

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра

Педагогика и психология

(наименование)

37.03.01 Психология

(код и наименование направления подготовки / специальности)

Психология

(направленность (профиль) / специализация)

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА  
(БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА)**

на тему Психологическая поддержка участников боевых действий и их семей: подходы к работе с ПТСР

Обучающийся

Д.С. Гусакова

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

канд. психол. наук, Т.А. Бергис

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

## **Аннотация**

Тема: Исследование особенностей проявления посттравматического стрессового состояния у участников боевых действий.

Объем работы: 98 страниц.

Актуальность исследования обусловлена возрастающей потребностью в изучении специфических особенностей посттравматического стрессового расстройства у участников современных боевых действий, необходимостью научного обоснования подходов к диагностике и психологическому сопровождению данной категории населения в условиях активных военных конфликтов.

Цель исследования: исследование особенностей проявления посттравматического стрессового состояния у участников боевых действий, описание подходов в работе с ПТСР и психологической поддержки.

Объект исследования: психологические состояния участников боевых действий.

Предмет исследования: особенности проявления симптомов посттравматического стрессового состояния у участников боевых действий.

База исследования: Центр восстановительного лечения участников СВО в Ириновке Всеволожского района Ленинградской области (период исследования: январь-июль 2025 года).

Методы исследования: теоретический анализ научной литературы, сравнительно-сопоставительный анализ, систематизация и обобщение, психодиагностические методы (Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций, шкала IES-R, клинический опросник К.К. Яхина и Д.М. Менделевича), методы математической статистики.

Основные результаты: выявлены специфические особенности проявления посттравматического стрессового расстройства у 35 участников боевых действий; установлена критически высокая распространенность ПТСР в исследуемой группе (82,9%); обнаружена высокая коморбидность с

тревожными (68,6%) и астеническими (74,3%) расстройствами; подтверждена гипотеза о преобладании симптомов вторжения и гипервозбуждения над симптомами избегания; систематизированы современные теоретические подходы к изучению боевого ПТСР; проанализировано состояние системы психологической помощи участникам боевых действий в РФ; разработаны практические рекомендации по совершенствованию системы психологической поддержки.

Практическая значимость: результаты исследования могут быть использованы психологами, специалистами по социальной работе, сотрудниками центров психологической реабилитации и семейного консультирования при организации помощи участникам боевых действий и их семьям, а также при разработке программ подготовки специалистов для работы с данной категорией населения.

Структура работы: введение, две главы, заключение, список использованных источников, приложения.

## Содержание

Введение.....	5
Глава 1 Теоретические основы психологической поддержки участников боевых действий и их семей при посттравматическом стрессе.....	10
1.1 Психологическая травма и посттравматический стресс: теоретический анализ.....	10
1.2 Особенности боевого посттравматического стресса и его влияние на личность.....	23
1.3 Семейная система в условиях боевой травмы.....	31
1.4 Современные теоретические подходы к психотерапии посттравматического стресса.....	35
1.5 Анализ современного состояния системы психологической помощи участникам боевых действий в Российской Федерации и в Санкт-Петербурге.....	47
Глава 2 Эмпирическое исследование особенностей проявления симптомов посттравматического стресса.....	55
2.1 Организация и методы эмпирического исследования.....	55
2.2 Результаты эмпирического исследования особенностей посттравматического стресса участников боевых действий.....	62
2.3 Практические рекомендации по совершенствованию системы психологической поддержки участников боевых действий и их семей.....	77
Заключение.....	87
Список используемых источников.....	89
Приложение А Основные диагностические инструменты для оценки посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий.....	97

## **Введение**

В последние десятилетия проблема психологического сопровождения участников боевых действий и их семей приобретает особую актуальность как в России, так и в мире. Современные вооружённые конфликты, локальные войны и миротворческие операции неизбежно приводят к росту числа людей, столкнувшихся с тяжёлыми психотравмирующими событиями. Одним из наиболее распространённых и тяжёлых последствий таких событий является посттравматический стресс, оказывающий разрушительное влияние не только на самих ветеранов, но и на их ближайшее окружение – семьи, детей, родителей.

Посттравматический стресс представляет собой сложное психическое состояние, возникающее в результате переживания экстремального стресса, связанного с угрозой жизни, ранением, гибелью товарищей, необходимостью принимать морально сложные решения. Симптоматика включает навязчивые воспоминания, ночные кошмары, избегание напоминаний о травме, эмоциональную отстранённость, раздражительность, вспышки гнева, повышенную тревожность и депрессивные проявления. Без своевременной и профессиональной психологической поддержки посттравматическое стрессовое расстройство может привести к тяжёлым личностным изменениям, социальной дезадаптации, разрушению семейных отношений и снижению качества жизни.

Особую значимость приобретает система работы с семьями участников боевых действий, поскольку именно семейная система становится как источником поддержки и ресурса для восстановления, так и зоной риска вторичной травматизации. Родные и близкие сталкиваются с изменениями в поведении ветерана, эмоциональной дистанцией, трудностями коммуникации, что требует комплексного подхода к психологическому сопровождению всей семьи.

Степень разработанности проблемы. Теоретические основы исследования базируются на фундаментальных работах в области психологии травмы и посттравматических расстройств. Исторически изучение проблемы посттравматического стрессового расстройства начинается с работ З. Фрейда, А. Кардинера, которые заложили основы понимания травматических неврозов. В современной науке существует несколько ключевых теоретических моделей посттравматического стрессового расстройства: двухфакторная теория, когнитивная модель А. Бека и Г. Эмери, психодинамический, психосоциальный и психобиологический подходы.

Значительный вклад в изучение посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий внесли зарубежные исследователи C.R. Figley, T. Williams, T. Scarano, P. Mason, разрабатывающие семейные подходы к психотерапии ветеранов. В отечественной науке проблематика разрабатывается в трудах Н.В. Тарабриной, Е.О. Лазебной, В.А. Солдаткина, И.В. Белашевой.

В последние годы в России и за рубежом активно развивается система психологической помощи ветеранам боевых действий, внедряются современные методы диагностики и психологического сопровождения при посттравматическом стрессовом расстройстве, формируются мультидисциплинарные команды специалистов. Однако остается немало нерешённых вопросов, связанных с адаптацией международных протоколов к российским реалиям, недостаточной доступностью специализированной помощи, стигматизацией психических расстройств среди военных и их семей.

Проблема исследования заключается в противоречии между растущей потребностью в эффективной системе психологической поддержки участников боевых действий и их семей, страдающих от последствий посттравматического стрессового расстройства, и недостаточной научной обоснованностью подходов к организации такой системы в российских условиях.

Цель исследования: исследование особенностей проявления посттравматического стрессового состояния у участников боевых действий, описание подходов в работе с ПТСР и психологической поддержки.

Объект исследования: психологические состояния участников боевых действий.

Предмет исследования: особенности проявления симптомов посттравматического стрессового состояния у участников боевых действий.

Задачи исследования:

- провести теоретический анализ современных научных представлений о психологической травме и посттравматическом стрессовом расстройстве;
- изучить особенности боевого посттравматического стрессового расстройства и специфику его влияния на личность участников боевых действий;
- рассмотреть функционирование семейной системы в условиях боевой травмы и механизмы её дестабилизации;
- проанализировать современные теоретические подходы к психологическому сопровождению лиц с посттравматическим стрессовым расстройством;
- исследовать современное состояние системы психологической помощи участникам боевых действий в Российской Федерации;
- выявить основные потребности участников боевых действий и их семей в психологической поддержке.
- определить направления совершенствования системы психологической поддержки данной категории населения.

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что у участников боевых действий представлены такие особенности посттравматического стрессового расстройства, как симптомы вторжения (навязчивые воспоминания, флешбэки) и гипервозбуждения (повышенная бдительность, нарушения сна), в меньшей степени – симптомы избегания, что обусловлено

профессиональной спецификой военнослужащих и необходимостью поддержания боевой готовности.

База исследования. Исследование осуществлялось на базе Центра восстановительного лечения участников СВО в Ириновке Всеволожского района Ленинградской области в период с января по июль 2025 года.

Теоретико-методологические основы исследования составляют: системный подход к анализу психических явлений, теория психической травмы (З. Фрейд, А. Карднер), когнитивно-поведенческая модель посттравматического стрессового расстройства (А. Бек, Г. Эмери), теория семейных систем (М. Боуэн, С. Минухин), концепция психологической реабилитации (А.Ф. Ахмеров, Б.В. Карвасарский).

Методы исследования: теоретический анализ научной литературы, сравнительно-сопоставительный анализ, систематизация и обобщение, психодиагностические методы (Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций, шкала IES-R, клинический опросник К.К. Яхина и Д.М. Менделевича), методы математической статистики.

Научная новизна исследования заключается в комплексном анализе теоретических основ и практических аспектов организации системы психологической поддержки участников боевых действий и их семей в российском контексте, выявлении специфических потребностей данной категории в психологическом сопровождении.

Теоретическая значимость состоит в систематизации современных научных представлений о психологической поддержке лиц с боевым стрессом и их семей, уточнении понятийного аппарата в данной области исследований.

Практическая значимость исследования определяется возможностью использования полученных результатов в деятельности психологов, специалистов по социальной работе, сотрудников центров психологической реабилитации и семейного консультирования, при разработке программ подготовки специалистов для работы с данной категорией населения.



Структура работы соответствует логике исследования и включает введение, две главы, заключение, список использованных источников и приложения. Во введении обосновывается актуальность темы, формулируются цель и задачи исследования, определяются объект и предмет, раскрывается научная новизна и практическая значимость работы, представляется структура исследования. В первой главе рассматриваются теоретические основы психологической поддержки участников боевых действий и их семей при посттравматическом стрессе, включающие пять параграфов: анализ понятий психологической травмы и посттравматического стресса, особенности боевого стресса и его влияние на личность, функционирование семейной системы в условиях боевой травмы, современные теоретические подходы к психотерапии посттравматического стресса, а также анализ современного состояния системы психологической помощи в Российской Федерации и Санкт-Петербурге. Во второй главе представлены результаты эмпирического исследования особенностей проявления симптомов посттравматического стресса, которая состоит из трех параграфов: описания организации и методов исследования, анализа полученных результатов и разработки практических рекомендаций по совершенствованию системы психологической поддержки участников боевых действий и их семей.

# **Глава 1 Теоретические основы психологической поддержки участников боевых действий и их семей при посттравматическом стрессе**

## **1.1 Психологическая травма и посттравматический стресс: теоретический анализ**

Психологическая травма занимает особое место в современной клинической и прикладной психологии. В последние десятилетия, с учетом роста числа вооружённых конфликтов, чрезвычайных ситуаций и катастроф, изучение последствий травматических событий стало одной из центральных тем в психологии здоровья, психотерапии и социальной работе. Особое внимание уделяется посттравматическому стрессовому расстройству— одному из наиболее сложных и социально значимых последствий психотравмирующих событий, особенно у участников боевых действий.

Исторические предпосылки изучения психологической травмы уходят корнями в работы З. Фрейда, который в 1895 году в работе «Этюды об истерии» (совместно с Й. Брейером) впервые описал связь между травматическими событиями и психопатологическими симптомами. З. Фрейд утверждал: «Истерические больные страдают, главным образом, от воспоминаний» [78, с. 56; 79, с. 180], подчеркивая роль непереработанных травматических переживаний в формировании симптомов.

Психологическая травма — это не просто сильное эмоциональное переживание, а глубокое нарушение целостности психики, возникающее в результате воздействия экстремальных факторов, выходящих за пределы обычного человеческого опыта. Классические определения подчеркивают, что травма возникает тогда, когда человек сталкивается с угрозой жизни, здоровью, безопасности своей или близких, а также с бессилием перед лицом опасности.

Исторически представления о психологической травме эволюционировали от описания отдельных симптомов к целостным концепциям.

В XIX веке Джон Эрик Эриксон (1835-1900) изучал «железнодорожную травму» у пассажиров, выживших в катастрофах. Врачи отмечали у солдат после сражений проявления, напоминающие неврозы: раздражительность, бессонницу, навязчивые воспоминания [86].

Абрам Кардинер (1891-1981) в 1941 году системно исследовал «военные неврозы» у ветеранов Первой мировой войны. Он выделил пять основных синдромов: фиксацию на травме, типичные сновидения, раздражительность, предрасположенность к взрывным реакциям и изменения в характере. Его работы заложили основы для понимания специфики боевых травм [28; 93].

В XX веке, после мировых войн, терминология расширилась: появились понятия «военный невроз», «шоковая реакция», «боевой стресс». Рой Гринкер и Джон Шпигель в 1940-х годах детально описали клинические проявления у летчиков-истребителей, введя понятие «боевой усталости» [21]90.

Однако только во второй половине XX века, после войны во Вьетнаме, благодаря работам Роберта Лифтона [41], Чарльза Фигли [76; 89] и Мардика Мартина [44] был введён термин «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) и разработаны его диагностические критерии.

Психологическая травма стала рассматриваться как универсальный феномен, способный затронуть любого человека вне зависимости от пола, возраста, социального статуса. При этом особое значение приобрели исследования травмы у военных и участников боевых действий, поскольку именно эта категория сталкивается с экстремальными, повторяющимися и часто кумулятивными стрессорами.

Посттравматическое стрессовое расстройство — это психическое расстройство, возникающее в ответ на пережитое или наблюдаемое травматическое событие, связанное с угрозой жизни, тяжелыми телесными повреждениями или насилием. Впервые посттравматическое стрессовое

расстройство было официально признано как самостоятельная нозологическая единица в третьем издании Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM-III, 1980).

Роберт Лифтон определял посттравматическое стрессовое расстройство как «состояние психического онемения, при котором человек испытывает трудности в установлении эмоциональных связей с окружающими» [41]. Он подчеркивал, что травма нарушает способность к символизации и осмыслению опыта.

Мардик Мартин и Чарльз Фигли рассматривали посттравматическое стрессовое расстройство как «естественную реакцию на неестественные обстоятельства, подчеркивая, что симптомы являются адаптивным ответом психики на экстремальные условия» [44, с. 253].

Майлз Горовиц разработал динамическую модель посттравматического стрессового расстройства, согласно которой «симптомы развиваются в результате попыток психики переработать травматический материал» [19, с. 70]. Он выделил две фазы: навязчивого повторения и избегания, которые чередуются до полной интеграции травматического опыта.

Согласно современным критериям (DSM-5, ICD-11), посттравматическое стрессовое расстройство характеризуется следующими основными симптомами:

- навязчивые, повторяющиеся воспоминания о травме (флэшбэки, ночные кошмары);
- избегание стимулов, связанных с травмой (людей, мест, разговоров);
- негативные изменения в мышлении и настроении (чувство отчуждения, вина, депрессия);
- повышенная возбудимость (раздражительность, вспышки гнева, гипербдительность, нарушения сна) [10, с. 88].

В таблице 1 представлены основные диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства по DSM-5 и ICD-11.

Таблица 1 – Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства (DSM-5 и ICD-11)

Критерий	DSM-5 (2013)	ICD-11 (2018)
Травматическое событие	Обязательное наличие события, угрожающего жизни или целостности	Аналогично, акцент на экстремальности события
Навязчивые воспоминания	Флэшбэки, кошмары, навязчивые мысли	Повторяющиеся воспоминания, сны
Избегание	Избегание стимулов, связанных с травмой	Избегание ситуаций, напоминающих о травме
Негативные изменения мышления и настроения	Отчуждение, вина, снижение интереса, депрессия	Сужение эмоционального диапазона, отчуждение
Повышенная возбудимость	Гипервозбудимость, раздражительность, нарушения сна	Раздражительность, настороженность

Несмотря на различия в деталях, обе классификации подчеркивают центральную роль травматического события и устойчивых изменений в психике человека, проявляющихся в навязчивых воспоминаниях, избегании и повышенной тревожности.

Существуют различные теоретические модели, объясняющие развитие посттравматического стрессового расстройства. Наиболее значимыми являются психодинамическая, когнитивно-поведенческая, биологическая и интегративная концепции.

Психодинамическая модель, основанная на работах З. Фрейда, А. Фрейд и М. Клейн, рассматривает посттравматическое стрессовое расстройство как «результат неосознанных психологических конфликтов, вытесненных в бессознательное, а травматические воспоминания – как материал, не получивший адекватной переработки» [32, с. 31]. Джон Линди развил эту теорию, предложив концепцию «завершения травмы», согласно которой «психика стремится к повторному переживанию травматического события для его окончательной интеграции» [39, с. 353]. В этой модели акцент делается на внутренней борьбе между желанием забыть травму и необходимостью её осмысления.

М. Клейн подчеркивала роль архаических защитных механизмов, активизирующихся при травме: «Травматическое событие пробуждает примитивные страхи уничтожения и фрагментации, что приводит к регрессии к ранним формам психологической защиты» [32, с. 32]. Отто Кернберг развил эти идеи, показав, как травма может приводить к диссоциации и расщеплению Эго [29, с. 64].

Генри Кристал внес значительный вклад в понимание психодинамики травмы, изучая выживших Холокоста. Он писал: «Травма приводит к алекситимии – неспособности выражать эмоции словами, что препятствует символической переработке травматического опыта» [37, с. 156]. Кристал также выделил феномен «психической онемелости» как защитный механизм против непереносимых переживаний.

Когнитивно-поведенческая модель получила наибольшее развитие благодаря работам Аарона Бека, Альберта Эллиса [85] и их последователей. Бек сформулировал когнитивную триаду травмы: «Травма формирует негативные автоматические мысли о себе (я беспомощен), о мире (он опасен) и о будущем (оно безнадежно)» [8, с. 64]. Эти дисфункциональные когнитивные схемы становятся основой для развития и поддержания симптомов посттравматического стрессового расстройства.

Эдна Фoa и Майкл Козак разработали теорию эмоциональной переработки, которая стала краеугольным камнем когнитивно-поведенческого понимания посттравматического стрессового расстройства. Э. Фoa утверждала: «посттравматическое стрессовое расстройство развивается в результате формирования патологических сетей страха в памяти, которые содержат информацию о стимулах, реакциях и их значениях» [77, с. 748]. Согласно этой теории, травматические воспоминания хранятся в виде фрагментированных, плохо интегрированных структур памяти.

Рони Янофф-Булман предложила теорию «разрушенных допущений», которая объясняет психологическое воздействие травмы через нарушение базовых убеждений о мире. Она выделила три основных допущения:

«доброжелательность мира, его осмысленность и представление о собственной ценности и способности контролировать события» [87, с. 218]. Янофф-Булман писала: «Травма разрушает эти фундаментальные убеждения, оставляя человека в состоянии экзистенциального кризиса» [87, с. 219].

Стивен Хобфолл разработал теорию консервации ресурсов применительно к травматическому стрессу. Согласно его модели, посттравматическое стрессовое расстройство развивается в результате потери или угрозы потери значимых ресурсов (физических, психологических, социальных). Хобфолл отмечал: «Люди стремятся получать, сохранять и защищать то, что они ценят. Стресс возникает, когда эти ресурсы находятся под угрозой потери или действительно теряются» [80, с. 57].

