

Предисловие

Мы часто говорим о таких качествах, как милосердие и сострадание, по мнению ученых, приоритетных в работе специалистов помогающих профессий. Что касается компетенций, одна из важнейших для психологов, волонтеров, социальных координаторов, медицинского персонала — это эмпатия, или способность чувствовать чужую боль. Исследования Т. П. Гавриловой показывают, что личности с высоким уровнем эмпатии, которые видят горе другого человека, способны понять его боль и облегчить состояние.

Сопереживая недугам и травмам других людей, эмпаты могут перенять их физические симптомы (боли в теле, простуду, заболевания, инфекции, нарушение пищеварения, проблемы с поясницей и пр.) — то есть стать сотравмированными. Все это можно отнести к негативным последствиям высокого уровня эмпатии.

Женщина-психолог обратилась за помощью. Она работает в госпитале: милосердна, эмпатична, полна сострадания и сочувствия к тяжело раненному воину, от которого отказалась жена. В итоге выстроившихся коммуникаций воин предлагает психологу выйти за него замуж. Психолог с ужасом думает, как отказать: у нее есть семья и дети. Но воин уже несколько раз произносил фразу: «Ведь ты из тех, кто не предаст...» Сама ситуация была тяжело пережита психологом. Неумение выстроить профессиональные границы при высоком уровне эмпатии — проблема многих помогающих специалистов.

Можно ли сделать вывод, что, сопереживая, принимая воина безоценочно, мы можем забрать на себя симптомы боевого стресса, как если бы мы сами участвовали в боевых действиях? Да. Поэтому сегодня очень важно не только сопереживать и сочувствовать, но в первую очередь помогать участникам специальной военной операции (СВО) и членам их семей.

Воин рассказывает о работе с психологом. Говорит о том, что психолог сочувствовала и даже рассказывала о своей жизни — своих трудностях и тяжелых событиях, сопереживала бедам воина и была крайне эмпатична. Но, по мнению воина, ему было нужно пройти этап принятия (отсутствие ноги) и выстроить четкое понимание того, каковы его дальнейшие возможности, риски, какие шаги следует предпринять и каков порядок этих «шагов».

Основная цель психологического сопровождения — сохранение психического и физического здоровья, профессионального долголетия участников СВО. По сути, мы говорим о совместном прохождении этапов «жизненной дороги», содействии в ее прохождении. Содействие — это не просто путь, состоящий из малых шагов и остановок, но и *процесс упорядочения хаоса*. Он подразумевает выстраивание ближней и долгосрочной перспективы — в том числе перспективы собственной жизни. Это обретение контроля над своей судьбой и деятельная вовлеченность во все происходящее. Это право идти своей дорогой, совершая ошибки, но принимая ответственность за них и обретая бесценный опыт.

Психологическое сопровождение включает в себя следующие направления профессиональной деятельности: психологическую диагностику, психологическое просвещение, психологический тренинг, психологическое консультирование, психокоррекцию, психотерапию, организацию рекреационных мероприятий и др.

Кризисное психологическое консультирование имеет существенные отличия от психологического консультирования, которое фокусируется на решении менее острых проблем. Наряду с кризисной психотерапией оно направлено на оказание психологической помощи в процессе переживания критической ситуации.

Предполагается, что после нормализации эмоционального состояния и достижения приемлемого уровня адаптации клиент (пациент) будет способен рационально решать проблемы или психологически принять новую жизненную ситуацию. Далее психологическая помощь может осуществляться как проблемно-ориентированное консультирование.

В книге 23 главы, материал подготовлен исходя из запросов участников СВО и их близких. Запросы непростые: от травм, связанных с утратой половых функций до переживания фантомных болей, от сексуального насилия до работы с горем, от переживания чувства вины до поиска выжившими смысла жизни. Главы написаны специалистами-практиками, оказывающими психологическую помощь и поддержку воинам и членам их семей в Луганске, Донецке, Республике Крым, в Севастополе, в освобожденных городах, в госпиталях Москвы, Санкт-Петербурга и других российских городов, авторы выезжают «за ленту», работают в государственных и общественных фондах, частных центрах, помогают пережить горе, поддерживают семьи пропавших без вести.

Ряд глав посвящен психологической подготовке самого специалиста, в профессиональные задачи которого входит кризисное психологическое консультирование участников СВО и членов их семей. Так как задача повышения жизнестойкости самого кризисного психолога как ресурса для противостояния стрессам и преодоления трудных жизненных ситуаций (в том числе профессиональных) очень важна.

Глава 1

Военные травмы, боевые психические травмы



Вооруженные конфликты — неотъемлемая часть истории человечества. За последние 6 тысяч лет наша планета пережила более 15 тысяч войн, что отражено в печальной статистике: на один день мира приходится пять дней войны. За все время этих кровопролитных противостояний погибло около 4 миллиардов человек. История войн тесно связана с историей психических расстройств, обусловленных тяжелейшими условиями боевых действий.

