военнослужащих и разработали рекомендации по психокоррекционной работе с ним.

военнослужащий травма психологический стресс

Список использованных источников

1. Абдурахманов Р.А. Психологические проблемы послевоенной адаптации ветеранов Афганистана. // Психологический журнал. - 1992. - №1. - С.131-134.

2. Адлер А. Теория и практика индивидуальной психологии. - М., 1993. - 175с.

. Александров Е.О. Взорванный мозг. - Новосибирск: Сибвузиздат, 2001. - 160с.

. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. - М., 1991, - 96с.

. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологические защиты. // Психологический журнал. - 1994. - №1. - С. 3-18.

. Бассин Ф.В., Бурлакова М.К., Волков В.Н. Проблема психологической защиты. // Психологический журнал. - 1988. - №3. - С. 78-87.

. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - Л., - 1988. - 270с.

. Братусь Б.С. Аномалии личности. - М.: - 1988. - 301с.

. Воробьёв А.И. Синдром посттравматического стресса у ветеранов войны, перенесших боевую психическую травму. // Военномедицинский журнал. - 1991. - №8. - С.71-74.

. Выготский Л.С. Психология. - М.: Апрель-Пресс, 2000. - 1007с.

. Грининг Т. Посттравматический стресс с позиции экзистенциально-гуманистической психологии. // Вопросы психологии. - 1994. - №1. - С.92-97.

. Дёмкин С. Как лечить болезнь войны. // Российские вести. - 1996. - №91. - С.12-13.

. Дмитриева Т.Д., Положий Б.С. Социальная психиатрия: современные представления и перспективы развития. // Обозрения психиатрии и медицинской психологии. - 1994. - №2. - С.39-4.

. Дмитриева Н.В., Гилева К.В., Друмова М.В., Копылов А.А. Психолого-психиатрические аспекты психотерапевтической коррекции посттравматических стрессовых расстройств. - Новосибирск. - 2002. - С.5-30. Дёмкин С. Как лечить болезнь войны. // Российские вести. - 1996. - №91. - С.12-13

. Ениколопов С.Н. Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах. // Российский психиатрический журнал. - 1998. - №3. - С.50-56.

. Журбин В.И. Понятие психологической защиты в концепциях З.Фрейда и К.Роджерса. // Вопросы психологии. - 1990. - №4. - С.14-22.

. Зачепицкий Р.А. Социальные и биологические аспекты психологических защит. // Социально-психологические исследования в психоневрологии./ Под ред. Бажина Е.Ф. - Л.: - 1980. - С.22-27.

. Знаков В.В. Понимание воинами-интернационалистами ситуаций насилия и унижения человеческого достоинства. // Психологический журнал. - 1989. - №4. - С.113-125.

. Зубова Е.А. Квопросу о посттравматических стрессовых расстройствах. // Российский психиатрический журнал. - 1998. - №1. - С.54-60.

. Каменская В.Г. Психологическая защита и мотивация в структуре конфликта. - СПб.: Питер. - 1999. - 143с.

. Киршбаум Э.И., Еремеева А.И. Психологическая защита. М.: Смысл, 2000. - 181с.

. Колодзин Б. Как жить после психической травмы. М.:, 1992. - 94с.

. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., Загоруйко Е.Н. Идентичность в норме и патологии. - Новосибирск: НГПУ, 2000. - 256с.

. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психология и психиатрия. - Новосибирск, 2009. - 418с.

. Котенев И.О. Опросник травматического стресса для диагностики психологических последствий несения службы сотрудниками ОВД в экстремальных условиях. - М.: Академия МВД России, 2011. - 235с.

. Дёмкин С. Как лечить болезнь войны. // Российские вести. - 1996. - №91. - С.12-13

. Кузнецов О.Н., Лыткин В.М. Динамически-ситуативная акцентуация личности у участников локальных войн. // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии: Учебн. Пособие. - СПб., 2010. - 180с.

. Лазебная Е.О., Зеленова М.Е. Травматический психологический стресс и его последствия. // Прикладная психология. М.: Изд. Дом МПА- Пресс, 2000. - №2. - С.24-31.

. Леонтьев А.Н. Лекции по общей психологии. - М.: Смысл, 2000. - 511с.

. Магомед-Эминов М.Ш. Личность и экстремальная жизненная ситуация. // Вестник Московского Университета, - 1996. - №4. - С.47-61.

31. Немов Р.С. Психология: Учебник для студентов высших учебных заведений: В 3 кн. - 4-е изд. - М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2001 - Кн.2: Психология образования. - 608с.

Приложение А

Анкета для оценки посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)

). Наличие события, которое послужило экстремальным стрессором;

). Расстраиваешься ли, когда вспоминаешь, думаешь об этом событии?

). Имеется ли страх возврата события?

). Часто ли испытываешь страх, когда думаешь об этом событии?

). Избегаешь ли воспоминаний о событии?

). Легко ли становишься нервным, возбужденным?

). Желаешь ли избежать чувств, эмоций?

). Имеются ли навязчивые мысли?

). Бывают ли тяжелые, плохие сны?

).Имеется ли нарушение сна?

).Наблюдаются ли навязчивые (преследующие) воображения, видения и звуки?

).Имеется ли потеря интереса к деятельности?

).Трудно ли сконцентрировать внимание?

).Наблюдается ли чувство отчужденности (никого не хочется видеть)?

).Влияют ли мысли о событии на учебу?

). Имеется ли чувство вины?

-9 баллов - легкая степень заболевания,

-11 баллов - средняя степень,

и более - тяжелая степень.

Приложение Б

Результаты оценки и наличия ПТСР с помощью Миссисипского опросника для оценки боевого посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), (в баллах).

Таблица 1.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Военнослужащие | Гражданские лица |
| 1 | 112 | 112 |
| 2 | 114 | 115 |
| 3 | 114 | 116 |
| 4 | 115 | 113 |
| 5 | 117 | 112 |
| 6 | 115 | 114 |
| 7 | 114 | 112 |
| 8 | 118 | 114 |
| 9 | 119 | 118 |
| 10 | 112 | 113 |

Примечание:

баллов и больше - ПТСР;

-111 баллов - средние показатели адаптированности;

баллов и ниже - хорошо адаптированные.