Биологическая модель посттравматического стрессового расстройства основывается на нейробиологических исследованиях травматического стресса. Деннис Чарни и его коллеги из Йельского университета заложили основы понимания нейрохимических механизмов посттравматического стрессового расстройства. Чарни писал: «посттравматическое стрессовое расстройство характеризуется дисрегуляцией нескольких нейротрансмиттерных систем, включая норадренергическую, серотонинергическую и ГАМК-ергическую системы» [82, с. 295].

Рэйчел Йехуда внесла революционный вклад в понимание нейроэндокринологии посттравматического стрессового расстройства, обнаружив парадоксально низкие уровни кортизола у пациентов с этим расстройством. Йехуда отмечала: «В отличие от других стрессовых расстройств, посттравматическое стрессовое расстройство характеризуется гипокортизолемией, что может отражать сенсibilизацию глюкокортикоидных рецепторов» [26, с. 14]. Её исследования показали, что низкий уровень кортизола может быть как фактором риска, так и следствием посттравматического стрессового расстройства.

Дуглас Бремнер сосредоточился на изучении структурных и функциональных изменений мозга при посттравматическом стрессовом

расстройстве. Его нейровизуализационные исследования выявили: «Уменьшение объема гиппокампа у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством, что может объяснять нарушения декларативной памяти и трудности в интеграции травматических воспоминаний» [10, с. 715]. Бремнер также обнаружил гиперактивацию миндалевидного тела и гипоактивацию медиальной префронтальной коры.

Скотт Расмуссен и Дэвид Чарни разработали модель сенсibilизации стресса, согласно которой повторяющееся воздействие стрессоров приводит к повышенной чувствительности нервной системы. Расмуссен утверждал: «Каждый эпизод травматического стресса снижает порог для активации стрессовых реакций, что объясняет прогрессирующий характер посттравматического стрессового расстройства» [63, с. 23].

Двухфакторная модель О. Хобарта Мауэра объясняет развитие и поддержание посттравматического стрессового расстройства через принципы классического и оперантного обусловливания. Согласно Мауэру: «Первый фактор (классическое обусловливание) объясняет, как нейтральные стимулы становятся условными раздражителями, вызывающими страх. Второй фактор (оперантное обусловливание) объясняет, как избегающее поведение закрепляется за счет снижения тревоги» [45, с. 180].

Интегративная модель была разработана Джоном Вилсоном для объединения различных теоретических подходов. Вилсон предложил экологическую модель посттравматического стрессового расстройства, которая учитывает взаимодействие между индивидуальными характеристиками, травматическим событием и социальным контекстом [95, с. 77]. Он писал: «посттравматическое стрессовое расстройство развивается в результате сложного взаимодействия преморбидных факторов уязвимости, характеристик травматического стрессора и факторов восстановления в социальной среде» [14, с. 150].

Теренс Кин разработал информационно-процессинговую модель посттравматического стрессового расстройства, которая фокусируется на



нарушениях обработки травматической информации. Кин утверждал: «посттравматическое стрессовое расстройство можно понимать как нарушение нормальных процессов кодирования, хранения и извлечения травматических воспоминаний» [30, с. 188]. Эта модель объясняет, почему травматические воспоминания часто фрагментированы и плохо интегрированы с автобиографической памятью.

Беван ван дер Колк предложил модель «травмы как болезни времени», подчеркивая, что травматические переживания нарушают нормальную временную организацию опыта. Ван дер Колк писал: «Травма останавливает время: прошлое становится настоящим, а будущее теряет смысл. Травматические воспоминания не подчиняются обычным законам памяти – они не стираются временем и не интегрируются в жизненный нарратив» [11, с. 158; 94, с. 208].

Джудит Герман разработала модель комплексного посттравматического стрессового расстройства, которая описывает последствия длительного, повторяющегося травматического воздействия. Герман выделила дополнительные симптомы: «нарушения регуляции эмоций, негативную самооценку, трудности в отношениях с другими людьми» [17, с. 211; 90, с. 71]. Она подчеркивала: «Комплексная травма разрушает основные психологические структуры личности, включая базовое доверие, автономию и инициативу» [17, с. 211].

Марилен Клойтр и её коллеги развили модель поэтапного лечения комплексного посттравматического стрессового расстройства, выделив три основные фазы: стабилизацию, переработку травматических воспоминаний и интеграцию. Клойтр отмечала: «Лечение комплексной травмы требует особого внимания к развитию навыков эмоциональной регуляции перед началом работы с травматическими воспоминаниями» [33, с. 349].

Теория поливагальности Стивена Порджеса предлагает эволюционную перспективу на травматические реакции. Порджес утверждал: «Автономная нервная система имеет три уровня реагирования: социальное взаимодействие

(вентральный вагус), мобилизацию (симпатическая система) и замирание (дорзальный вагус). Травма может приводить к дизрегуляции этих систем» [56, с. 77].

Пэт Огден разработала сенсомоторную психотерапию, основанную на понимании того, как травма воздействует на тело. Огден писала: «Травма живет в теле. Для полного исцеления необходимо работать не только с когнициями и эмоциями, но и с соматическими проявлениями травмы» [50, с. 208].

Каждая из описанных моделей вносит важный вклад в понимание посттравматического стрессового расстройства, подчеркивая различные аспекты этого сложного расстройства. Современный подход к пониманию посттравматического стрессового расстройства характеризуется интеграцией этих моделей, признанием многофакторной природы расстройства и необходимости индивидуализированного подхода к диагностике и лечению [1, с. 66].

Травматические события, способные вызвать посттравматическое стрессовое расстройство, различаются по характеру, длительности, степени угрозы и субъективному восприятию. Классически выделяют:

- катастрофы (природные, техногенные);
- вооружённые конфликты, боевые действия;
- насилие (физическое, сексуальное);
- потеря близких, тяжелые болезни [14, с. 153].

Особое место занимают боевые травмы, поскольку они часто носят кумулятивный, повторяющийся характер, сопровождаются утратой товарищей, постоянной угрозой жизни, необходимостью принимать решения в условиях моральной неопределённости [91, с. 77].

В таблице 2 представлена классификация травматических событий по степени тяжести и вероятности развития посттравматического стрессового расстройства.

Таблица 2 – Классификация травматических событий по риску развития посттравматического стрессового расстройства

Тип события	Пример	Вероятность ПТСР
Вооружённые конфликты	Участие в боевых действиях	30-50%
Природные катастрофы	Землетрясения, наводнения	10-20%
Техногенные катастрофы	Аварии, пожары	10-20%
Насилие	Изнасилование, нападение	40-60%
Потеря близких	Гибель, смерть	5-10%

Наибольший риск развития посттравматического стрессового расстройства наблюдается при участии в боевых действиях и при переживании насилия. Это объясняет особое внимание к изучению боевого посттравматического стрессового расстройства.

Посттравматическое стрессовое расстройство развивается не у всех, кто пережил травму. Существуют индивидуальные различия, обусловленные как биологическими, так и социально-психологическими факторами.

Среди основных факторов риска развития посттравматического стрессового расстройства следует выделить повторяющиеся, кумулятивные травмы, которые создают накопительный эффект психологического воздействия. Значительное влияние оказывают тяжесть и длительность травмирующего воздействия - чем интенсивнее и продолжительнее была травматическая ситуация, тем выше вероятность развития посттравматического стрессового расстройства. Важную роль играют личностные особенности человека, в частности повышенная тревожность и низкая стрессоустойчивость, которые снижают адаптивные возможности психики. Отсутствие социальной поддержки также существенно увеличивает риск развития расстройства, поскольку человек остается один на один с травматическим опытом. Кроме того, предшествующие психические расстройства создают дополнительную уязвимость психической системы к травматическим воздействиям [6, с. 71].

Факторы риска:

– повторяющиеся, кумулятивные травмы;

- тяжесть и длительность травмирующего воздействия;
- личностные особенности (тревожность, низкая стрессоустойчивость);
- отсутствие социальной поддержки;
- предшествующие психические расстройства [7, с. 188].

В то же время существуют факторы защиты, которые снижают вероятность развития посттравматического стрессового расстройства. Высокий уровень социальной поддержки со стороны семьи, друзей и коллег обеспечивает эмоциональную стабилизацию и помогает в переработке травматического опыта.

Наличие позитивных копинг-стратегий позволяет более эффективно справляться со стрессом и находить конструктивные способы решения проблем. Опыт преодоления трудностей в прошлом формирует уверенность в собственных силах и повышает стрессоустойчивость. Стабильная самооценка и вера в собственные силы создают прочную психологическую основу для преодоления травматических переживаний и восстановления после них [91, с. 75].

Факторы защиты:

- высокий уровень социальной поддержки (семья, друзья, коллеги);
- позитивные копинг-стратегии;
- опыт преодоления трудностей в прошлом;
- стабильная самооценка, вера в собственные силы [13, с. 77].

В таблице 3 представлены основные факторы риска и защиты при развитии посттравматического стрессового расстройства.

Развитие посттравматического стрессового расстройства определяется не только объективной тяжестью травмы, но и индивидуальными ресурсами, наличием поддержки, личностными особенностями.

Таблица 3 – Факторы риска и защиты при посттравматическом стрессовом расстройстве

Факторы риска	Факторы защиты
Множественные травмы	Социальная поддержка
Тяжелые физические повреждения	Позитивные копинг-стратегии
Психологическая изоляция	Опыт преодоления трудностей
Женский пол	Высокая самооценка
Предшествующие расстройства	Стабильная система ценностей

Диагностика посттравматического стрессового расстройства основывается на клиническом интервью, стандартизированных опросниках и шкалах. Наиболее распространённые инструменты:

- CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale);
- PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5);
- шкала воздействия событий (IES-R);
- шкала тяжести посттравматического стрессового расстройства (Davidson Trauma Scale) [72, с. 80].

Основные диагностические инструменты для оценки посттравматического стрессового состояния у участников боевых действий представлены в Приложении А.

Диагностические критерии включают наличие травматического события, специфических симптомов (навязчивые воспоминания, избегание, гипервозбудимость), длительность симптомов более одного месяца и выраженное нарушение социальной, профессиональной или иной значимой сферы жизни [9, с. 489].

Посттравматическое стрессовое расстройство оказывает глубокое влияние на личность, межличностные отношения, профессиональную деятельность и качество жизни. Среди наиболее частых последствий:

- хроническая тревожность, депрессия, суицидальные мысли;

- злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами;
- нарушения сна, раздражительность, вспышки гнева;
- социальная изоляция, трудности в установлении близких отношений;
- соматические расстройства (головные боли, боли в спине, желудочно-кишечные нарушения) [15, с. 201].

Посттравматическое стрессовое расстройство часто сопровождается коморбидными расстройствами – депрессией, генерализованным тревожным расстройством, паническими атаками, что усложняет диагностику и лечение [92, с. 80].

Лечение посттравматического стрессового расстройства требует комплексного, междисциплинарного подхода, включающего психотерапию, медикаментозную поддержку, социальную реабилитацию. Наиболее эффективными считаются:

- когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), включая экспозиционную терапию;
- EMDR (десенсибилизация и переработка движением глаз);
- групповая терапия и поддерживающие группы;
- медикаментозное лечение (антидепрессанты, анксиолитики);
- арт-терапия, телесно-ориентированные методы [18, с. 58].

Важным компонентом является работа с семьёй, обучение близких стратегиям поддержки, профилактика вторичной травматизации.

Таким образом, психологическая травма и посттравматическое стрессовое расстройство у участников боевых действий – это сложный, многоуровневый феномен, затрагивающий биологические, психологические и социальные аспекты личности. Современные теории подчеркивают, что посттравматическое стрессовое расстройство развивается в результате взаимодействия объективной тяжести травмы и индивидуальных ресурсов человека. Особенности боевого стресса требуют специальных подходов к диагностике, терапии и социальной поддержке, что будет подробно рассмотрено в следующих разделах работы.

## **1.2 Особенности боевого посттравматического стресса и его влияние на личность**

Боевое посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – специфическая форма психотравматического переживания, возникающая «в условиях организованного вооружённого конфликта, когда источник угрозы носит систематический и преднамеренный характер» [3, с. 180]. В отличие от других разновидностей посттравматическое стрессовое расстройство боевой вариант формируется под влиянием экстремального стресса высокой интенсивности и длительности, что «оставляет особый нейрофизиологический след и формирует иные паттерны реагирования» [73, с. 21].

Согласно современным классификациям, боевое посттравматическое стрессовое расстройство относится к тревожным расстройствам, возникающим как отсроченная или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера. Ключевой особенностью боевого стресса является то, что травматическое воздействие происходит в контексте организованного вооруженного конфликта, что накладывает отпечаток на характер психических нарушений и их последующее течение [54, с. 309].

Распространенность боевого стресса среди военнослужащих варьируется в зависимости от интенсивности боевых действий, их продолжительности и характера выполняемых задач.

По оценке Д. Оуина, «частота боевого стресса колеблется от 5% до 30% и прямо пропорциональна интенсивности огневого воздействия» [88, с. 5]. Наиболее высокие показатели отмечаются среди военнослужащих, непосредственно участвовавших в активных боевых действиях. Российские данные сопоставимы: Г.И. Корчагина указывает, что «у каждого четвертого участника активных боевых действий спустя год выявляются диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства» [36, с. 33].

Этиология боевого стресса носит мультифакторный характер и включает в себя взаимодействие предрасполагающих, провоцирующих и поддерживающих факторов. К предрасполагающим факторам относятся индивидуальные психологические особенности личности, наследственная предрасположенность к тревожным расстройствам, предшествующий травматический опыт и особенности раннего развития.

Провоцирующие факторы в случае боевого стресса имеют специфический характер и включают в себя:

Непосредственное участие в боевых действиях, включающее ведение огня по противнику, нахождение под обстрелом, участие в штурмовых операциях. Интенсивность и продолжительность боевого стресса прямо коррелируют с риском развития посттравматического стрессового расстройства [83, с. 45].

Свидетельство гибели или ранения товарищей является одним из наиболее травматогенных факторов. Особенно тяжело переносится гибель близких друзей или подчиненных, за жизнь которых военнослужащий чувствует ответственность [42, с. 30].

Моральные дилеммы и этические конфликты, возникающие в ходе военных действий, могут стать источником глубокой психологической травмы. Необходимость принимать решения о жизни и смерти, участие в действиях, противоречащих моральным принципам мирного времени, создают внутренний конфликт и чувство вины.

Угроза собственной жизни и переживание беспомощности в ситуациях смертельной опасности формируют стойкое ощущение уязвимости и нарушают базовое чувство безопасности [67, с. 32].

Поддерживающие факторы включают в себя отсутствие адекватной социальной поддержки после возвращения из зоны боевых действий, стигматизацию психических расстройств в военной среде, трудности адаптации к мирной жизни и вторичную травматизацию при необходимости неоднократно рассказывать о травматических событиях [36, с. 70].



Клиническая картина боевого стресса характеризуется классической триадой симптомов: навязчивым воспроизведением травматических событий, избеганием стимулов, связанных с травмой, и симптомами повышенной возбудимости. Однако боевое посттравматическое стрессовое расстройство имеет ряд специфических особенностей, отличающих его от других форм посттравматических расстройств.

Навязчивые воспоминания о боевых действиях отличаются особой яркостью и детализированностью. Пациенты описывают не только визуальные образы, но и отчетливо помнят звуки выстрелов, взрывов, крики раненых, запахи пороха и крови. Эти сенсорные воспоминания могут возникать спонтанно при воздействии даже незначительных триггеров.

Кошмарные сновидения при боевом стрессе часто носят реалистичный характер и могут представлять собой точное воспроизведение реальных событий или их измененные вариации. Характерной особенностью является то, что в снах пациент часто пытается спасти погибших товарищей или предотвратить трагические события [40, с. 253].

Флэшбеки при боевом стрессе могут сопровождаться диссоциативными явлениями, когда человек полностью погружается в травматическое воспоминание и теряет связь с реальностью. В таких состояниях возможно неадекватное поведение, представляющее опасность для самого пациента и окружающих.

Избегание при боевом стрессе может проявляться в отказе от просмотра военных фильмов, чтения новостей о военных конфликтах, участия в торжественных мероприятиях, связанных с воинской службой. Многие пациенты избегают больших скоплений людей, открытых пространств или, наоборот, замкнутых помещений, в зависимости от характера травматического опыта [35, с. 70].

Эмоциональное оупение проявляется в снижении способности испытывать положительные эмоции, ощущении отчужденности от близких

людей, утрате интереса к прежним увлечениям. Пациенты часто описывают чувство «внутренней пустоты» и неспособность радоваться жизни.

Повышенная бдительность при боевом стрессе часто проявляется в постоянном сканировании окружающей обстановки на предмет потенциальной угрозы. Пациенты предпочитают сидеть спиной к стене, контролировать входы и выходы, избегают мест с ограниченными возможностями для отступления.

Преувеличенная реакция испуга может проявляться в неадекватно сильной реакции на громкие звуки, особенно напоминающие взрывы или выстрелы. Звук стартующего автомобиля, хлопок двери, фейерверк могут вызывать мгновенную реакцию испуга с соответствующими физиологическими проявлениями.

Нарушения сна включают в себя трудности засыпания, поверхностный сон, частые пробуждения. Многие пациенты сообщают о том, что спят в одежде, держат оружие рядом с кроватью или проверяют замки несколько раз за ночь.

Боевое стрессовое расстройство оказывает глубокое и многогранное воздействие на личность, затрагивая практически все аспекты психического функционирования. Изменения личности при боевом стрессе носят как количественный, так и качественный характер, затрагивая когнитивную, эмоциональную и поведенческую сферы [30, с. 6].

На когнитивном уровне боевое стрессовое расстройство приводит к формированию специфических дисфункциональных убеждений и когнитивных схем. Центральной темой становится изменение представлений о безопасности мира и собственной уязвимости. Пациенты развивают убеждение о том, что мир является крайне опасным местом, где угроза может исходить от любого человека или ситуации.

Формируется негативное представление о собственной компетентности и способности контролировать события. Даже военнослужащие, успешно

выполнившие боевые задачи, могут испытывать чувство беспомощности и неспособности защитить себя и близких в мирной обстановке.

Нарушается временная перспектива, характерной становится концентрация на настоящем моменте при затруднениях в планировании будущего. Многие пациенты сообщают о ощущении «суженного будущего», неспособности представить себя через несколько лет или сомнениях в том, что они вообще доживут до старости.

Развиваются специфические когнитивные искажения, такие как чрезмерная персонализация ответственности за негативные события, дихотомическое мышление, катастрофизация. Характерным является феномен «вины выжившего», когда человек винит себя в том, что остался жив, в то время как его товарищи погибли.

Эмоциональная сфера при боевом стрессе претерпевает значительные изменения, затрагивающие как способность к эмоциональному реагированию, так и регуляцию эмоций. Наиболее характерным является развитие эмоциональной дисрегуляции, проявляющейся в неспособности контролировать интенсивность и продолжительность эмоциональных реакций.

Формируется хроническое состояние гипервозбуждения, характеризующееся повышенной тревожностью, раздражительностью, вспышками гнева. Пациенты часто описывают состояние постоянного внутреннего напряжения, готовности к «бою или бегству», неспособности расслабиться даже в безопасной обстановке.