Неврозы как психогенные заболевания

Современные научные определения невроза опираются на ключевую идею: это психогенное заболевание, возникающее из-за неразрешенного, мучительного для человека конфликта между его внутренними потребностями и внешними обстоятельствами. Этот конфликт вызывает тягостные переживания — неудовлетворенность, неудачи, утраты, — а неспособность найти продуктивный выход приводит к дезорганизации психической и физиологической сферы.

Мясищев В. Н. выделял базисную триаду *невротического реагирования*:

- *эмоциональный уровень* — сензитивность (повышенная чувствительность);
 - *уровень характера* — тревожность;
 - *уровень направленности личности* — гиперсоциальность.
- Критерии неврозов (по классической классификации):
- **ведущая роль психогенных факторов** в возникновении и течении расстройства;
 - **функциональный характер и потенциальная обратимость** болезненных состояний;
 - **отсутствие психотических симптомов** (бреда, галлюцинаций, грубых нарушений сознания);

- **сохранение критики** (осознание пациентом болезненного характера своего состояния и адекватная оценка реальности).

Психологические симптомы неврозов включают эмоциональное неблагополучие, тревожность, фобии, нарушения общения, заикленность на травматической ситуации, повышенную утомляемость, снижение концентрации. Физиологические проявления — головные и сердечные боли, панические атаки, нарушения сна, пищеварения, ипохондрические жалобы.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)

Одной из наиболее тяжелых форм боевых психических травм является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), для которого характерны повторяющиеся воспоминания о травме, ночные кошмары, повышенная тревожность, депрессия, чувство вины, избегание любых напоминаний о травмирующем событии. Эти симптомы могут сохраняться годами, существенно нарушая социальное и профессиональное функционирование.

Фазы развития ПТСР [13]:

- отрицание;
- навязчивость;
- прорабатывание;
- завершение.

Выделяют острое (до одного месяца), хроническое (более трех месяцев) и отсроченное (через шесть месяцев и более) ПТСР, а также комплексное ПТСР, связанное с многократными травмами (насилие, пытки, военные действия).

Классификация ПТСР в МКБ-10* включает:

* Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра. — *Примеч. ред.*

- тревожный тип (доминируют тревога, стремление к общению);
- астенический (апатия, потеря интереса);
- дисфорический (неустойчивое настроение, агрессия);
- соматоформный (боли в теле, нарушения ЖКТ, мигрени).

Стадии ПТСР:

- *шоковая* (реакция на травму);
- *реактивная* (осознание и первые проявления);
- *расстройство адаптации* (депрессия, тревожность);
- *стадия интеграции* (принятие произошедшего, адаптация).

Современные методы диагностики ПТСР включают сбор анамнеза, психологическое тестирование (SCL-90, шкалы Бека и Зунга), беседы с пациентом и его родственниками. Лечение сочетает фармакотерапию (антидепрессанты, седативные препараты) и психотерапию (групповые, индивидуальные, гештальт-терапия), а также профилактику повторных травм. В России утвержден новый стандарт медпомощи при ПТСР (приказ Минздрава № 311н от 21 июня 2023 года), увеличивший среднюю продолжительность лечения с 90 до 325 дней.

Современным определением цели терапии ПТСР является интеграция травматических воспоминаний в структуру автобиографической памяти, что приводит к повышению когерентности (взаимосвязи) и континуальности (непрерывности) Я-концепции.

Примечания

1. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 28.12.2013, с изм. от 04.06.2014) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
3. Приказ МЗ РФ от 26.09.2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи».

4. Приказ МЗ РФ от 26.11.1997 № 391 «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь».
5. Методические рекомендации «О работе медицинского психолога в учреждениях здравоохранения». Авторы из Санкт-Петербургского психологического общества (Saint-Petersburg psychological association).
6. *Гринберг Д.* Управление стрессом. — СПб.: Питер, 2004.
7. *Дружинин В. Н.* Экспериментальная психология. — СПб.: Питер, 2001.
8. *Журавлёв А. Л., Исурина Г. Л., Карпова Э. Б.* Психологическая концепция отношений
9. *Мясищев В. Н.* Учение о неврозах и психотерапия // Психологический журнал. 2020. Т. 41. № 2. С. 5–14.
10. *Осипова А. А.* Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. — Ростов-на-Дону: Феникс, 2005.
11. *Попов Ю. В., Вид. В. Д.* Современная клиническая психиатрия (руководство, основанное на МКБ_10).— СПб.: Речь, 2000.
12. *Тарабрина Н. В.* Психология посттравматического стресса. — М.: Когито-Центр, 2009.
13. *Horowitz, M. J.* Disasters and psychological responses to stress // *Psychiatric Annals*. 1985. Vol. 15, № 3. С. 161–167.