

КГБУСО «Центр социальной реабилитации инвалидов  
и ветеранов боевых действий»

**Методические рекомендации  
по взаимодействию и оказанию помощи ветеранам боевых действий  
для специалистов социальных учреждений**

Составители:

Грязнов Сергей Васильевич  
Лямина Ксения Анатольевна  
Орлова Ольга Александровна

Барнаул 2021

## Содержание

Введение.....	3
1 Посттравматический синдром как следствие участия в боевых действиях .....	4
1.1 Особенности физического и психологического состояния инвалидов и ветеранов боевых действий .....	4
1.2 Основные клинические симптомы при посттравматических стрессовых нарушениях.....	6
2 Формы и методы работы с ветеранами боевых действий.....	11
2.1 Первичное консультирование .....	11
2.2 Посредническая деятельность специалистов по социальной работе.....	13
2.3 Формы работы с ветеранами и инвалидами боевых действий и членами их семей, способствующие развитию личностного потенциала .....	15
2.4 Методы психокоррекции посттравматических состояний .....	17
Заключение .....	23
Литература.....	24

## Введение

Участники локальных войн и вооруженных конфликтов относятся к наиболее уязвимым слоям населения, являются специфическим контингентом, требующим активной социальной работы и многопрофильной реабилитации. После возвращения с войны они в той или иной мере сталкиваются с массой различных социальных, медицинских и психологических проблем, для решения которых необходимы качественные доступные услуги, использование различных методов и технологий, внедрение инновационных форм социального обслуживания.

Необходимость постоянной социальной работы с ветеранами боевых действий обусловлена тем, что последствия боевого стресса могут проявляться спустя много лет после травмирующих событий.

Зачастую ветераны сталкиваются с тем, что им не удается поддерживать приемлемый уровень жизни, что способствует ухудшению их «социального самочувствия». Как правило, работа с участниками локальных конфликтов в «мирной жизни» ложится на плечи медицинских учреждений. Что же касается социальной сферы, в настоящее время в России функционирует лишь несколько специализированных центров для ветеранов боевых действий.

Ветеранам боевых действий необходима комплексная, всесторонняя реабилитация, которая может быть обеспечена при условии взаимодействия различных ведомств и структур, в том числе социальных служб. Предоставление социальных услуг данной категории граждан является одним из актуальных аспектов организации социального обслуживания. Для результативной организации социального обслуживания ветеранов боевых действий необходимо знать характерные для них особенности, что поможет правильно построить работу, найти общий язык с ними, определить оптимальные направления в решении проблем.

# **1 Посттравматический синдром как следствие участия в боевых действиях**

## **1.1 Особенности физического и психологического состояния инвалидов и ветеранов боевых действий**

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

Инвалиды боевых действий - граждане из числа ветеранов боевых действий, ставшие инвалидами вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в результате выполнения задач в условиях вооруженного конфликта.

Исследования показывают, что у людей, побывавших в экстремальных ситуациях, возникают так называемые посттравматические стрессовые нарушения.

Круг явлений, вызывающих травматические стрессовые нарушения, достаточно широк и охватывает множество ситуаций, когда возникает угроза собственной жизни или жизни близкого человека, угроза физическому здоровью или образу «Я». Нарушения, развивающиеся после пережитой психологической травмы, затрагивают все уровни человеческого функционирования (физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия) и приводят к стойким личностным изменениям не только у людей, непосредственно переживших стресс, но и у членов их семей, а также очевидцев.

Посттравматические стрессовые нарушения способствуют формированию специфических семейных отношений, особых жизненных сценариев и могут влиять на всю дальнейшую жизнь. Психическая травма, психологический шок и

их последствия – вот что будет определять жизненный настрой выживших в военных конфликтах.

Мировая статистика показывает, что каждый пятый участник боевых действий при отсутствии каких-либо физических повреждений страдает нервно-психическими расстройствами, а среди раненых и инвалидов – каждый третий. Но это лишь часть того гигантского айсберга, который образуется после экстремальных воздействий. Другие последствия начинают проявляться спустя несколько месяцев после возвращения к нормальным условиям жизни. Это различные психосоматические заболевания. По данным экспертов военно-медицинской академии, у участников боевых действий (по сравнению со здоровыми людьми) в два-три раза выше вероятность таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Общее состояние здоровья характеризуется слабостью, головокружением, снижением работоспособности, головными болями, болями в области сердца, сексуальными расстройствами, нарушениями сна, фобическими реакциями и т. д., а у инвалидов дополняется проблемами, связанными с полученными ранениями и травмами.

Основными проблемами бывших солдат являются страх, демонстративность поведения, агрессивность и подозрительность. К их поведенческим особенностям относятся конфликтность в семье, с родственниками, коллегами, вспышки гнева, злоупотребление алкоголем и наркотиками.

Кроме того, отмечается неустойчивость психики, при которой даже самые незначительные потери, трудности толкают человека на самоубийство; особые виды агрессии; боязнь нападения сзади; чувство вины за то, что остался жив; идентификация себя с убитыми. Для участников боевых действий характерны также эмоциональная напряженность и эмоциональная обособленность, повышенная раздражительность и агрессивность, беспричинные вспышки гнева, приступы страха и тревоги. Отмечаются повторяющиеся яркие сны боевых ситуаций и ночные кошмары, навязчивые воспоминания о психотравмирующих

событиях, сопровождающиеся тяжелыми переживаниями, внезапные всплески эмоций с «возвращением» в психотравмирующие ситуации. Зачастую присутствуют и мысли о самоубийстве, которые в иных случаях заканчиваются реальным осуществлением.