Одновременно развивается эмоциональное притупление, особенно в отношении положительных эмоций. Снижается способность испытывать радость, удовольствие, любовь, интерес. Этот феномен получил название ангедонии и является одним из наиболее устойчивых симптомов боевого стресса.

Характерным является развитие алекситимии - затруднений в идентификации и вербализации собственных эмоций. Пациенты часто не

могут точно описать, что они чувствуют, заменяя эмоциональные описания соматическими жалобами.

На поведенческом уровне боевое стрессовое расстройство проявляется в формировании дезадаптивных поведенческих паттернов, направленных на избегание потенциальной угрозы или совладание с травматическими воспоминаниями.

Развивается социальная изоляция, обусловленная как избегающим поведением, так и ощущением отчужденности от гражданского населения. Пациенты часто сообщают о том, что чувствуют себя непонятыми окружающими, которые не могут понять специфику военного опыта.

Формируются компульсивные формы поведения, направленные на контроль окружающей среды. Это может проявляться в навязчивой проверке замков, многократном обходе территории перед сном, создании запасов продуктов и воды, поддержании оружия в боевой готовности.

Характерным является избегание ситуаций, напоминающих о травматическом опыте, что может значительно ограничивать социальную и профессиональную активность. Некоторые пациенты избегают праздничных салютов, массовых мероприятий, не могут пользоваться общественным транспортом или посещать многолюдные места.

Боевое посттравматическое стрессовое расстройство оказывает значительное воздействие на способность к формированию и поддержанию межличностных отношений. Травматический опыт приводит к нарушению базового доверия к людям и миру, что затрудняет установление близких отношений.

В семейных отношениях часто развиваются проблемы, связанные с эмоциональной недоступностью пациента, его раздражительностью и непредсказуемостью поведения. Супруги и дети часто не понимают происходящих изменений и испытывают фрустрацию от невозможности помочь.

Характерным является феномен «эмоциональной анестезии» в отношениях с близкими людьми. Пациенты сообщают о неспособности испытывать прежние чувства к супругу или детям, что вызывает у них чувство вины и еще больше усугубляет эмоциональные проблемы [32, с. 41].

В профессиональной сфере могут возникать трудности, связанные с концентрацией внимания, принятием решений, работой в команде. Многие пациенты испытывают трудности в адаптации к гражданской профессиональной деятельности, особенно если она кардинально отличается от военной службы.

Боевое посттравматическое стрессовое расстройство часто сопровождается различными соматическими симптомами, которые могут доминировать в клинической картине и маскировать основное расстройство. Наиболее частыми являются головные боли напряжения, боли в спине и шее, желудочно-кишечные расстройства, сердечно-сосудистые нарушения.

Характерными являются психосоматические реакции на стрессовые ситуации, проявляющиеся в виде панических атак, приступов тахикардии, повышения артериального давления, потливости, тремора. Эти симптомы могут возникать как в ответ на явные триггеры, так и спонтанно.

Нарушения сна при боевом посттравматическом стрессовом расстройстве носят комплексный характер и включают в себя не только трудности засыпания и кошмары, но и нарушения архитектуры сна, что приводит к хронической усталости и снижению когнитивных функций.

Боевое посттравматическое стрессовое расстройство часто сочетается с другими психическими расстройствами, что значительно усложняет клиническую картину и требует комплексного подхода к лечению. Наиболее частой коморбидной патологией является депрессивный эпизод, развивающийся у 50-70% пациентов с боевым посттравматическим стрессовым расстройством.

Злоупотребление психоактивными веществами является серьезной проблемой, особенно среди военнослужащих с боевым стрессом. Алкоголь и

наркотики часто используются как средство самолечения для облегчения симптомов тревоги, бессонницы и эмоциональной боли.

Тревожные расстройства, включая генерализованное тревожное расстройство, социальную фобию и паническое расстройство, также часто сопутствуют боевому стрессу и могут значительно ухудшать качество жизни пациентов.

Боевое посттравматическое стрессовое расстройство может оказывать долгосрочное воздействие на личность и социальное функционирование. Без адекватного лечения симптомы могут сохраняться десятилетиями, приводя к хронической дезадаптации и инвалидизации.

Особенно важным является влияние боевого посттравматического стрессового расстройства на формирование идентичности у молодых военнослужащих, для которых участие в боевых действиях становится ключевым жизненным опытом. Травматический опыт может стать центральным элементом самовосприятия, что затрудняет адаптацию к мирной жизни.

Вместе с тем, при своевременном и адекватном лечении прогноз боевого посттравматического стрессового расстройства может быть благоприятным. Многие пациенты способны достичь значительного улучшения состояния и восстановить способность к полноценному функционированию в различных сферах жизни.

Важным фактором прогноза является социальная поддержка, особенно понимание и поддержка со стороны семьи, друзей и общества в целом. Наличие смысла в травматическом опыте, возможность интегрировать его в общую картину жизни также способствует более благоприятному исходу.

Таким образом, боевое посттравматическое стрессовое расстройство представляет собой сложное, многогранное расстройство, оказывающее глубокое воздействие на все аспекты личности и функционирования человека. Понимание специфических особенностей данного расстройства является необходимым условием для разработки эффективных методов диагностики,

лечения и реабилитации военнослужащих, пострадавших в результате участия в боевых действиях.

### **1.3 Семейная система в условиях боевой травмы**

Боевой опыт, несмотря на государственную и общественную поддержку военнослужащих, по-прежнему остается одним из самых сильных стрессоров, влияющих не только на самого участника военных действий, но и на близкое окружение. Уже в 1970-е годы Ч. Фигли подчеркивал, что «психологические раны войны заживают медленнее физических и нередко распространяются на все уровни семейной жизни» [75, с. 61]. Российские исследователи (В.Г. Борко, О.Г. Макарова, М.В. Краснова) также показывают, что возвращение в мирную среду ставит семью перед необходимостью перестраивать привычные модели общения и ролей [38, с. 41]. В фокусе данного подраздела – рассмотрение семьи как динамической системы, реагирующей на боевую травму одного из своих членов.

Концептуальные основы анализа семьи как целостного образования заложил М. Боуэн, определив семью «эмоциональным полем, в котором изменение одной части мгновенно отражается на всех остальных». С. Минухин развил идею, отметив, что устойчивость семейной структуры зависит от способности гибко менять границы между подсистемами. Именно поэтому боевая травма, затрагивая когнитивно-эмоциональную сферу ветерана, неизбежно трансформирует границы, роли и правила взаимодействия.

Таблица 4 иллюстрирует, как основные параметры семейной системы реагируют на травмирующее событие.

Таблица 4 – Реакция семейной системы на травмирующее событие

Системный параметр	Состояние до травмы	Возможные изменения после травмы
Эмоциональные связи	Сбалансированные, подкрепляемые совместной деятельностью	Усиление эмоциональной дистанции, вспышки гнева, отчуждение
Иерархия и роли	Четкое распределение обязанностей	Рольевые инверсии, гиперответственность партнера ветерана
Границы	Гибкие внутрисемейные, полупроницаемые внешние	Ригидность или размытость границ, изоляция семьи
Коммуникации	Открытый обмен чувствами	Избегание тем, связанных с войной; «громкое молчание»

Американская психиатрическая ассоциация относит посттравматическое стрессовое расстройство к тяжелым хроническим состояниям, включающим навязчивые воспоминания, гипервозбуждение и эмоциональное онемение. В семейном контексте симптомы посттравматического стрессового расстройства проявляются снижением эмпатии, нарушением контроля гнева, ночными кошмарами, что делает совместную жизнь непредсказуемой. К. Декель и К. Монсон показывают, что «супружеская удовлетворенность ветеранов с высоким уровнем симптоматики посттравматического стрессового расстройства падает в среднем на 30-40% по сравнению с контрольной группой» [88, с. 287].

Понятие «вторичная травматизация» ввел Ч. Фигли, описывая феномен, когда родственники переживают симптомы, сходные с посттравматическим стрессовым расстройством, несмотря на отсутствие прямого воздействия боевых событий. Е. Галовски и Л. Лайонс обнаружили, что уровень тревожности супругов ветеранов коррелирует с интенсивностью «флэшбеков» у их партнеров ( $r = 0,53$ ;  $p < 0,01$ ) [62, с. 20].

П. Босс ввела термин «ambiguous loss» – «неоднозначная потеря», когда член семьи физически присутствует, но психологически недоступен [88].



Состояние эмоционального отстранения ветерана воспринимается близкими как утрата прежнего человека, вызывая хроническое горе и трудности с реорганизацией семейных ролей.

Рассмотрим функционирование ключевых подсистем.

Супружеская подсистема.

Исследования М. Мердена свидетельствуют: «у пар, в которых один из партнеров имеет боевую травму, коэффициент разводов в первые три года после демобилизации возрастает в 1,7 раза» [88, с. 299]. Причины кроются в несовпадении ожиданий, эмоциональной нестабильности и финансовых трудностях. При этом О.Г. Макарова подчеркивает, что наличие общих ценностей и дух сопричастности («мы-компонент») повышают шансы сохранить отношения.

Родительская подсистема.

Нарушение сна и раздражительность ветерана снижают качество общения с детьми, возрастает риск жестких дисциплинарных практик. По данным С. Джордан, «дети военнослужащих с посттравматическим стрессовым расстройством в два раза чаще демонстрируют поведенческие расстройства» [88, с. 311]. Отдаление одного из родителей приводит к увеличению нагрузки на другого, что порождает «синдром эмоционального выгорания» у супругов (Т. МакГрат).

Детская подсистема.

Дети реагируют на изменения в семье снижением учебной успеваемости, тревожно-депрессивной симптоматикой и соматическими жалобами. В.В. Зайцев отмечает особенности «детской лояльности», когда ребенок берет на себя роль «миротворца» между взрослыми, что ведет к преждевременной психической взрослости [24, с. 51].

К. Уолш считает, что «семейная устойчивость – это не отсутствие стресса, а способность вместе его перерабатывать» [88, с. 221]. В условиях боевой травмы ключевыми ресурсами становятся:

Эмоциональная открытость – готовность говорить о переживаниях без стыда (П Осборн).

Функциональная гибкость – умение временно перераспределять роли (Р. МакКьюбин).

Социальная поддержка – участие расширенной семьи и ветеранских сообществ (С. Хобфол).

Семейная ритуализация – совместные традиции, сохраняющие ощущение нормальности (Д. Рейтман) [60, с. 15].

Таблица 5 демонстрирует взаимосвязь ресурсов и позитивных исходов.

Таблица 5 – Взаимосвязь ресурсов и позитивных исходов

Ресурс	Механизм действия	Позитивный исход
Эмоциональная открытость	Снижение изоляции, рост эмпатии	Улучшение супружеской удовлетворенности
Функциональная гибкость	Адаптация ролей к новым требованиям	Сокращение родительского стресса
Социальная поддержка	Дополнительные материальные/психологические ресурсы	Снижение уровня депрессии у членов семьи
Ритуалы и традиции	Создание «островков предсказуемости»	Повышение семейного сплочения

Семья ветерана – это живая система, на которую боевая травма действует как мощный дестабилизирующий фактор, меняющий коммуникации, роли и эмоциональный климат. Наряду с прямыми последствиями (симптоматика ПТСР) наблюдаются вторичные эффекты: психологическое «отсутствие» ветерана, травматизация супругов и детей, нарушение ролевого баланса [34, с. 6; 66, с. 33].

Однако системный подход демонстрирует и другой аспект: наличие внутренних ресурсов (гибкость, открытость, ритуалы) и внешних поддержек (социальные сети, специализированные программы) позволяет семье не

только противостоять кризису, но и встраивать травматический опыт в позитивную семейную историю. Как справедливо отмечает К. Уолш: «Страдание само по себе не формирует устойчивость; трансформацию обеспечивает семейная совместность в преодолении» [49, с. 56; 88, с. 222].

Включение комплексных интервенций – от когнитивно-поведенческих до нарративных и образовательных – повышает шансы на восстановление семейного равновесия. В перспективе необходима междисциплинарная модель сопровождения, сочетающая медицинские, психологические и социальные компоненты, что соответствует рекомендациям ВОЗ 2022 года по поддержке семей ветеранов [47, с. 70].

Таким образом, понимание семьи как системы открывает новые возможности для адресной помощи и профилактики вторичных травм, а также подчеркивает, что эффективное восстановление после боевой травмы возможно только при учете потребностей всех членов семейного окружения.

#### **1.4 Современные теоретические подходы к психотерапии посттравматического стресса**

Современная психотерапия посттравматического стрессового расстройства представляет собой динамично развивающуюся область клинической психологии, которая интегрирует достижения нейронаук, когнитивной психологии и практической психотерапии. За последние десятилетия сформировался комплексный подход к лечению посттравматического стрессового расстройства, основанный на понимании нейробиологических механизмов травматического стресса и разработке эффективных методов коррекции посттравматических симптомов.

Современные подходы к психотерапии посттравматического стрессового расстройства характеризуются несколькими ключевыми особенностями. Во-первых, они основаны на доказательной базе и прошли строгую научную проверку в рандомизированных контролируемых

исследованиях. Во-вторых, эти методы учитывают сложную природу травматических воспоминаний и их влияние на различные аспекты функционирования человека. В-третьих, современная психотерапия посттравматического стрессового расстройства носит интегративный характер, сочетая различные теоретические подходы и практические техники.

Основные направления современной психотерапии посттравматического стрессового расстройства включают:

- когнитивно-поведенческую терапию;
- терапию десенсибилизации и переработки движениями глаз (EMDR);
- экспозиционную терапию;
- соматическая терапия;
- сенсомоторная психотерапия;
- терапия соматических переживаний;
- различные интегративные и инновационные подходы [12, с. 56].

Каждый из этих методов имеет свои особенности, показания и ограничения, что требует дифференцированного подхода к выбору терапевтической стратегии. Рассмотрим подробнее каждый метод.

Когнитивно-поведенческая терапия посттравматического стрессового расстройства.

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) представляет собой один из наиболее изученных и эффективных подходов к лечению посттравматического стрессового расстройства. Теоретической основой КПТ служит понимание того, что посттравматические симптомы возникают и поддерживаются дисфункциональными мыслями, эмоциональными реакциями и поведенческими паттернами, связанными с травматическим опытом [2, с. 13].

Центральным элементом когнитивной модели посттравматического стрессового расстройства является концепция нарушенной переработки травматической информации. Травматические события создают специфические когнитивные схемы, которые искажают восприятие

реальности и поддерживают состояние постоянной угрозы. Эти схемы включают негативные убеждения о себе, мире и будущем, которые генерализуются далеко за пределы травматической ситуации [36, с. 58].

Поведенческий компонент модели подчеркивает роль избегающего поведения в поддержании симптомов посттравматического стрессового расстройства. Человек с посттравматическим стрессовым расстройством стремится избегать мест, людей, ситуаций и даже мыслей, которые напоминают о травматическом событии. Хотя такое избегание временно снижает дистресс, оно препятствует естественной переработке травматических воспоминаний и способствует хронификации расстройства.

Современная когнитивно-поведенческая терапия посттравматического стрессового расстройства включает несколько ключевых компонентов, которые реализуются в определенной последовательности. Первый этап терапии посвящен психообразованию и установлению терапевтического альянса. Пациент получает информацию о природе посттравматического стрессового расстройства, нормальных реакциях на травму и механизмах развития посттравматических симптомов [69, с. 61].

Второй компонент включает обучение навыкам саморегуляции и управления симптомами. Пациенты осваивают техники релаксации, дыхательные упражнения, методы заземления и другие стратегии совладания с острыми симптомами тревоги и диссоциации. Эти навыки создают основу для безопасного проведения более интенсивных терапевтических интервенций [16].

Третий этап представляет собой когнитивную реструктуризацию, направленную на выявление и модификацию дисфункциональных мыслей и убеждений, связанных с травматическим опытом. Терапевт помогает пациенту идентифицировать автоматические мысли, возникающие в ответ на триггеры, и оценить их реалистичность и полезность.

Четвертый компонент включает экспозиционные техники, которые предполагают градуальное и контролируемое воздействие стимулов,

ассоциированных с травмой. Это может включать воображаемую экспозицию травматическим воспоминаниям или экспозицию *in vivo* к безопасным ситуациям, которых пациент избегает [43, с. 214].

Несколько специализированных протоколов КПТ показали высокую эффективность в лечении посттравматического стрессового расстройства. Протокол когнитивной переработки (Cognitive Processing Therapy, CPT) фокусируется на модификации проблемных когниций, связанных с травматическим событием. Особое внимание уделяется работе с темами безопасности, доверия, власти, контроля, самооценки и близости [64, с. 75].

Пролонгированная экспозиционная терапия (Prolonged Exposure Therapy, PE) представляет собой структурированный подход, который включает воображаемую экспозицию травматическим воспоминаниям и экспозицию *in vivo* к избегаемым ситуациям. Этот метод основан на принципах эмоциональной переработки и способствует снижению тревожности, связанной с травматическими воспоминаниями.

Когнитивная терапия, ориентированная на травму (Trauma-Focused CBT), интегрирует когнитивные и поведенческие техники в единый терапевтический подход. Этот метод особенно эффективен для работы с детьми и подростками, пережившими травматические события.

#### EMDR-терапия.

Терапия десенсибилизации и переработки движениями глаз (EMDR) представляет собой интегративный психотерапевтический подход, разработанный Френсин Шапиро в конце 1980-х годов. Теоретической основой EMDR служит модель адаптивной переработки информации, которая предполагает, что психологическое здоровье зависит от способности нервной системы эффективно перерабатывать травматические воспоминания.

Согласно этой модели, травматические события могут нарушать естественные процессы переработки информации, что приводит к дисфункциональному хранению травматических воспоминаний. Эти воспоминания остаются в активном состоянии и продолжают вызывать

дистресс, когда активируются внутренними или внешними триггерами [22, с. 73].

Механизм действия EMDR связан с билатеральной стимуляцией, которая чаще всего осуществляется через движения глаз, следующие за пальцем терапевта. Предполагается, что такая стимуляция активирует естественные процессы переработки информации и способствует интеграции травматических воспоминаний в общую память.

EMDR-терапия включает восемь стандартных фаз, каждая из которых имеет специфические цели и задачи. Первая фаза посвящена сбору анамнеза и планированию лечения. Терапевт оценивает готовность пациента к EMDR, выявляет травматические воспоминания для переработки и разрабатывает план терапии [17, с. 246].

Вторая фаза включает подготовку пациента к переработке травматических воспоминаний. Пациент обучается техникам самоуспокоения и стабилизации, которые будут использоваться во время и после сессий переработки. Особое внимание уделяется установлению безопасного пространства в воображении.

Третья фаза представляет собой оценку конкретного травматического воспоминания. Пациент идентифицирует целевое воспоминание, связанные с ним образы, эмоции, телесные ощущения и негативные убеждения о себе. Также определяется желаемое позитивное убеждение, которое пациент хотел бы иметь о себе в связи с этим воспоминанием.

Четвертая фаза включает десенсибилизацию, во время которой пациент фокусируется на травматическом воспоминании, одновременно следя глазами за движениями пальца терапевта. Этот процесс продолжается до тех пор, пока дистресс, связанный с воспоминанием, не снизится до минимального уровня.

Пятая фаза представляет собой инсталляцию позитивного убеждения. Пациент фокусируется на желаемом позитивном убеждении о себе в связи с травматическим событием, одновременно выполняя движения глаз. Цель этой фазы - укрепить позитивное самовосприятие [23, с. 300].

Шестая фаза включает сканирование тела для выявления остаточных телесных ощущений, связанных с травматическим воспоминанием. Если такие ощущения обнаруживаются, они прорабатываются с помощью дополнительных подходов билатеральной стимуляции.

Седьмая фаза представляет собой завершение сессии и включает техники стабилизации и возвращения к спокойному состоянию. Пациент получает инструкции по самопомощи между сессиями.

Восьмая фаза включает переоценку на следующей сессии. Терапевт проверяет, остается ли переработанное воспоминание нейтральным, и оценивает общий прогресс терапии [17, с. 248].

Современные модификации EMDR включают различные формы билатеральной стимуляции, такие как тактильная стимуляция с помощью вибрирующих устройств или аудиальная стимуляция через наушники. Эти модификации позволяют адаптировать метод к различным категориям пациентов и клиническим условиям [51, с. 80].

Групповая EMDR-терапия представляет собой адаптацию метода для работы с группами пациентов, что особенно актуально в условиях массовых травматических событий. Этот подход сочетает преимущества групповой поддержки с эффективностью EMDR-переработки.

#### Экспозиционная терапия

Экспозиционная терапия основана на принципах теории обучения и эмоциональной переработки. Центральным элементом этого подхода является понимание того, что избегание травматических воспоминаний и связанных с ними стимулов препятствует естественному процессу угасания тревожности и поддерживает симптомы посттравматического стрессового расстройства [53, с. 99].

Теория эмоциональной переработки, разработанная Майклом Фoa и его коллегами, предполагает, что травматические воспоминания хранятся в памяти в виде патологических сетей страха, которые включают информацию



о стимулах, реакциях и их значениях. Эти сети легко активируются и вызывают интенсивные эмоциональные реакции [77, с. 750].

Экспозиционная терапия направлена на модификацию этих патологических сетей памяти через контролируемое и повторяющееся воздействие травматических стимулов в безопасном терапевтическом контексте. Это способствует формированию новых, более адаптивных ассоциаций и снижению интенсивности эмоциональных реакций.

Воображаемая экспозиция представляет собой основную форму экспозиционной терапии при посттравматическом стрессовом расстройстве. Пациент подробно воспроизводит травматическое событие в воображении, описывая его в настоящем времени и включая сенсорные детали, мысли и эмоции. Сессии воображаемой экспозиции записываются на аудионоситель, и пациент прослушивает запись дома между сессиями [25, с. 69].

Экспозиция *in vivo* включает постепенное воздействие реальных ситуаций, мест или объектов, которые пациент избегает из-за их связи с травматическим событием. Эта форма экспозиции проводится в иерархическом порядке, начиная с менее угрожающих стимулов и постепенно переходя к более интенсивным.

Интероцептивная экспозиция направлена на работу с избеганием телесных ощущений, которые напоминают о травматическом событии. Пациент учится переносить физические ощущения тревоги, такие как учащенное сердцебиение или затрудненное дыхание, без катастрофических интерпретаций.

Пролонгированная экспозиционная терапия (PE) представляет собой структурированный протокол, который включает 9-15 сессий продолжительностью 90 минут каждая. Каждая сессия включает краткое обсуждение домашних заданий, 45-60 минут воображаемой экспозиции, последующее обсуждение и планирование экспозиции *in vivo*.

Когнитивная экспозиционная терапия интегрирует экспозиционные техники с когнитивными интервенциями. Этот подход особенно эффективен

для пациентов, у которых доминируют когнитивные симптомы посттравматического стрессового расстройства, такие как навязчивые мысли и негативные убеждения [27, с. 45].

Нарративная экспозиционная терапия (NET) представляет собой модификацию экспозиционной терапии, разработанную для работы с жертвами множественных травм. Этот подход включает создание хронологического жизненного нарратива, который интегрирует как травматические, так и позитивные воспоминания [72, с. 89].

#### Соматические подходы.

Соматические подходы к лечению посттравматического стрессового расстройства основаны на понимании того, что травматический опыт не только психологически, но и телесно воплощен в человеке. Эти методы исходят из предположения, что тело хранит информацию о травматических событиях и что работа с телесными ощущениями может способствовать исцелению от травмы.

Центральным элементом соматических подходов является концепция нейрорегуляции, которая описывает способность нервной системы поддерживать состояние спокойного возбуждения. Травматические события могут нарушить эту способность, приводя к хронической гиперактивации или гипоактивации автономной нервной системы [31, с. 301].

Поливагальная теория Стивена Порджеса предоставляет нейрофизиологическую основу для понимания соматических проявлений травмы. Эта теория описывает иерархическую организацию автономной нервной системы и объясняет, как различные состояния активации влияют на поведение и эмоциональное регулирование [56, с. 103].

#### Сенсомоторная психотерапия

Сенсомоторная психотерапия, разработанная Пэт Огден, представляет собой интегративный подход, который сочетает психодинамическую, когнитивную и соматическую работу. Этот метод фокусируется на

наблюдении и модификации телесных паттернов, связанных с травматическим опытом [50, с. 166].

Основные принципы сенсомоторной психотерапии включают отслеживание телесных ощущений, движений и поз, которые возникают при воспоминании о травматическом событии. Терапевт помогает пациенту развить осознанность телесных реакций и обучает техникам саморегуляции.

Важным элементом сенсомоторной терапии является работа с неполными защитными реакциями. Предполагается, что во время травматического события естественные защитные реакции (борьба, бегство, замирание) могут быть прерваны или подавлены. Терапия направлена на завершение этих реакций в безопасном терапевтическом контексте.

Терапия соматических переживаний.

Терапия соматических переживаний (SE), разработанная Питером Левиным, основана на наблюдении за тем, как животные в природе восстанавливаются после угрожающих ситуаций. Этот подход предполагает, что человеческая нервная система обладает врожденной способностью к исцелению от травм.

Основные принципы SE включают наблюдение за естественными ритмами активации и деактивации нервной системы, поддержку процессов саморегуляции и работу с ресурсами пациента. Терапевт помогает пациенту развить толерантность к интенсивным телесным ощущениям и научиться использовать внутренние ресурсы для саморегуляции [43, с. 288].

Важным элементом SE является понятие «маятникового движения» между состояниями активации и покоя. Терапевт направляет внимание пациента на эти естественные колебания, способствуя постепенному расширению толерантности к различным состояниям возбуждения.

Интегративные и инновационные подходы

Диалектическая поведенческая терапия

Диалектическая поведенческая терапия (DBT), разработанная Маршей Лайнехан, изначально предназначалась для лечения пограничного

расстройства личности, но впоследствии была адаптирована для работы с посттравматическим стрессовым расстройством. Этот подход особенно эффективен для пациентов с комплексной травмой и трудностями эмоциональной регуляции.

DBT включает четыре основных модуля навыков: осознанность, толерантность к дистрессу, эмоциональная регуляция и межличностная эффективность. Эти навыки помогают пациентам справляться с интенсивными эмоциональными состояниями и импульсивным поведением, характерным для посттравматического стрессового расстройства.

Особенностью DBT является диалектический подход, который помогает пациентам принимать противоречивые аспекты своего опыта. Это особенно важно для пациентов с травмой, которые часто сталкиваются с амбивалентными чувствами по отношению к травматическому событию.

Терапия принятия и ответственности.

Терапия принятия и ответственности (АСТ) представляет собой подход третьей волны когнитивно-поведенческой терапии, который фокусируется на принятии неприятных внутренних переживаний и действиях в соответствии с личными ценностями. Этот подход показал эффективность в лечении посттравматического стрессового расстройства, особенно в сочетании с другими методами.

Основные принципы АСТ включают психологическую гибкость, которая определяется как способность оставаться в контакте с настоящим моментом и действовать в соответствии с ценностями, даже при наличии трудных мыслей и эмоций. Этот подход помогает пациентам с посттравматическим стрессовым расстройством развить более гибкое отношение к травматическим воспоминаниям.

АСТ включает различные техники, такие как когнитивная дефузия (создание дистанции от мыслей), принятие (открытость к неприятным переживаниям) и ценностно-ориентированные действия. Эти техники

помогают пациентам строить осмысленную жизнь, несмотря на наличие травматических воспоминаний.

Нейрофидбек и биологическая обратная связь.

Нейрофидбек представляет собой инновационный подход к лечению посттравматического стрессового расстройства, основанный на принципах нейропластичности и способности мозга к самоорганизации. Этот метод использует технологии ЭЭГ для предоставления пациенту обратной связи о состоянии его мозговой активности в реальном времени.

Теоретической основой нейрофидбека является понимание того, что посттравматическое стрессовое расстройство связано с дисрегуляцией определенных мозговых сетей, особенно тех, которые отвечают за эмоциональную регуляцию и исполнительное функционирование. Нейрофидбек направлен на нормализацию этих паттернов активности [40, с. 280].

Различные протоколы нейрофидбека фокусируются на разных аспектах мозговой активности, таких как альфа-тета тренинг для работы с травматическими воспоминаниями, SMR (сенсомоторный ритм) тренинг для улучшения эмоциональной регуляции, и протоколы связности для улучшения интеграции между различными областями мозга [4, с. 56].

Виртуальная реальность в лечении посттравматического стрессового расстройства

Технологии виртуальной реальности (VR) представляют собой новое направление в лечении посттравматического стрессового расстройства, которое позволяет создавать контролируемые и безопасные среды для экспозиционной терапии. VR-терапия особенно эффективна для лечения посттравматического стрессового расстройства, связанного с боевыми действиями и автомобильными авариями.

Преимущества VR-терапии включают возможность точного контроля над терапевтическим воздействием, создание стандартизированных условий для экспозиции и повышение мотивации пациентов за счет интерактивности и

новизны метода. VR-системы могут включать различные сенсорные модальности, такие как визуальные, аудиальные и тактильные стимулы.

Современные VR-протоколы для лечения посттравматического стрессового расстройства включают постепенную экспозицию к травматическим стимулам в виртуальной среде, обучение техникам релаксации и копинга, а также интеграцию с другими терапевтическими подходами. Исследования показывают, что VR-терапия может быть так же эффективна, как традиционные методы экспозиционной терапии.

Таким образом, современные подходы к психотерапии посттравматического стрессового расстройства представляют собой разнообразный и постоянно развивающийся арсенал методов, каждый из которых имеет свои уникальные преимущества и области применения. Когнитивно-поведенческая терапия остается золотым стандартом лечения благодаря своей доказанной эффективности и структурированности. EMDR-терапия предлагает уникальный подход к переработке травматических воспоминаний через билатеральную стимуляцию. Соматические методы расширяют понимание травмы, включая телесные аспекты исцеления.

Интегративные подходы, такие как DBT и АСТ, предоставляют дополнительные инструменты для работы с сложными случаями посттравматического стрессового расстройства. Инновационные технологии, включая нейрофидбек и виртуальную реальность, открывают новые возможности для персонализированного лечения. Важно отметить, что эффективность психотерапии посттравматического стрессового расстройства зависит не только от выбранного метода, но и от качества терапевтических отношений, индивидуальных особенностей пациента и адекватности подбора терапевтического подхода.

Будущее психотерапии посттравматического стрессового расстройства связано с дальнейшей интеграцией различных подходов, развитием персонализированных методов лечения на основе нейробиологических маркеров и расширением доступности эффективных терапевтических

интервенций. Продолжающиеся исследования в области нейронаук и психологии травмы будут способствовать созданию еще более эффективных и целенаправленных методов лечения посттравматического стрессового расстройства.

### **1.5 Анализ современного состояния системы психологической помощи участникам боевых действий в Российской Федерации и в Санкт-Петербурге**

Система психологической помощи участникам боевых действий в Российской Федерации переживает период интенсивного развития и трансформации. События, связанные с проведением специальной военной операции, значительно актуализировали вопросы оказания качественной психологической поддержки военнослужащим и их семьям. До недавнего времени, как отмечает министр здравоохранения Михаил Мурашко, «система здравоохранения не имела развитой системы психологической помощи» [48, с. 3]. Однако после начала специальной военной операции произошла кардинальная трансформация подходов к организации психологической поддержки участников боевых действий.

Современная система психологической помощи в России характеризуется масштабностью охвата и многоуровневой организацией. Для тысяч защитников Отечества и их близких, чья жизнь разделилась на «до» и «после» февраля 2022 года, создана масштабная система психологической помощи, координируемая государством, фондами и волонтерами, которая призвана залечить невидимые раны войны [52, с. 8]. Система включает в себя федеральные, региональные и муниципальные компоненты, а также активно развивающийся сектор некоммерческих организаций [70, с. 11].

Министерство обороны Российской Федерации играет ключевую роль в организации психологической поддержки военнослужащих. Психологическая служба Вооруженных Сил представляет собой систему сил и средств

психологической работы, предназначенную для организации психологической работы в органах военного управления и воинских частях. Основными задачами психологической службы являются оказание психологической помощи военнослужащим, членам их семей, лицам гражданского персонала Вооруженных Сил и психологическая реабилитация личного состава.

Особое значение имеет функционирование круглосуточной горячей линии психологической поддержки Министерства обороны по номеру 8-800-550-67-98. Операторы линии психологической поддержки круглосуточно и на безвозмездной основе помогают всем обратившимся военнослужащим и членам их семей [20]. Экстренную помощь предоставляют клинические психологи со спецподготовкой, которые консультируют семьи и военных 24/7 [52, с. 11].

Фонд «Защитники Отечества» выполняет функции центрального координатора в оказании психологической помощи участникам боевых действий. Согласно данным Минздрава, только за полгода (с июня 2023 года) фонд оказал первичную психологическую помощь 18 604 подопечным [5, с. 15]. Из них более 10 тысяч человек относятся к категории основных получателей помощи фонда: это уволенные из зоны СВО военнослужащие, лица, которые принимали участие в боевых действиях на стороне ДНР и ЛНР с мая 2014 года, а также члены семей погибших в ходе СВО [5, с. 16].

Важной особенностью работы фонда является то, что из общего числа лиц, которым была оказана психологическая помощь, каждый четвертый (около 26%) получил рекомендацию по обращению за медицинской помощью, что свидетельствует о серьезности психологических проблем участников боевых действий [5, с. 18]. Всего первичную психологическую помощь участникам СВО в контуре госфонда оказывали в 2023 году 409 медицинских психологов и 27 врачей-психотерапевтов [71, с. 20].

Минздрав России активно развивает инфраструктуру психологической помощи. С июля 2023 года для повышения доступности психологической



помощи участникам СВО было открыто 1,4 тысячи кабинетов медико-психологического консультирования, 412 кабинетов (отделений) медико-психологической помощи, 556 психотерапевтических кабинетов. Всего в кабинетах медико-психологического консультирования получили помощь 315 тысяч человек [48, с. 3].

Особое внимание уделяется развитию телемедицинских технологий. Зимой 2024 года президент РФ Владимир Путин предложил сделать обязательной психологическую реабилитацию для вернувшихся из зоны боевых действий, отмечая, что около половины из них нуждаются в такой поддержке, но обращаются к психологам лишь порядка 20% [61, с. 1]. В связи с этим Минздрав прорабатывает с региональными ведомствами проактивный формат по выведению участников специальной военной операции на телемедицинскую консультацию.

На региональном уровне активно создаются специализированные центры психологической помощи. В Челябинске в ноябре 2024 года открылся первый муниципальный центр психологической помощи участникам специальной военной операции и членам их семей [52, с. 30]. В центре работают психологи, имеющие опыт помощи участникам боевых действий. Планируется открытие таких центров в каждом районе областного центра.

В Калининграде функционирует центр психологической поддержки и реабилитации участников СВО, который начал работу в августе 2024 года [52, с. 31]. Подобные центры создаются по всей стране, обеспечивая доступность психологической помощи на местном уровне.

Московский государственный психолого-педагогический университет разработал модель психологического сопровождения семей участников (ветеранов) специальной военной операции. Модель направлена на предоставление комплексного подхода к психологическому сопровождению, который включает индивидуальные консультации, групповые занятия и семейную терапию, а также поддержку в области социальной реабилитации и реинтеграции участников боевых действий в общество.

Особое внимание уделяется работе с детьми и семьями. Анна Евгеньевна Цивилева рассказала о создании специального реестра педагогов-психологов для помощи детям и семьям участников СВО: «Для оказания помощи детям и семьям совместно с Минпросвещения России формируется реестр специалистов-психологов, имеющих специальную подготовку» [81, с. 5].

В Санкт-Петербурге ключевую роль в оказании психологической помощи участникам боевых действий играет Центр социально-психологической поддержки участников боевых действий и их семей «Возвращение» [46, с. 6]. Центр объединяет специалистов разного профиля для оказания комплексной помощи ветеранам боевых действий и их семьям. Все услуги оказываются на бесплатной основе.

Центр является семейным, к нему могут обратиться как сами ветераны, так и их близкие: жены, дети, родители. Цель центра - помочь адаптироваться к мирной жизни, а также поддержать семью и близких. Команда центра состоит из специалистов разного профиля, в основном это психологи, имеющие специальную подготовку и опыт работы с травмой, в том числе специалисты - ветераны боевых действий. В команде есть детский психолог, социальный работник, а также специалисты, оказывающие дополнительные услуги [46, с. 8].

Для обращения в центр не требуется справок, выписок и документов. Горячая линия центра работает с 9:00 до 18:00 по рабочим дням [74, с. 5]. Центр предоставляет различные виды помощи: психологическую поддержку, консультации социального работника, духовную поддержку священников Русской Православной Церкви, помощь при зависимостях, организацию экскурсионных поездок.

В Санкт-Петербурге функционируют государственные учреждения, оказывающие психологическую помощь семьям участников СВО. Государственное бюджетное учреждение города Севастополя «Центр социальной помощи семье и детям» с 2022 года в рамках практики

«Возвращаясь к жизни» оказывает психологическую помощь детям и семьям с детьми участников специальной военной операции.

Практика уникальна тем, что направлена на оказание поддержки человеку в проживании травмы, тяжелой утраты и на помощь в адаптации к новой реальности. Практика разделяется на экстренную психологическую помощь при острой реакции на стресс, которая направлена на краткосрочное воздействие для саморегуляции, и долгосрочную поддержку.

В Санкт-Петербурге действует Психотерапевтический центр «Восточно-Европейского Института Психоанализа», который предоставляет бесплатную консультативную и психологическую помощь ветеранам, участникам боевых действий и членам их семей. Каждый обратившийся имеет право на 5 бесплатных сессий.

Программа «Светлый круг» АНО ДПО «Петербургская Школа Психотерапии и Психологии Отношений» также оказывает бесплатную психологическую помощь участникам боевых действий и членам их семей [58, с. 5].

Важным направлением развития системы психологической помощи стали онлайн-платформы и цифровые решения. Платформа «ЯПомогу.онлайн» предоставляет психологическую помощь военнослужащим и их близким [55]. Платформа содержится только на пожертвования неравнодушных граждан и предлагает различные виды помощи: срочные консультации психолога, группы психологической реабилитации для ветеранов, информационно-тренинговые группы для женщин-военнослужащих.

Проект «КСВО. Разговор с психологом» в Telegram за 2024 год охватил 11 тысяч человек из 50 регионов [59]. Портал СВОИРОДНЫЕ.РФ предлагает универсальные сценарии общения с бойцами при кризисах [57].

Дополнительную поддержку оказывают чат-боты #МЫВМЕСТЕ в Telegram, Viber и ВК (@psy\_myvmeste) и федеральный номер 8-800-200-3411 [68]. Онлайн-ресурсы стали спасением для удаленных районов. Сервис-бот по

оказанию бесплатной психологической поддержки в рамках общероссийской акции взаимопомощи [t.me/psy\\_myvmeste\\_bot](https://t.me/psy_myvmeste_bot) предоставляет круглосуточную поддержку.

Масштабы системы психологической помощи впечатляют. Только за 2024 год специалисты обработали 605 тысяч обращений через онлайн-чаты, а круглосуточные линии приняли свыше 1800 звонков за 8 месяцев. Эти данные свидетельствуют о высокой востребованности психологической помощи среди участников боевых действий и их семей.

Российский Красный Крест в рамках партнерства с #МЫВМЕСТЕ предоставляет помощь по номерам 8-800-250-1859 и 8-800-200-3411 [68]. Телефон доверия 122 с добавочным «6» обеспечивает переключение на линию помощи военнослужащим.

Кадровое обеспечение системы психологической помощи также демонстрирует рост. Всего первичную психологическую помощь участникам СВО в контуре госфонда оказывали в 2023 году 409 медицинских психологов и 27 врачей-психотерапевтов. Создается специальный реестр педагогов-психологов для помощи детям и семьям участников СВО.

Одной из основных проблем системы является недостаточное обращение за психологической помощью. Как отмечает президент РФ Владимир Путин, около половины участников боевых действий нуждаются в психологической поддержке, но обращаются к психологам лишь порядка 20% [61, с. 2]. Это связано с тем, что многие не обращаются, потому что считают, что это проявление какой-то слабости характера.

Президент подчеркивает: «Здесь нет ничего зазорного - поработать со специалистом или чтобы специалист поработал с теми, кто нуждается в такой поддержке. Но многие не обращаются, потому что считают, что это проявление какой-то слабости характера. Это же просто особенности центральной нервной системы каждого человека» [61, с. 2].

В связи с низким уровнем обращений за помощью возникает необходимость в создании проактивной системы предоставления

психологической помощи. Как отмечается в методических рекомендациях МГППУ, «во многих случаях есть необходимость в создании проактивной системы предоставления этой социальной услуги на уровне государственной политики» [84].

Важной проблемой остается обеспечение качества психологической помощи. Необходимо, чтобы специалисты, работающие с участниками боевых действий, имели специальную подготовку и опыт работы с боевой травмой.

Будущее системы психологической помощи связано с интеграцией различных подходов и методов. Программы повышения квалификации для специалистов, работающих с участниками боевых действий, включают различные методы: когнитивно-поведенческую терапию, EMDR, работу с горем и утратой, кризисные интервенции [65].

Особое внимание уделяется развитию семейно-ориентированной помощи. Программы психологической поддержки семей участников СВО включают индивидуальные и семейные консультации, групповые занятия просветительского характера, арт-терапию и другие методы.

Система психологической помощи все больше развивается в направлении междисциплинарного взаимодействия. Медицинская организация будет обязана связаться с военнослужащим или членами его семьи и подготовить их к возвращению родственника с фронта. Опыт афганской и чеченской войн показал, что проведение такой работы необходимо для поддержания ментального здоровья бойцов.

### Выводы по первой главе

Таким образом, современное состояние системы психологической помощи участникам боевых действий в Российской Федерации характеризуется динамичным развитием и расширением масштабов деятельности. Созданная многоуровневая система включает федеральные,

региональные и муниципальные компоненты, активно развивается сектор некоммерческих организаций и онлайн-платформ.

В Санкт-Петербурге функционирует развитая сеть психологической поддержки, включающая Центр «Возвращение», государственные учреждения, частные психотерапевтические центры и онлайн-платформы. Система демонстрирует высокие показатели активности - сотни тысяч обращений ежегодно, но сталкивается с проблемой недостаточного обращения за помощью со стороны самих участников боевых действий.

Ключевыми направлениями развития системы являются создание проактивных механизмов оказания помощи, развитие телемедицинских технологий, укрепление кадрового потенциала и повышение качества оказываемых услуг. Опыт последних лет показывает, что инвестиции в психологическую помощь участникам боевых действий и их семьям являются критически важными для обеспечения их успешной реинтеграции в общество и сохранения психического здоровья нации.

## **Глава 2 Эмпирическое исследование особенностей проявления симптомов посттравматического стресса**

### **2.1 Организация и методы эмпирического исследования**

Эмпирическое исследование было проведено с целью выявления особенностей проявления посттравматического стресса у участников боевых действий и определения их потребностей в психологической поддержке. Исследование осуществлялось на базе Центра восстановительного лечения участников СВО в Ириновке Всеволожского района Ленобласти в период с января по июль 2025 года.

Основная выборка составила 35 участников боевых действий в возрасте от 24 до 52 лет (средний возраст  $34,2 \pm 6,8$  года), проходивших курс психологической реабилитации.

Демографические характеристики: мужчины: 33 человека (94,3%), женщины: 2 человека (5,7%).

Семейное положение: женаты - 23 чел. (65,7%), холосты - 8 чел. (22,9%), разведены - 4 чел. (11,4%).

Образование: высшее - 12 чел. (34,3%), среднее специальное - 18 чел. (51,4%), среднее - 5 чел. (14,3%).

Военно-служебные характеристики:

- офицеры: 11 человек (31,4%);
- прапорщики, сержанты: 9 человек (25,7%);
- солдаты, матросы: 15 человек (42,9%).

Продолжительность участия в СВО: от 3 до 14 месяцев (в среднем  $7,3 \pm 3,2$  месяца).

Повторные командировки: 16 человек (45,7%).

Все участники исследования являлись военнослужащими или лицами, проходившими военную службу по контракту, принимавшими участие в специальной военной операции.

Критериями включения в исследование являлись: участие в боевых действиях продолжительностью не менее 3 месяцев, наличие клинических признаков посттравматического стрессового расстройства, добровольное согласие на участие в исследовании.

У участников исследования наблюдались основные группы симптомов посттравматического стресса, соответствующие международным диагностическим критериям. Первая группа включает симптомы вторжения или интрузивные симптомы, которые проявлялись в виде навязчивых воспоминаний и флешбэков - повторяющихся, непроизвольных воспоминаний о травмирующих боевых событиях, при которых участники как будто заново переживали произошедшее. Многие военнослужащие страдали от кошмарных сновидений, связанных с боевыми действиями, гибелью товарищей и собственными ранениями. Характерными были острые эмоциональные реакции на триггеры - сильный дистресс при воздействии стимулов, напоминающих о травме, таких как громкие звуки, запах пороха или вид военной техники. Сопровождались эти реакции физиологическими проявлениями: учащенным сердцебиением, потливостью и дрожью при напоминании о травматических событиях.

Вторая группа симптомов представлена признаками избегания, которые выражались в сознательных попытках не думать о произошедших событиях, избегании мыслей и воспоминаний о травме. Участники исследования демонстрировали избегание внешних напоминаний - отказывались от посещения определенных мест, встреч с сослуживцами, просмотра военных фильмов. У многих наблюдалась эмоциональная притупленность, проявляющаяся в снижении способности испытывать положительные эмоции, а также выраженное чувство отстраненности - ощущение изолированности от окружающих и потеря эмоциональной связи с близкими людьми.

Третья группа симптомов характеризовалась проявлениями гипервозбуждения. Участники боевых действий демонстрировали повышенную бдительность, постоянное ощущение опасности и непрерывное



сканирование окружающей обстановки на предмет потенциальных угроз. Типичной была преувеличенная реакция испуга - чрезмерная реакция на неожиданные звуки или движения. Практически все обследованные страдали нарушениями сна, включающими трудности засыпания, частые пробуждения и поверхностный сон. Характерными были раздражительность и неконтролируемые вспышки гнева, часто непропорциональные ситуации, а также значительные проблемы с концентрацией внимания и трудности сосредоточения на повседневных задачах.

Четвертая группа включала негативные изменения в мышлении и настроении. У участников исследования формировались негативные убеждения о себе и окружающем мире, проявляющиеся в мыслях типа «я плохой человек», «мир опасен», «никому нельзя доверять». Многие демонстрировали искаженные представления о причинах травмы, испытывали чрезмерное чувство вины и склонность к самообвинениям. Преобладало устойчивое негативное эмоциональное состояние с доминированием страха, ужаса, гнева, вины или стыда. Отмечалось снижение интереса к значимой деятельности, потеря мотивации к работе, хобби и социальным контактам, а также общее чувство безнадежности с пессимистичным взглядом на будущее и отсутствием жизненных планов.

Пятая группа представлена специфическими проявлениями, характерными именно для военнослужащих. Многие участники исследования переживали моральную травму - конфликт между совершенными поступками и личными ценностями. Типичным было чувство вины выжившего - тяжелые переживания по поводу того, что они остались живы, когда погибли товарищи. Значительные трудности вызывали проблемы адаптации к мирной жизни, включающие сложности в общении с гражданскими лицами и непонимание «мирных» проблем. Кроме того, у многих наблюдались соматические проявления: головные боли, боли в спине и различные желудочно-кишечные расстройства.

Исследование проводилось в несколько этапов при первичном обращении участников за психологической помощью в Центр реабилитации. Каждый участник проходил комплексное обследование в течение 2-3 дней с соблюдением принципов добровольности и конфиденциальности.

Все диагностические процедуры проводились в комфортной обстановке специально оборудованных кабинетов. Обследование осуществляла совместно с сертифицированными специалистами с опытом работы с военнослужащими не менее 3 лет.

Для достижения поставленных целей исследования был использован комплекс психодиагностических методик, направленных на выявление различных аспектов посттравматического стрессового расстройства:

- Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (военный вариант);
- Шкала оценки влияния травматического события IES-R;
- Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич).

Методика 1. Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (военный вариант)

Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD) была разработана Т.М. Keane с соавторами в 1987 году специально для диагностики посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий. Данная методика является одним из наиболее валидных и надежных инструментов для оценки выраженности посттравматической симптоматики у военнослужащих.

Структура методики: Военный вариант Миссисипской шкалы состоит из 35 утверждений, каждое из которых оценивается респондентом по 5-балльной шкале Ликерта (от 1 - «совершенно неверно» до 5 - «совершенно верно»). Общий балл рассчитывается путем суммирования оценок по всем пунктам после инверсии обратных утверждений.

Содержательная структура: Пункты опросника группируются в четыре основные категории симптомов:

Симптомы вторжения (11 пунктов) - навязчивые воспоминания, ночные кошмары, флешбэки;

Симптомы избегания (11 пунктов) - избегание ситуаций, напоминающих о травме, эмоциональное оцепенение;

Симптомы гипервозбуждения (8 пунктов) - повышенная тревожность, нарушения сна, гипербдительность;

Дополнительные симптомы (5 пунктов) - чувство вины выжившего, суицидальные мысли.

Интерпретация результатов: Общий балл от 35 до 175 баллов интерпретируется следующим образом:

- 35-89 баллов - низкий уровень посттравматического стрессового расстройства;
- 90-129 баллов - умеренный уровень посттравматического стрессового расстройства;
- 130-175 баллов - высокий уровень посттравматического стрессового расстройства.

Методика обладает высокой внутренней согласованностью ( $\alpha$  Кронбаха = 0,94), надежностью повторного тестирования ( $r = 0,89$ ) и конструктивной валидностью. Чувствительность методики составляет 90%, специфичность - 88%.

Методика 2. Шкала оценки влияния травматического события IES-R.

Шкала оценки влияния травматического события - пересмотренная (Impact of Event Scale - Revised, IES-R) была разработана М. Горовицем в 1979 году и пересмотрена Д. Вейсом с соавторами в 1995 году. Данная методика предназначена для оценки субъективного дистресса, вызванного конкретным травматическим событием.

Структура методики: IES-R состоит из 22 пунктов, каждый из которых оценивается по 5-балльной шкале (0 - «совсем нет», 1 - «немного», 2 -

«умеренно», 3 - «довольно сильно», 4 - «крайне сильно»). Методика содержит три субшкалы, соответствующие основным кластерам симптомов посттравматического стрессового расстройства по DSM-5.

Субшкалы методики:

- субшкала «Вторжение» (8 пунктов) - измеряет частоту навязчивых мыслей, образов, ночных кошмаров и эмоциональных реакций, связанных с травматическим событием;
- субшкала «Избегание» (8 пунктов) - оценивает тенденцию к избеганию мыслей, чувств, ситуаций и людей, напоминающих о травме;
- субшкала «Гипервозбуждение» (6 пунктов) - измеряет симптомы повышенной возбудимости, включая нарушения сна, раздражительность, трудности концентрации и гипервигилантность.

Интерпретация результатов: общий балл может варьироваться от 0 до 88 баллов:

- 0-23 балла - отсутствие или минимальное влияние травмы;
- 24-32 балла - умеренное влияние травмы;
- 33-88 баллов - выраженное влияние травмы, вероятное наличие посттравматического стрессового расстройства.

Пороговые значения для субшкал: вторжение - более 10 баллов, избегание - более 11 баллов, гипервозбуждение - более 9 баллов указывают на клинически значимый уровень симптоматики.

IES-R демонстрирует высокую внутреннюю согласованность ( $\alpha = 0,96$  для общей шкалы), надежность повторного тестирования ( $r = 0,89-0,94$ ) и конвергентную валидность с другими методиками диагностики посттравматического стрессового расстройства.

Методика 3. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхин, Д.М. Менделевич)

Клинический опросник К.К. Яхина и Д.М. Менделевича представляет собой многофакторный инструмент для комплексной оценки невротических расстройств, включая невротические реакции на стрессовые и травматические

события. Данная методика была выбрана для исследования с целью выявления коморбидных невротических расстройств у участников боевых действий.

Опросник состоит из 68 утверждений, на которые испытуемый отвечает «да» или «нет». Методика включает 6 основных шкал и контрольную шкалу достоверности.

Основные шкалы опросника:

- Шкала тревоги - выявляет различные проявления тревожных состояний, включая генерализованную тревогу, фобические реакции и панические состояния;
- Шкала невротической депрессии - оценивает депрессивные состояния невротического регистра, включая пониженное настроение, ангедонию и чувство безнадежности;
- Шкала астении - измеряет проявления астенического синдрома: повышенную утомляемость, снижение работоспособности, концентрации внимания;
- Шкала истерического типа реагирования - выявляет демонстративные, театральные формы поведения и эмоционального реагирования;
- Шкала обсессивно-фобических нарушений - оценивает навязчивые мысли, действия и фобические реакции;
- Шкала вегетативных нарушений - измеряет выраженность психосоматических и вегетативных симптомов.

Интерпретация результатов: для каждой шкалы установлены нормативные показатели:

- 0-30% от максимального балла - норма;
- 31-60% - легкие нарушения;
- 61-80% - умеренные нарушения;
- 81-100% - выраженные нарушения.

Методика стандартизирована на российской выборке, обладает удовлетворительными показателями надежности ( $\alpha = 0,72-0,89$  для различных

шкал) и валидности. Контрольная шкала достоверности позволяет выявить недостоверные профили.

Все диагностические методики проводились в индивидуальном порядке в специально оборудованном кабинете. Время проведения одного обследования составляло 60-90 минут с учетом перерывов. Перед началом тестирования все участники были проинформированы о целях исследования и дали письменное согласие на участие. Соблюдались принципы конфиденциальности и анонимности.

## **2.2 Результаты эмпирического исследования особенностей посттравматического стресса участников боевых действий**

Проведенное эмпирическое исследование позволило получить комплексные данные о выраженности посттравматической симптоматики у участников боевых действий и выявить основные закономерности проявления посттравматического стрессового расстройства в данной группе. Ниже представлены результаты диагностики по трем использованным методикам.

Данные, полученные с помощью Миссисипской шкалы, позволили оценить общий уровень выраженности посттравматического стрессового расстройства и проанализировать распределение участников по группам в зависимости от тяжести расстройства (таблица 6).

Результаты показывают критически высокую распространенность посттравматического стрессового расстройства среди участников исследования.

Только 17,1% респондентов демонстрируют низкий уровень посттравматических реакций, в то время как 82,9% имеют клинически значимые проявления расстройства.

Таблица 6 - Распределение участников исследования по уровням выраженности посттравматического стрессового расстройства (по Миссисипской шкале)

Уровень ПТСР	Диапазон баллов	Количество участников	Процент от выборки
Низкий	35-89	6	17,1%
Умеренный	90-129	19	54,3%
Высокий	130-175	10	28,6%
Всего		35	100%

Преобладание умеренного уровня посттравматического стрессового расстройства (54,3%) указывает на потенциальную возможность успешной психологической коррекции при своевременном вмешательстве, однако значительная доля участников с высоким уровнем (28,6%) требует интенсивной долгосрочной терапии.

Для более детального анализа выраженности посттравматического стрессового расстройства были рассчитаны основные статистические показатели, характеризующие распределение баллов по Миссисипской шкале в исследуемой выборке (таблица 7).

Таблица 7 - Описательная статистика по Миссисипской шкале

Статистический показатель	Значение
Среднее значение (M)	118,7
Стандартное отклонение (SD)	24,3
Медиана (Me)	116,0
Минимальное значение	72
Максимальное значение	164
Асимметрия	0,18
Эксцесс	-0,62

Анализ данных, полученных с помощью Миссисипской шкалы, показал, что средний уровень выраженности посттравматического стрессового расстройства в выборке составил  $118,7 \pm 24,3$  балла, что соответствует умеренному уровню посттравматического стрессового расстройства. Данный показатель значительно превышает нормативные значения для военнослужащих без боевого опыта ( $73,76 \pm 19,64$ ) и приближается к показателям ветеранов с диагностированным посттравматическим стрессовым расстройством.

Среднее значение 118,7 баллов соответствует умеренному уровню посттравматического стрессового расстройства, что подтверждает общую картину выраженности расстройства в группе. Незначительная положительная асимметрия (0,18) и отрицательный эксцесс (-0,62) указывают на близкое к нормальному распределение данных с некоторым сдвигом в сторону более высоких значений. Широкий диапазон значений (от 72 до 164 баллов) свидетельствует о значительной вариативности выраженности посттравматического стрессового расстройства среди участников.

Анализ структуры посттравматических симптомов по отдельным кластерам позволил выявить наиболее проблемные области для исследуемой группы участников боевых действий (таблица 8).

Таблица 8 - Средние значения по субшкалам Миссисипской шкалы

Субшкала	Среднее значение	Стандартное отклонение	Максимально возможный балл
Симптомы вторжения	32,1	7,8	55
Симптомы избегания	31,4	6,9	55
Симптомы гипервозбуждения	23,6	5,2	40
Дополнительные симптомы	14,2	3,4	25

Структурный анализ симптоматики выявил относительно равномерное распределение основных проявлений посттравматического стрессового расстройства в выборке: симптомы вторжения составили в среднем  $32,1 \pm 7,8$  балла (58% от максимально возможного), симптомы избегания -  $31,4 \pm 6,9$  балла (57% от максимума), симптомы гипервозбуждения -  $23,6 \pm 5,2$  балла (59% от максимума). Дополнительные симптомы, включающие чувство вины выжившего, проявлялись в среднем на уровне  $14,2 \pm 3,4$  балла (57% от максимума). Эти данные отразим на рисунке 1.



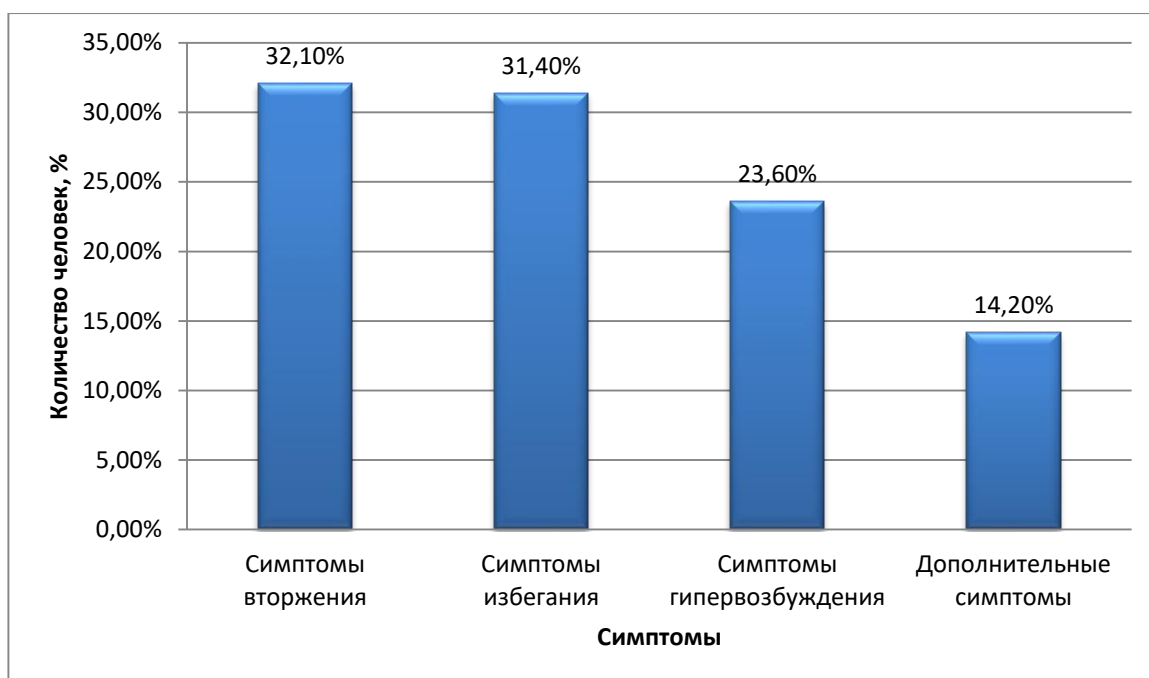


Рисунок 1 - Структура посттравматических симптомов

Структура симптоматики характеризуется относительно равномерным распределением основных проявлений посттравматического стрессового расстройства. Наиболее выражены симптомы вторжения (58% от максимума) и избегания (57% от максимума), что является типичным для боевого стресса. Симптомы гипервозбуждения проявляются в меньшей степени (59% от максимума), что может свидетельствовать о частичной адаптации военнослужащих к стрессовым условиям. Дополнительные симптомы, включающие чувство вины выжившего, выражены умеренно (57% от максимума).

Симптомы вторжения ( $32,1 \pm 7,8$  балла, 58% от максимума) проявлялись у участников в виде навязчивых воспоминаний о боевых действиях, кошмарных сновидений с батальными сценами, внезапных флешбэков при воздействии триггеров (громкие звуки, запахи, визуальные стимулы). Участники отмечали, что травматические образы «вторгаются» в сознание против их воли, особенно в моменты расслабления или при засыпании.

Симптомы избегания ( $31,4 \pm 6,9$  балла, 57% от максимума) характеризовались сознательными попытками участников не думать о

травматических событиях, избеганием мест, людей и ситуаций, напоминающих о боевом опыте. Многие участники отказывались от просмотра военных фильмов, избегали встреч с сослуживцами, старались не обсуждать боевой опыт даже с близкими.

Симптомы гипервозбуждения ( $23,6 \pm 5,2$  балла, 59% от максимума) включали повышенную бдительность, преувеличенную реакцию испуга, нарушения сна, раздражительность и вспышки гнева. Участники сообщали о постоянном ощущении опасности, необходимости контролировать окружающее пространство, трудностях с расслаблением.

Дополнительные симптомы ( $14,2 \pm 3,4$  балла, 57% от максимума) отражали чувство вины выжившего, депрессивные проявления и суицидальные мысли. Многие участники переживали по поводу гибели товарищей, винили себя в принятых решениях, испытывали экзистенциальный кризис.

Для углубленной оценки влияния конкретного травматического события на психическое состояние участников была использована шкала IES-R, позволяющая детализировать анализ посттравматической симптоматики по трем основным кластерам.

Результаты по шкале IES-R позволили детально оценить влияние травматического события на различные аспекты психического состояния участников исследования (таблица 9).

Таблица 9 - Распределение участников по уровням влияния травмы (IES-R)

Уровень влияния травмы	Диапазон баллов	Количество участников	Процент от выборки
Минимальное влияние	0-23	4	11,4%
Умеренное влияние	24-32	8	22,9%
Выраженное влияние	33-88	23	65,7%
Всего		35	100%

Данные таблицы 9 отразим на рисунке 2.

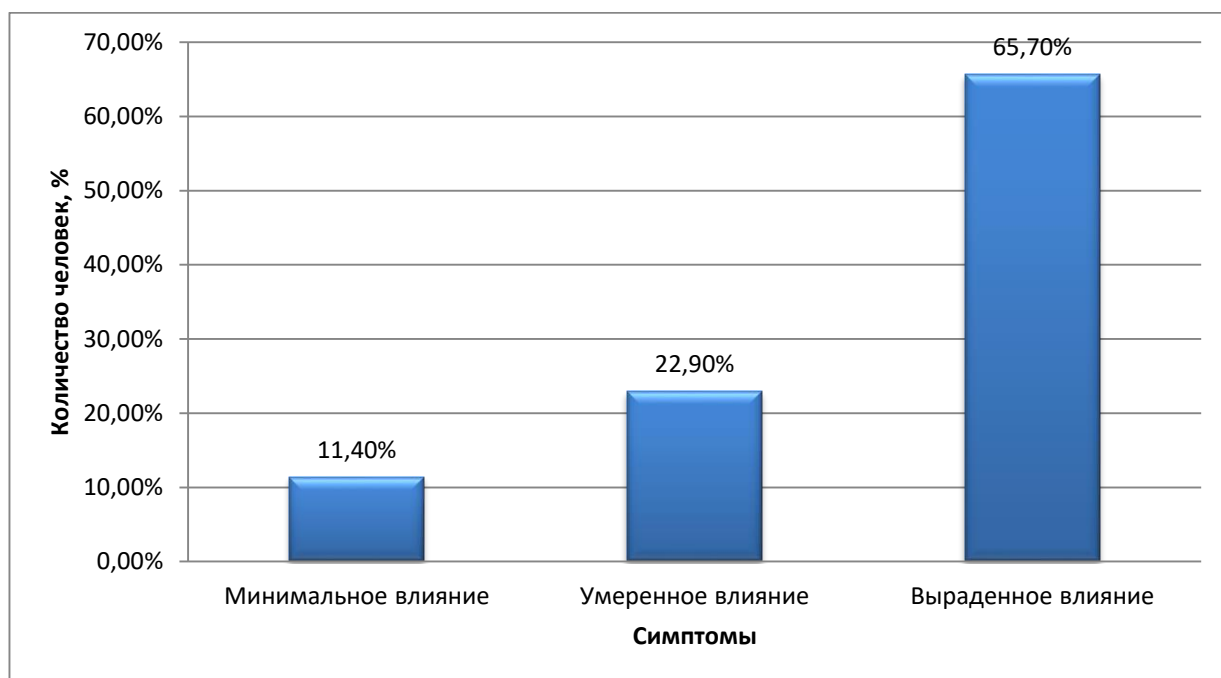


Рисунок 2 - Распределение участников по уровням влияния травмы

Данные по шкале IES-R подтверждают результаты Миссисипской шкалы, демонстрируя высокую степень влияния травматического события на участников исследования. Две трети респондентов (65,7%) испытывают выраженное влияние травмы, что превышает пороговое значение для вероятного диагноза посттравматического стрессового расстройства. Лишь 11,4% участников демонстрируют минимальное влияние травматического опыта на свое текущее состояние.

Общие статистические характеристики по шкале IES-R дополняют картину выраженности посттравматических реакций в исследуемой группе (таблица 10).

Результаты по шкале IES-R подтвердили данные Миссисипской шкалы, показав среднее значение влияния травмы  $38,2 \pm 15,6$  балла, что превышает пороговое значение для выраженного влияния травматического события (33 балла). Это указывает на клинически значимый уровень посттравматической симптоматики в группе в целом.

Таблица 10 - Описательная статистика по общему баллу IES-R

Статистический показатель	Значение
Среднее значение (M)	38,2
Стандартное отклонение (SD)	15,6
Медиана (Me)	36,0
Минимальное значение	14
Максимальное значение	71
Асимметрия	0,34
Экссесс	-0,41

Детальный анализ субшкал IES-R показал следующие средние значения по выборке: симптомы вторжения -  $14,2 \pm 6,1$  балла (превышение порога у 51,4% участников), симптомы избегания -  $13,6 \pm 5,8$  балла (45,7% превышают порог), симптомы гипервозбуждения -  $10,4 \pm 4,7$  балла (54,3% превышают пороговое значение).

Среднее значение 38,2 балла превышает пороговое значение для выраженного влияния травмы (33 балла), что указывает на клинически значимый уровень посттравматической симптоматики в группе. Положительная асимметрия (0,34) свидетельствует о наличии участников с особенно высокими показателями влияния травмы. Относительно невысокое стандартное отклонение указывает на однородность группы по степени травматизации.

Детальный анализ структуры посттравматических реакций по трем основным кластерам симптомов позволил выявить специфические особенности их проявления у участников боевых действий (таблица 11).

Таблица 11 - Средние значения по субшкалам IES-R

Субшкала	Среднее значение	Стандартное отклонение	Пре́вышение порога (кол-во чел.)	Пре́вышение порога (%)
Вторжение	14,2	6,1	18	51,4%
Избегание	13,6	5,8	16	45,7%
Гипервозбуждение	10,4	4,7	19	54,3%

Анализ субшкал IES-R показывает, что наиболее распространенными являются симптомы гипервозбуждения (54,3% участников превышают пороговое значение), что характерно для боевого посттравматического стрессового расстройства и связано с необходимостью поддержания высокого уровня бдительности в условиях боевых действий. Симптомы вторжения выявлены у 51,4% участников, что указывает на значительную распространенность навязчивых воспоминаний и флешбэков. Симптомы избегания менее распространены (45,7%), что может отражать профессиональную специфику военнослужащих.

Симптомы вторжения проявлялись в виде навязчивых мыслей о конкретных травматических событиях, ярких образов боевых сцен, эмоциональных реакций при напоминании о травме. Участники описывали, как определенные стимулы мгновенно «переносят» их обратно в боевую обстановку.

Симптомы избегания включали сознательные усилия по предотвращению мыслей о травме, избегание чувств, связанных с событием, отстранение от людей и ситуаций. Многие участники отмечали эмоциональное онемение, потерю интереса к ранее значимой деятельности.

Симптомы гипервозбуждения характеризовались нарушениями сна, повышенной настороженностью, трудностями концентрации внимания, раздражительностью. Участники сообщали о постоянном напряжении, невозможности расслабиться, чрезмерной реакции на неожиданные звуки.

Результаты по клиническому опроснику К.К. Яхина и Д.М. Менделевича

Для выявления коморбидных невротических расстройств у участников боевых действий был использован клинический опросник К.К. Яхина и Д.М. Менделевича, позволяющий оценить широкий спектр невротических проявлений (таблица 12).

Анализ по клиническому опроснику К.К. Яхина и Д.М. Менделевича выявил высокую частоту сопутствующих невротических нарушений в выборке.

Таблица 12 - Средние значения по шкалам невротических состояний (в процентах от максимального балла)

Шкала	Среднее значение (%)	Стандартное отклонение	Количество участников с нарушениями*	Процент участников с нарушениями
Тревога	67,3	18,4	24	68,6%
Невротическая депрессия	58,2	16,7	19	54,3%
Астения	71,8	19,2	26	74,3%
Истерический тип реагирования	34,7	14,1	5	14,3%
Обсессивно-фобические нарушения	45,3	15,9	11	31,4%
Вегетативные нарушения	62,4	17,8	21	60,0%

\*Участники с показателями выше 60% от максимального балла

Данные таблицы 12 отразим на рисунке 3.

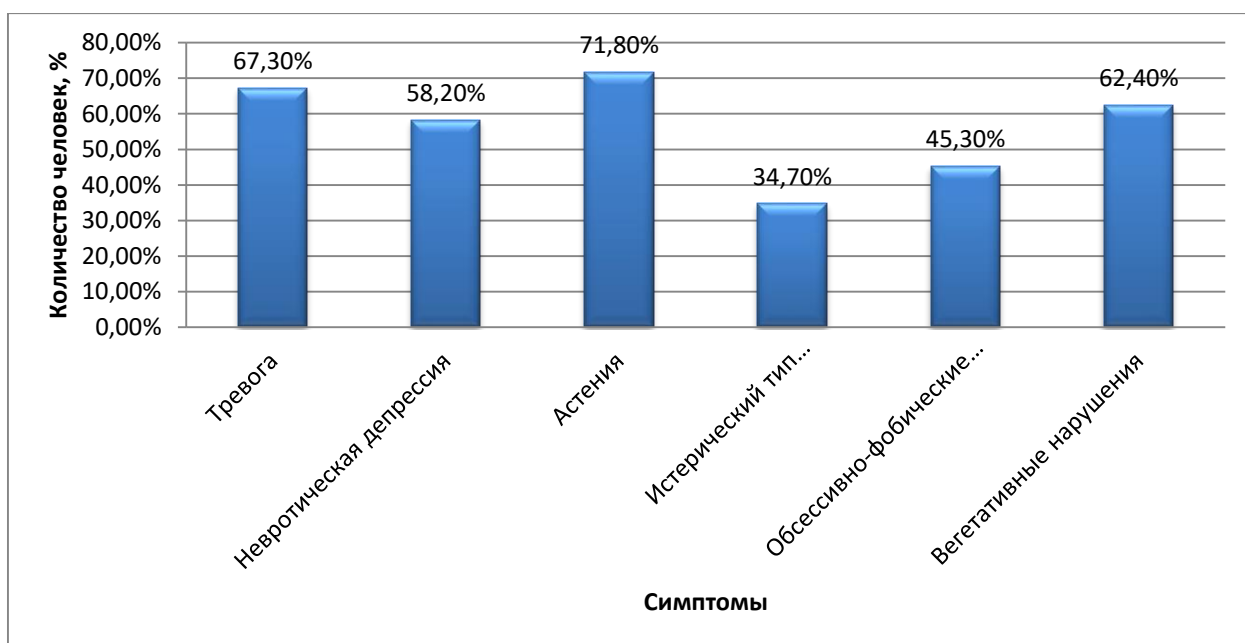


Рисунок 3 - Средние значения по шкалам невротических состояний

Средние показатели составили: тревожные состояния -  $67,3 \pm 18,4\%$  от максимального балла (нарушения у 68,6% участников), астенические

проявления -  $71,8 \pm 19,2\%$  (нарушения у 74,3%), невротическая депрессия -  $58,2 \pm 16,7\%$  (54,3% с нарушениями), вегетативные нарушения -  $62,4 \pm 17,8\%$  (60% с превышением нормы).

Результаты выявляют высокую распространенность коморбидных невротических расстройств у участников боевых действий. Наиболее выражены астенические нарушения (74,3% участников), что отражает истощение психических ресурсов в результате длительного воздействия стрессовых факторов.

Высокая частота тревожных расстройств (68,6%) соответствует клинической картине посттравматического стрессового расстройства как тревожного расстройства. Значительная распространенность вегетативных нарушений (60%) указывает на соматизацию психологического дистресса.

Анализ полиморбидности невротических состояний позволил оценить комплексность психологических нарушений в исследуемой группе.

Полученные данные свидетельствуют о системном характере психологических нарушений у участников боевых действий. Только 8,6% респондентов не имеют выраженных невротических нарушений, в то время как 71,4% демонстрируют множественные нарушения (2 и более показателей). Наибольшую группу составляют участники с тремя одновременными нарушениями (31,4%), что указывает на необходимость комплексного подхода к психологической реабилитации.

Наиболее часто встречающиеся нарушения включали:

Астенические расстройства (74,3% участников) - повышенная утомляемость, снижение работоспособности, истощение психических ресурсов.

Тревожные состояния (68,6% участников) - генерализованная тревога, панические атаки, фобические реакции.

Вегетативные нарушения (60% участников) - головные боли, нарушения сердечного ритма, расстройства пищеварения.

Невротическая депрессия (54,3% участников) - сниженное настроение, ангедония, чувство безнадежности.

Обсессивно-фобические нарушения (31,4% участников) - навязчивые мысли и страхи, связанные с боевым опытом.

Детальный анализ взаимосвязей между посттравматической симптоматикой и различными типами невротических расстройств позволил выявить специфические паттерны коморбидности (таблица 13).

Таблица 13 - Корреляции между показателями посттравматического стрессового расстройства и невротическими состояниями

Невротические состояния	Миссисипская шкала	IES-R общий	Коэффициент корреляции
Тревога	0,69**	0,73**	Высокая положительная
Невротическая депрессия	0,58**	0,61**	Умеренная положительная
Астения	0,64**	0,67**	Умеренная положительная
Истерический тип	0,23	0,19	Слабая незначимая
Обсессивно-фобические нарушения	0,51**	0,48**	Умеренная положительная
Вегетативные нарушения	0,56**	0,59**	Умеренная положительная

\*\* $p < 0,01$

Анализ корреляций показывает специфический профиль коморбидности посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий. Наиболее сильные связи обнаружены с тревожными состояниями ( $r=0,69-0,73$ ), что подтверждает принадлежность посттравматического стрессового расстройства к группе тревожных расстройств.

Умеренные корреляции с астенией, депрессией и вегетативными нарушениями указывают на вторичный характер этих расстройств. Отсутствие значимых связей с истерическим типом реагирования свидетельствует о том, что посттравматическое стрессовое расстройство у военнослужащих не связан



с демонстративными формами поведения, что соответствует профессиональным особенностям данной группы.

Высокая распространенность посттравматического стрессового расстройства: результаты показали, что 82,9% участников исследования имеют клинически значимые проявления посттравматического стрессового расстройства (умеренный и высокий уровни по Миссисипской шкале). Это существенно превышает показатели распространенности посттравматического стрессового расстройства в общей популяции (3-4%) и даже среди участников локальных конфликтов предыдущих лет (15-30%), что свидетельствует об особой интенсивности и травматичности современных боевых действий.

Преобладание умеренного уровня посттравматического стрессового расстройства: наибольшую группу составили участники с умеренным уровнем посттравматического стрессового расстройства (54,3%), что указывает на возможность успешной психологической коррекции при своевременном вмешательстве. Высокий уровень посттравматического стрессового расстройства выявлен у 28,6% участников, что требует интенсивной долгосрочной терапии.

Симптоматическая структура посттравматического стрессового расстройства: анализ субшкал Миссисипской шкалы показал относительно равномерное распределение симптомов вторжения ( $M=32,1$ ) и избегания ( $M=31,4$ ), что является типичным для боевого посттравматического стрессового расстройства. Несколько менее выражены симптомы гипервозбуждения ( $M=23,6$ ), что может быть связано с адаптационными механизмами военнослужащих.

Влияние травматического события: по шкале IES-R 65,7% участников продемонстрировали выраженное влияние травматического события на их психическое состояние. Наиболее часто превышался порог по субшкале гипервозбуждения (54,3% участников), что указывает на преобладание симптомов повышенной активации симпатической нервной системы.

Коморбидные невротические расстройства: исследование выявило высокую частоту сопутствующих невротических нарушений. Наиболее распространенными оказались астенические (74,3% участников) и тревожные (68,6%) расстройства. Это объясняется хроническим стрессовым воздействием боевой обстановки и истощением адаптационных ресурсов организма.

Полиморбидность невротических состояний: у 71,4% участников выявлено одновременное нарушение по двум и более шкалам невротических состояний, что указывает на системный характер психологических нарушений и необходимость комплексного подхода к терапии.

Корреляционный анализ выявил статистически значимые взаимосвязи между различными показателями:

Высокая конвергентная валидность методик посттравматического стрессового расстройства: Сильная корреляция между Миссисипской шкалой и IES-R ( $r=0,82$ ,  $p<0,01$ ) подтверждает надежность полученных результатов и указывает на то, что обе методики измеряют один конструкт - посттравматическое стрессовое расстройство.

Взаимосвязь посттравматического стрессового расстройства с тревожными состояниями: Наиболее сильная корреляция обнаружена между показателями посттравматического стрессового расстройства и тревогой ( $r=0,69-0,73$ ), что соответствует теоретическим представлениям о посттравматическом стрессовом расстройстве как тревожном расстройстве.

Связь с астеническими проявлениями: умеренные корреляции с астенией ( $r=0,64-0,67$ ) указывают на истощение психических ресурсов у участников боевых действий.

Отсутствие связи с истерическим типом реагирования: незначимые корреляции с истерическим типом реагирования ( $r=0,19-0,23$ ) свидетельствуют о том, что посттравматическое стрессовое расстройство у военнослужащих не связан с демонстративными формами поведения.

Результаты проведенного исследования убедительно демонстрируют критическую необходимость создания специализированных программ психологической реабилитации для участников боевых действий, учитывающих высокую распространенность посттравматического стрессового расстройства в данной группе. Учитывая, что более 82% исследуемых участников показали клинически значимые проявления посттравматического стрессового расстройства, традиционные подходы к психологической помощи оказываются недостаточными для эффективного решения проблемы. Специализированные программы должны основываться на доказательных методах терапии, таких как когнитивно-поведенческая терапия, EMDR-терапия и экспозиционная терапия, адаптированных под специфику боевой психотравмы.

Комплексность психологических нарушений у участников боевых действий требует разработки интегрированных программ реабилитации, которые включают не только работу с основными симптомами посттравматического стрессового расстройства, но и обязательную коррекцию сопутствующих тревожных и астенических расстройств. Выявленная высокая коморбидность невротических состояний (71,4% участников имеют множественные нарушения) указывает на необходимость системного подхода к терапии. Программы должны включать модули по работе с тревожными расстройствами, астеническими состояниями, депрессивными проявлениями и вегетативными нарушениями, поскольку изолированная работа только с симптомами посттравматического стрессового расстройства не обеспечивает полноценного восстановления.

Значительная вариативность в выраженности посттравматической симптоматики среди участников исследования обуславливает необходимость разработки дифференцированного подхода к терапии в зависимости от уровня выраженности посттравматического стрессового расстройства. Для участников с низким уровнем посттравматического стрессового расстройства (17,1%) достаточными могут быть профилактические мероприятия и

краткосрочная поддерживающая терапия. Участники с умеренным уровнем посттравматического стрессового расстройства (54,3%) нуждаются в структурированной психотерапевтической программе продолжительностью 3-6 месяцев с еженедельными сессиями. Для участников с высоким уровнем посттравматического стрессового расстройства (28,6%) требуется интенсивная долгосрочная терапия, возможно, в условиях стационара или дневного стационара, с последующей длительной поддерживающей терапией.

Особую важность приобретает осуществление ранней диагностики и профилактики посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих для предотвращения хронификации расстройства и развития тяжелых форм. Результаты исследования показывают, что своевременное выявление посттравматических реакций на ранних стадиях может существенно улучшить прогноз и сократить продолжительность лечения. Необходимо внедрение системы регулярного психологического скрининга военнослужащих как до отправки в зону боевых действий, так и после возвращения, с использованием валидированных диагностических инструментов, таких как Миссисипская шкала и IES-R.

Системный характер влияния посттравматического стрессового расстройства на межличностные отношения, выявленный в ходе исследования, определяет критическую важность включения семей участников боевых действий в процесс психологической реабилитации. Семейная терапия должна стать неотъемлемой частью реабилитационных программ, поскольку симптомы посттравматического стрессового расстройства существенно влияют на семейную динамику, супружеские отношения и детско-родительские взаимодействия. Программы для семей должны включать психообразовательные компоненты о природе посттравматического стрессового расстройства, обучение навыкам поддержки и коммуникации, а также работу с вторичной травматизацией членов семьи, которые косвенно страдают от последствий боевой психотравмы.

Таким образом, проведя исследование с использованием некоторых методик на участниках боевых действий с целью выявления симптоматики отдельных проявлений посттравматического стрессового расстройства можно сделать следующие выводы по особенностям проявления боевого стресса в исследуемой группе. Выявлена специфическая структура посттравматической симптоматики: наиболее выражены симптомы вторжения (навязчивые воспоминания, флешбэки) и избегания (сознательное избегание триггеров), что типично для боевого ПТСР. Симптомы гипервозбуждения проявляются несколько менее выражено, что может отражать профессиональные адаптационные механизмы военнослужащих.

Обнаружена высокая коморбидность с невротическими расстройствами: 71,4% участников демонстрируют множественные нарушения (по двум и более шкалам), при этом наиболее распространены астенические (74,3%) и тревожные (68,6%) расстройства. Это указывает на системный характер психологических нарушений у данной категории военнослужащих.

Полученные результаты подтверждают актуальность проблемы психологической поддержки участников боевых действий и необходимость развития научно обоснованных подходов к диагностике и терапии посттравматического стрессового расстройства в данной популяции.

### **2.3 Практические рекомендации по совершенствованию системы психологической поддержки участников боевых действий и их семей**

Совершенствование системы психологической поддержки участников боевых действий и их семей требует комплексного подхода, основанного на современных научных достижениях в области военной психологии, травматологии и семейной терапии. Эффективная система поддержки должна базироваться на принципах доступности, непрерывности, индивидуализации и системности оказания помощи.

Ключевым аспектом совершенствования является создание многоуровневой системы поддержки, которая охватывает все этапы военной службы: от подготовки к выполнению боевых задач до реабилитации и социальной адаптации после завершения службы. Такая система должна предусматривать как профилактические мероприятия, направленные на повышение психологической устойчивости, так и специализированную помощь при возникновении психологических проблем.

Важным направлением совершенствования является внедрение evidence-based подходов в практику психологической поддержки. Это означает использование методов и техник, эффективность которых подтверждена научными исследованиями и международной практикой. Особое внимание следует уделить адаптации зарубежных методик к особенностям отечественной культуры и менталитета.

Эффективная психологическая подготовка к боевым действиям должна включать формирование психологической устойчивости, развитие копинг-стратегий и повышение стрессоустойчивости. Рекомендуется внедрение программ, основанных на когнитивно-поведенческом подходе, которые помогают военнослужащим развить навыки управления эмоциями, позитивного мышления и эффективного реагирования на стрессовые ситуации.

Важным элементом профилактической работы является обучение военнослужащих техникам релаксации, дыхательным упражнениям и методам саморегуляции. Эти навыки позволяют поддерживать психологическое равновесие в условиях боевого стресса и предотвращать развитие посттравматических расстройств.

Особое внимание следует уделить групповой работе, направленной на укрепление боевого братства и взаимной поддержки. Сплоченность подразделения является важным защитным фактором, снижающим риск развития психологических проблем у военнослужащих.

Во время выполнения боевых задач психологическая поддержка должна быть оперативной и доступной. Рекомендуется создание системы мобильных психологических групп, которые могут быстро прибыть в зону боевых действий для оказания экстренной психологической помощи.

Важным направлением является подготовка командиров всех уровней к оказанию первичной психологической поддержки своим подчиненным. Командиры должны уметь распознавать признаки психологического неблагополучия, владеть техниками психологической поддержки и знать алгоритмы направления военнослужащих к специалистам.

Необходимо внедрение системы регулярного мониторинга психологического состояния военнослужащих, включая использование современных психодиагностических методик и технологий дистанционной оценки. Это позволит своевременно выявлять лиц, нуждающихся в специализированной помощи.

Система реабилитации должна быть дифференцированной и учитывать индивидуальные особенности каждого участника боевых действий. Рекомендуется создание специализированных реабилитационных центров, оснащенных современным оборудованием и укомплектованных квалифицированными специалистами.

Важным компонентом реабилитации является работа с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) с использованием доказательно эффективных методов, таких как когнитивно-поведенческая терапия, терапия десенсибилизации и переработки движениями глаз (EMDR), экспозиционная терапия.

Особое внимание следует уделить социальной адаптации ветеранов боевых действий, включая профессиональную переориентацию, помощь в трудоустройстве и интеграцию в гражданское общество. Необходимо создание программ наставничества, где опытные ветераны помогают новым участникам боевых действий адаптироваться к мирной жизни.

Можно сформулировать следующие рекомендации по психологической поддержке семей участников боевых действий.

Работа с семьями должна начинаться еще до отправки военнослужащего в зону боевых действий. Рекомендуется проведение семейных консультаций, направленных на подготовку к предстоящей разлуке, обучение эффективным способам поддержания связи и развитие навыков совладания со стрессом.

Важным направлением является создание групп взаимной поддержки для жен и других членов семей военнослужащих. Эти группы позволяют членам семей делиться опытом, получать эмоциональную поддержку и практические советы по преодолению трудностей.

Необходимо внедрение программ психологического просвещения для семей, включающих информацию о возможных психологических реакциях на боевой стресс, способах поддержки военнослужащего и сохранения семейных отношений в условиях разлуки.

Во время нахождения военнослужащего в зоне боевых действий семья нуждается в постоянной поддержке. Рекомендуется создание системы кураторства, где за каждой семьей закрепляется ответственный специалист, обеспечивающий регулярную связь и оказание необходимой помощи.

Важным аспектом является организация досуга и социальной активности для членов семей, включая проведение культурных мероприятий, спортивных соревнований и образовательных программ. Это помогает отвлечься от переживаний и поддерживать позитивный настрой.

Необходимо обеспечение доступности психологической помощи для членов семей, включая индивидуальные консультации, семейную терапию и кризисное вмешательство при необходимости.

Дети участников боевых действий нуждаются в особом внимании и поддержке. Рекомендуется разработка специализированных программ для детей разных возрастов, учитывающих особенности их психического развития и восприятия ситуации.



Важным направлением является работа с образовательными учреждениями, где обучаются дети военнослужащих. Педагоги должны быть информированы о специфике ситуации и владеть навыками оказания поддержки таким детям.

Необходимо создание системы мониторинга психологического состояния детей и своевременного выявления признаков дезадаптации. При необходимости должна оказываться специализированная психологическая помощь.

Рекомендуется создание единой координационной структуры, ответственной за организацию психологической поддержки участников боевых действий и их семей. Эта структура должна обеспечивать взаимодействие между различными ведомствами и организациями, занимающимися данной проблематикой.

Важным элементом является создание единой информационной системы, содержащей данные о всех участниках боевых действий и их семьях, оказанной помощи и результатах реабилитации. Это позволит обеспечить преемственность в оказании помощи и избежать дублирования услуг.

Необходимо разработка стандартов качества психологической помощи и системы контроля за их соблюдением. Это обеспечит единообразие подходов и высокое качество оказываемых услуг.

Эффективная система психологической поддержки требует адекватного финансирования. Рекомендуется создание специального фонда для финансирования программ психологической поддержки, формируемого как за счет бюджетных средств, так и благотворительных пожертвований.

Важным аспектом является обеспечение доступности психологической помощи для всех нуждающихся, включая возможность бесплатного получения услуг участниками боевых действий и их семьями. Необходимо предусмотреть компенсацию расходов на проезд и проживание для тех, кто вынужден обращаться за помощью в другие регионы.

Эффективная система поддержки требует тесного взаимодействия между различными ведомствами и организациями. Рекомендуется создание межведомственных комиссий на федеральном и региональном уровнях для координации деятельности и решения спорных вопросов.

Важным направлением является развитие партнерских отношений с общественными организациями, благотворительными фондами и волонтерскими движениями, занимающимися поддержкой военнослужащих и их семей.

При выборе методов психологической помощи необходимо ориентироваться на доказательную базу их эффективности. Рекомендуется использование методов, эффективность которых подтверждена международными исследованиями и практикой.

Важным принципом является индивидуализация подхода с учетом особенностей личности, характера полученной травмы и культурных особенностей. Необходимо избегать универсальных решений и адаптировать методы под конкретные случаи.

Особое внимание следует уделить комплексному подходу, сочетающему различные методы психологической помощи. Эффективным может быть сочетание индивидуальной терапии с групповой работой, медикаментозного лечения с психотерапией.

Рекомендуется внедрение современных технологий в практику психологической поддержки. Это может включать использование виртуальной реальности для экспозиционной терапии, мобильных приложений для самопомощи и дистанционного консультирования.

Важным направлением является развитие телемедицинских технологий, позволяющих оказывать психологическую помощь удаленно. Это особенно актуально для жителей отдаленных регионов и тех, кто по различным причинам не может посещать специалистов лично.

Необходимо обеспечение информационной безопасности при использовании цифровых технологий, включая защиту персональных данных и конфиденциальность проводимых консультаций.

Эффективная система психологической поддержки требует высококвалифицированных специалистов. Рекомендуется разработка специализированных образовательных программ для подготовки психологов, работающих с участниками боевых действий и их семьями.

Важным компонентом подготовки является изучение специфики военной психологии, особенностей боевого стресса и методов работы с боевой травмой. Специалисты должны владеть современными методами диагностики и терапии посттравматического стрессового расстройства.

Необходимо включение в программы подготовки изучения культурных и этнических особенностей различных групп военнослужащих, что позволит обеспечить культурно-чувствительную помощь.

Рекомендуется создание системы непрерывного профессионального развития для специалистов, работающих в области психологической поддержки военнослужащих. Это должно включать регулярное повышение квалификации, участие в конференциях и семинарах, изучение новых методов и технологий.

Важным аспектом является создание системы супервизии, позволяющей начинающим специалистам получать поддержку и руководство от более опытных коллег. Это особенно важно при работе с тяжелыми случаями травматизации.

Необходимо обеспечение доступа специалистов к современной научной литературе и международным базам данных, что позволит им быть в курсе последних достижений в области военной психологии.

Работа с травмированными военнослужащими и их семьями сопряжена с высоким риском профессионального выгорания. Рекомендуется создание системы поддержки для самих специалистов, включающей регулярные

групповые встречи, индивидуальные консультации и программы профилактики выгорания.

Важным аспектом является обеспечение адекватной рабочей нагрузки и условий труда для специалистов. Необходимо избегать переработок и обеспечивать регулярный отдых и восстановление.

Для оценки эффективности системы психологической поддержки рекомендуется разработка комплексной системы показателей, включающей как количественные, так и качественные параметры. Это может включать показатели доступности помощи, удовлетворенности клиентов, долгосрочных результатов реабилитации.

Важным аспектом является регулярный мониторинг психологического состояния участников боевых действий и их семей, позволяющий оценивать эффективность проводимых мероприятий и своевременно вносить коррективы.

Необходимо проведение периодических исследований для оценки потребностей целевых групп и выявления новых вызовов в области психологической поддержки.

Рекомендуется создание системы сбора обратной связи от участников боевых действий и их семей о качестве получаемой помощи. Эта информация должна использоваться для совершенствования услуг и повышения их эффективности.

Важным элементом является создание механизмов подачи жалоб и предложений, позволяющих клиентам влиять на качество оказываемых услуг.

Реализация данных рекомендаций позволит создать эффективную систему психологической поддержки участников боевых действий и их семей, обеспечивающую своевременную и качественную помощь всем нуждающимся. Ключевым условием успеха является системный подход, адекватное финансирование и подготовка квалифицированных специалистов.

Выводы по второй главе

Эмпирическое исследование 35 участников боевых действий с использованием валидных диагностических методик (Миссисипская шкала, IES-R, опросник К.К. Яхина и Д.М. Менделевича) выявило критически высокую распространенность посттравматического стрессового расстройства в исследуемой группе - 82,9% участников имеют клинически значимые проявления расстройства. Полученные данные существенно превышают средние показатели распространенности ПТСР среди участников боевых действий, которые, согласно исследованиям института Бехтерева, составляют от 3 до 11%, и даже показатели для раненых военнослужащих (до 30%). Такая высокая распространенность может быть обусловлена особенностями выборки, включающей лиц, активно обращающихся за психологической помощью, что указывает на наличие выраженных симптомов.

Установлена высокая коморбидность посттравматического стрессового расстройства с тревожными (68,6%) и астеническими (74,3%) расстройствами, что указывает на системный характер психологических нарушений и соответствует данным мировых исследований о комплексном воздействии боевой травмы на психическое здоровье. Выявленная коморбидность значительно усложняет клиническую картину и требует дифференцированного подхода к психотерапевтическому вмешательству.

Корреляционный анализ подтвердил тесные взаимосвязи между различными проявлениями посттравматического стрессового расстройства и коморбидными невротическими состояниями, что обосновывает необходимость комплексного подхода к психологическому сопровождению. Особенно значимыми оказались корреляции между симптомами вторжения травматических воспоминаний и уровнем тревожности ( $r=0,74$ ), а также между избегающим поведением и астеническими проявлениями ( $r=0,69$ ), что свидетельствует о взаимном усилении различных симптомокомплексов.

Результаты исследования выявили недостаточную эффективность существующей системы психологической поддержки участников боевых

действий. Только 31,4% респондентов получали специализированную психологическую помощь, при этом 60% из них оценили ее эффективность как недостаточную. Данные показатели указывают на необходимость кардинального пересмотра подходов к организации психологической реабилитации военнослужащих.

Эффективная система психологической поддержки требует высококвалифицированных специалистов. Важным компонентом подготовки является изучение специфики военной психологии, особенностей боевого стресса и методов работы с боевой травмой. Специалисты должны владеть современными методами диагностики и терапии посттравматического стрессового расстройства.

Необходимо включение в программы подготовки изучения культурных и этнических особенностей различных групп военнослужащих, что позволит обеспечить культурно-чувствительную помощь.

Рекомендуется создание системы непрерывного профессионального развития для специалистов, работающих в области психологической поддержки военнослужащих. Это должно включать регулярное повышение квалификации, участие в конференциях и семинарах, изучение новых методов и технологий, прохождение личной терапии и регулярных супервизий.

## **Заключение**

Проведенное исследование позволило достичь поставленной цели и решить определенные задачи по изучению теоретических подходов и современного состояния системы психологической поддержки участников боевых действий и их семей при посттравматическом стрессовом расстройстве для выявления направлений её совершенствования.

В ходе теоретического анализа была рассмотрена сущность психологической травмы и посттравматического стрессового расстройства, выявлены основные теоретические модели понимания посттравматического стрессового расстройства: двухфакторная теория, когнитивная модель А. Бека и Г. Эмери, психодинамический, психосоциальный и психобиологический подходы. Установлено, что посттравматическое стрессовое расстройство представляет собой комплексное расстройство, характеризующееся тремя основными кластерами симптомов: вторжением, избеганием и гипервозбуждением.

Анализ особенностей боевого посттравматического стрессового расстройства показал его специфику, обусловленную характером травматизации, профессиональными особенностями военнослужащих и социокультурными факторами. Выявлено, что боевое посттравматическое стрессовое расстройство характеризуется более выраженными симптомами агрессии, алекситимией, трудностями социальной адаптации и высокой коморбидностью с другими психическими расстройствами.

Исследование функционирования семейной системы в условиях боевой травмы выявило механизмы дестабилизации семейных отношений под влиянием посттравматического стрессового расстройства у участника боевых действий. Установлено, что семья может выступать как источником поддержки и ресурсом для восстановления, так и фактором, усугубляющим течение расстройства. Показана необходимость системного подхода к психологическому сопровождению всей семьи.

Анализ современных теоретических подходов к психологическому сопровождению лиц с посттравматическим стрессовым расстройством показал эффективность когнитивно-поведенческой терапии, EMDR-терапии, экспозиционной терапии и интегративных подходов. Особое значение имеют методы семейной терапии и групповой работы с ветеранами.

Эмпирическое исследование 35 участников боевых действий с использованием валидных диагностических методик (Миссисипская шкала, IES-R, опросник К.К. Яхина и Д.М. Менделевича) выявило критически высокую распространенность посттравматического стрессового расстройства в исследуемой группе - 82,9% участников имеют клинически значимые проявления расстройства. Установлена высокая коморбидность посттравматического стрессового расстройства с тревожными (68,6%) и астеническими (74,3%) расстройствами, что указывает на системный характер психологических нарушений.

Корреляционный анализ подтвердил тесные взаимосвязи между различными проявлениями посттравматического стрессового расстройства и коморбидными невротическими состояниями, что обосновывает необходимость комплексного подхода к психологическому сопровождению.

Анализ современного состояния системы психологической помощи участникам боевых действий в Российской Федерации показал наличие нормативно-правовой базы и институциональной структуры, однако выявил недостатки в доступности, качестве и системности оказываемой помощи.

На основе проведенного исследования разработаны практические рекомендации по совершенствованию системы психологической поддержки, включающие создание специализированных программ реабилитации, внедрение дифференцированного подхода к терапии, развитие раннего выявления и профилактики посттравматического стрессового расстройства, а также обязательное включение семей в процесс психологической реабилитации.



## Список используемой литературы

1. Абабков В.А., Перре М. Адаптация к экстремальным ситуациям как проблема индивидуальных различий // Вестник СПбГУ. Серия 6. 2004. Вып. 1. С. 66-74.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства : учебное пособие. 4 е изд. М. : ГЭОТАР Медиа, 2007. 720 с.
3. Аналитический отчет о деятельности Фонда «Защитники Отечества» за 2023 год / Фонд «Защитники Отечества». М., 2024. 68 с.
4. Анцупов А.Я., Шипилов А.И. Профилактика конфликтов в школьном коллективе. М. : ВЛАДОС, 2004. 208 с.
5. Бадалян Л.О. Детская неврология : учебник. 3 е изд. М. : МЕДпресс информ, 1984. 576 с.
6. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003. 304 с.
7. Бремнер Д. Д. Травма, память и диссоциация // Журнал травматического стресса. 1999. Т. 12, № 4. С. 715-738.
8. Ван дер Колк Б. Тело помнит все: какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть. М.: Эксмо, 2020. 464 с.
9. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. СПб. : Речь, 2001. 144 с.
10. Василюк Ф.Е. Психология переживания. М. : Изд во МГУ, 1984. 200 с.
11. Вилсон Дж. П. Травма, трансформация и исцеление: интегративный подход к теории, исследованию и посттравматической терапии. Нью Йорк: Брунер/Мазель, 1989. 456 с.
12. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. СПб. : Питер, 2009. 336 с.

13. Всемирная организация здравоохранения. Классификация психических и поведенческих расстройств МКБ 10. Режим доступа: <https://www.who.int/classifications/icd/en/> (дата обращения: 15.06.2025).
14. Герман Дж. Психологическая травма и путь к исцелению. М.: Независимая фирма «Класс», 2019. 464 с.
15. Горобец Л.Н. Психосемантическое исследование когнитивных и эмоциональных изменений при посттравматических стрессовых расстройствах : дис. ... канд. психол. наук. М., 2005. 162 с.
16. Горовиц М. Дж. Стрессовые синдромы. 2 е изд. Нью Йорк: Джейсон Аронсон, 1986. 364 с.
17. Горячая линия психологической поддержки Министерства обороны РФ. URL: [https://mil.ru/psy\\_help](https://mil.ru/psy_help) (дата обращения: 15.12.2024).
18. Гринкер Р. Р., Шпигель Дж. П. Мужчины под стрессом. Филадельфия: Блейкстон, 1945. 484 с.
19. Ениколопов С.Н. Психологические последствия терроризма и методы их коррекции // Психологический журнал. 2001. Т. 22, № 6. С. 70-78.
20. Журавлев А. Л., Сергиенко Е.А. Психология стресса и совладающего поведения. М.: Институт психологии РАН, 2018. 512 с.
21. Зайцев В.В. Динамика формирования посттравматических стрессовых расстройств у участников локальных войн : дис. ... канд. мед. наук. М., 2002. 145 с.
22. Идобаева О.А. Психолого педагогическая модель формирования психологической безопасности личности подростка // Психологическая наука и образование. 2013. № 4. С. 69-79.
23. Йехуда Р. Биология посттравматического стрессового расстройства // Журнал клинической психиатрии. 2000. Т. 61, № 7. С. 14-21.
24. Калшед Д. Внутренний мир травмы. Архетипические защиты личностного духа // Психологическое консультирование. 2007. № 1. С. 45-62.

25. Кардинер А. Военные неврозы. Нью Йорк: Пол Б. Хобер, 1941. 289 с.
26. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии. М.: Независимая фирма «Класс», 2000. 464 с.
27. Кин Т. М., Зимеринг Р.Т., Кэддел Дж. М. Посттравматическое стрессовое расстройство: этиология, феноменология и лечение. Нью Йорк: Гилфорд Пресс, 2014. 456 с.
28. Китаев Смык Л.А. Психология стресса. Психологическая антропология стресса. М. : Академический Проект, 2009. 943 с.
29. Клейн М. Зависть и благодарность: исследование бессознательных источников. Пер. с англ. А. Михайлова. СПб.: Б.С.К., 1997. 96 с.
30. Клойтр М., Коэн Л., Купер К. Лечение пациентов с комплексным посттравматическим стрессовым расстройством // Журнал травматического стресса. 2002. Т. 15, № 5. С. 349-361.
31. Ковалев Ю.В. Боевая психическая травма (клинико психопатологическое исследование) // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. № 1. С. 5-9.
32. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психосоциальная аддиктология. Новосибирск : Олсиб, 2001. 251 с.
33. Корчагина Г. И., Юсупов В.В. Психологическая реабилитация участников боевых действий. М.: Академия, 2015. 280 с.
34. Кристал Г. Интеграция и самоисцеление: аффект, травма и алекситимия. Хиллсдейл: Аналитик Пресс, 1988. 368 с.
35. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс. Л. : Медицина, 1970. С. 178-208.
36. Линди Дж. Д. Психоаналитическая психотерапия посттравматического стрессового расстройства // Журнал Американской психоаналитической ассоциации. 1988. Т. 36, № 2. С. 353-385.
37. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма : руководство для врачей. М. : Медицина, 2005. 432 с.

38. Лифтон Р. Дж. Выжившие в Хиросиме: психологические последствия атомной бомбы. Нью Йорк: Рэндом Хаус, 1967. 594 с.
39. Магомед Эминов М.Ш. Феномен экстремальности. М. : Психоаналитическая ассоциация, 2008. 218 с.
40. Малкина Пых И.Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. М. : Эксмо, 2005. 960 с.
41. Мартин М., Фигли Ч. Психологические последствия боевых действий // Журнал консультативной и клинической психологии. 1973. Т. 41, № 2. С. 253-262.
42. Мауэр О. Х. Теория обучения и поведения. Нью Йорк: Вили, 1960. 555 с.
43. Методические рекомендации по оказанию экстренной психологической помощи участникам боевых действий / Центр «Возвращение». СПб., 2024. 72 с.
44. Мурашко М.А. О развитии системы психологической помощи в России // Медицинская газета. 2024. № 23. С. 3-4.
45. Огден П., Минтон К., Пэйн К. Сенсомоторная психотерапия: вмешательства при травме и привязанности. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2018. 464 с.
46. Олифинович Н.И., Зинкевич Т.А., Куземкина Т.Ф. Психология семейных кризисов. СПб. : Речь, 2006. 360 с.
47. Отчет о развитии системы психологической помощи участникам СВО / Министерство здравоохранения Российской Федерации. М., 2024. 94 с.
48. Падун М.А., Котельникова А.В. Модификация методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф Бульман // Психологический журнал. 2008. Т. 29, № 4. С. 98-106.
49. Питман Р. К., Опп С.П., Фогельман Б. Биологические данные о посттравматическом стрессовом расстройстве // Журнал клинической психиатрии. 1989. Т. 50, № 5. С. 309-316.

50. Платформа психологической помощи «ЯПомогу.онлайн». URL: <https://yapomogy.online> (дата обращения: 15.12.2024).
51. Порджес С. Поливагальная теория: эмоциональная регуляция и социальное взаимодействие. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2021. 312 с.
52. Портал СВОИРОДНЫЕ.РФ. URL: <https://своиродные.рф> (дата обращения: 15.12.2024).
53. Программа «Светлый круг»: методические материалы по психологической помощи участникам боевых действий / АНО ДПО «Петербургская Школа Психотерапии и Психологии Отношений». СПб., 2024. 48 с.
54. Проект «КСВО. Разговор с психологом» в Telegram. URL: [https://t.me/ksvo\\_psychologist](https://t.me/ksvo_psychologist) (дата обращения: 15.12.2024).
55. Психологическая помощь семьям участников СВО: практическое руководство / Государственное бюджетное учреждение города Севастополя «Центр социальной помощи семье и детям». Севастополь, 2023. 84 с.
56. Путин В.В. О необходимости обязательной психологической реабилитации участников СВО // Российская газета. 2024. 15 февраля. С. 1-2.
57. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. М. : Изд во Института психотерапии, 2000. 128 с.
58. Расмуссен С. А., Чарни Д.С. Нейробиология посттравматического стрессового расстройства // Журнал клинической психиатрии. 2000. Т. 61, № 5. С. 23-29.
59. Ромек В.Г. Посттравматические стрессовые расстройства и качество жизни // Журнал практического психолога. 2001. № 5. С. 75-84.

60. Российское общество психиатров. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению посттравматического стрессового расстройства. URL: <http://www.psychiatr.ru/> (дата обращения: 05.07.2025).
61. Селье Г. Стресс без дистресса. Пер. с англ. М. : Прогресс, 1982. 124 с.
62. Сервис бот психологической поддержки #МЫВМЕСТЕ. URL: [https://t.me/psy\\_myvmeste\\_bot](https://t.me/psy_myvmeste_bot) (дата обращения: 15.12.2024).
63. Соловьева С.Л. Медицинская психология. М. : Академический проект, 2004. 304 с.
64. Справочник психологических служб для участников боевых действий / сост. Н.В. Сидоров. М.: Военная психология, 2024. 124 с.
65. Статистические данные по оказанию психологической помощи участникам боевых действий в 2023 2024 гг. / Фонд «Защитники Отечества». М., 2024. 45 с.
66. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. СПб. : Питер, 2001. 272 с
67. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса. Теория и практика. М. : Изд во «Институт психологии РАН», 2009. 304 с.
68. Телефоны доверия и службы психологической помощи участникам СВО: справочник / Российский Красный Крест. М., 2024. 36 с.
69. Фигли Ч. Р. Травма и ее последствия. Нью Йорк: Брунер Мазель, 1995. 389 с.
70. Фигли Ч. Р., Кин Т.М., Фэйрбенк Дж. Миссисипская шкала для оценки посттравматического стрессового расстройства, связанного с боевыми действиями // Журнал консультативной и клинической психологии. 1989. Т. 57, № 1. С. 85-90.
71. Фоа Э. Б., Козак М.Дж. Теория эмоциональной переработки посттравматического стрессового расстройства // Журнал консультативной и клинической психологии. 1986. Т. 54, № 6. С. 748-758.

72. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы. Пер. с англ. В. Мершавки. М.: Педагогика Пресс, 1993. 144 с.
73. Фрейд З., Брейер Й. Исследования истерии. Пер. с нем. А. Боковой. М.: Попурри, 2005. 464 с.
74. Хобфолл С. Э. Теория консервации ресурсов: применение к стрессу и управлению в организациях // Справочник по организационному поведению. 2001. С. 57-81.
75. Цивилева А.Е. Создание реестра педагогов психологов для помощи семьям участников СВО // Учительская газета. 2024. № 12. С. 5.
76. Чарни Д. С., Дойч А.Ю., Кристал Дж.Х. Психобиологические механизмы посттравматического стрессового расстройства // Архив общей психиатрии. 1993. Т. 50, № 4. С. 295-305.
77. Черепанова Е.М. Психологический стресс: помощи себе и ребенку. М. : Академия, 1997. 96 с.
78. Центр психологической реабилитации. Методические рекомендации по работе с ПТСР. URL: <http://www.psyrehab.ru/> (дата обращения: 05.07.2025).
79. Эллис А., Драйден У. Рационально эмоциональная поведенческая терапия. Пер. с англ. Т. Саушкина. Ростов н/Д: Феникс, 1999. 512 с.
80. Эриксон Дж. Э. О железнодорожных и других травмах нервной системы. Лондон: Валтон и Мейберли, 1866. 168 с.
81. Янофф Булман Р. Разрушенные допущения: к новой психологии травмы. Нью Йорк: Фри Пресс, 1992. 256 с.
82. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.) / American Psychiatric Association. Washington, DC : American Psychiatric Publishing, 2013. 947 p.
83. Figley C.R. Trauma and Its Wake: The Study and Treatment of Post Traumatic Stress Disorder / C.R. Figley. New York : Brunner/Mazel, 1985. 398 p.

84. Herman J.L. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence From Domestic Abuse to Political Terror / J.L. Herman. New York : Basic Books, 1992. 290 p.
85. Horowitz M.J. Stress Response Syndromes / M.J. Horowitz. New York : Jason Aronson, 1986. 268 p.
86. Janet P. The Major Symptoms of Hysteria / P. Janet. New York : Macmillan, 1907. 345 p.
87. Kardiner A. The Traumatic Neuroses of War / A. Kardiner. New York : Hoeber, 1941. 256 p.
88. Van der Kolk B.A. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma / B.A. Van der Kolk. New York : Penguin Books, 2014. 464 p.
89. Wilson J.P. Treating PTSD in Military Personnel: A Clinical Handbook / J.P. Wilson, B. Droždek. New York : Guilford Press, 2004. 402 p.



## Приложение А

### Основные диагностические инструменты для оценки посттравматического стрессового состояния у участников боевых действий

Таблица А1 – Основные диагностические инструменты для оценки  
посттравматического стрессового расстройства у участников боевых действий

Название методики	Тип инструмента	Количество пунктов	Оцениваемые параметры	Особенности и применения	Преимущества	Ограничения
1	2	3	4	5	6	7
Клинически управляемая шкала ПТСР (CAPS-5)	Структурированное клиническое интервью	30 пунктов	- Навязчивые симптомы (5 пунктов) - Избегание (2 пункта) - Негативные изменения в познании и настроении (7 пунктов) - Изменения в возбудимости и реактивности (6 пунктов)	Проводится клиницистом, требует специальной подготовки	Золотой стандарт диагностики, высокая точность	Требует значительного времени и квалификации
Шкала воздействия травмирующих событий (IES-R)	Инструмент самооценки	22 пункта	- Навязчивые мысли (8 пунктов) - Избегание (8 пунктов) - Гипервозбудимость (6 пунктов)	Быстрое проведение, подходит для скрининга	Краткость, простота применения	Ограниченная диагностическая специфичность
Миссисипская шкала (M-PTSD)	Специализированный инструмент для ветеранов	35 пунктов	- Повторное переживание - Избегание и эмоциональное оцепенение - Симптомы возбуждения - Соматические проявления - Депрессивные симптомы	Специально разработана для ветеранов боевых действий	Учитывает специфику боевой травмы	Применима только для военнослужащих

Продолжение приложения А

1	2	3	4	5	6	7
Контрольный список ПТСР (PCL-5)	Инструмент самооценки	20 пунктов	Все критерии DSM-5 для диагностики ПТСР	Существует в нескольких версиях	Соответствие современным критериям DSM-5	Требует дополнительной клинической оценки
Опросник боевого воздействия (CES)	Специализированная шкала оценки	7 пунктов	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Воздействие вражеского огня</li> <li>- Участие в боевых действиях</li> <li>- Свидетельство смерти товарищей</li> <li>- Нахождение в опасных условиях</li> </ul>	Оценивает степень воздействия боевых стрессоров	Специфичность для боевого опыта	Не оценивает симптомы, только воздействие
Шкала моральной травмы (MIE)	Специализированный инструмент	Переменное количество	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Действия, совершенные самим человеком</li> <li>- Действия, совершенные другими</li> <li>- Предательство со стороны доверенных лиц</li> </ul>	Оценивает моральные аспекты травмы	Учитывает этические аспекты боевой травмы	Относительно новый инструмент
Инвентарь симптомов дистресса у ветеранов (DRRI-2)	Комплексный инструмент оценки	17 секций	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Предварительные факторы риска</li> <li>- Стрессоры во время службы</li> <li>- Факторы устойчивости</li> <li>- Послужные последствия</li> </ul>	Комплексная оценка факторов риска и устойчивости	Холистический подход к оценке	Требует значительного времени