К другим психическим явлениям, присутствующим у ветеранов войн, относятся состояние пессимизма, ощущение заброшенности другими; недоверие к другим людям, неспособность говорить о войне; потеря смысла жизни; неуверенность в своих силах; ощущение нереальности того, что происходило на войне; ощущение того, что ты погиб на войне; ощущение неспособности влиять на ход событий; неспособность быть открытым в общении с другими людьми; тревожность; потребность иметь при себе оружие; неприятие ветеранов других войн; негативное отношение к представителям власти; желание выместить на ком-либо злость за то, что был послан на войну, и за все, что там происходило; отношение к женщинам только как к объекту сексуального удовлетворения; потребность участвовать в опасных «приключениях»; попытка найти ответ на вопрос, почему погибли твои друзья, а не ты. Все эти проявления, которые ученые назвали посттравматическими стрессовыми расстройствами, свидетельствуют о наличии у участников боевых действий посттравматического синдрома.

## **1.2 Основные клинические симптомы при посттравматических стрессовых нарушениях**

Выделяются следующие основные клинические симптомы:

**1. Сверхбдительность** проявляется в том, что человек пристально следит за всем, что происходит вокруг, словно ему постоянно угрожает опасность. Эта опасность не только внешняя, но и внутренняя. Причина ее состоит в боязни, что нежелательные травматические впечатления, обладающие разрушительной силой, прорвутся в сознание. Зачастую сверхбдительность проявляется в виде постоянного физического напряжения, которое не позволяет расслабиться и

отдохнуть, может создать немало проблем. Поддержание такого высокого уровня бдительности требует постоянного внимания и огромных затрат энергии. Кроме того, человеку начинает казаться, что это и есть его основная проблема и как только напряжение удастся уменьшить или расслабиться, все будет хорошо. На самом же деле физическое напряжение выполняет защитную функцию (защищает наше сознание), и нельзя «убирать» психологическую защиту, пока не уменьшится интенсивность переживаний. Когда это произойдет, физическое напряжение уйдет само.

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

**3. Притупленность эмоций.** Многие ветераны жалуются, что со времени поразивших их тяжелых событий им стало намного труднее испытывать многие чувства. Полностью или частично утрачивается способность к эмоциональным проявлениям. Труднее становится устанавливать близкие и дружеские связи с окружающими, недоступными оказываются радость, любовь, творческий подъем, игривость и спонтанность.

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

**5. Нарушения памяти и концентрации внимания** возникают тогда, когда появляется необходимость сосредоточиться или что-то вспомнить, по крайней мере, при определенных обстоятельствах. В некоторые моменты

концентрация может быть великолепной, но стоит появиться какому-либо стрессовому фактору, как человек теряет способность сосредоточиться.

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

**7. Общая тревожность** проявляется как на физиологическом уровне (ломота в спине, спазмы желудка, головные боли), так и в психической сфере (постоянное беспокойство и озабоченность, параноидальные явления – например, необоснованная боязнь преследования), а также в эмоциональных переживаниях (постоянное чувство страха, неуверенность в себе, комплекс вины).

**8. Приступы ярости.** Многие ветераны сообщают, что приступы взрывной ярости чаще возникают под действием наркотических веществ, особенно алкоголя. Однако такие приступы появляются и без употребления наркотических веществ, так что было бы неверно считать опьянение главной причиной этих явлений.

**9. Злоупотребление наркотическими и лекарственными веществами.** В попытке снизить интенсивность посттравматических симптомов многие ветераны начинают злоупотреблять курением, алкоголем и наркотическими веществами (в меньшей степени). При этом среди ветеранов – жертв посттравматического синдрома выделяют две большие группы: те, кто принимает только лекарственные препараты, прописанные врачом, и те, кто вообще не принимает ни лекарств, ни наркотиков.

**10. Непрошенные воспоминания** – пожалуй, наиболее важный симптом, дающий право говорить о присутствии посттравматических стрессовых нарушений. В памяти ветерана внезапно всплывают жуткие сцены, связанные с травмирующим событием, причем эти воспоминания могут возникать как во сне, так и во время бодрствования. Наяву они появляются в тех случаях, когда



окружающая обстановка чем-то напоминает случившееся «в то время», то есть во время травмирующего события: запах, образ, звук, словно бы пришедшие из той поры. Яркие образы прошлого обрушиваются на психику и вызывают сильный стресс. Главным отличием посттравматических непрошенных воспоминаний от обычных воспоминаний является то, что первые сопровождаются сильными чувствами тревоги и страха. Непрошенные воспоминания, приходящие во сне, называют ночными кошмарами. У ветеранов войны эти сновидения часто (но не всегда) связаны с боевыми действиями.

**11. Галлюцинаторные переживания** – особая разновидность непрошенных воспоминаний о травмирующих событиях, отличающаяся тем, что память о случившемся выступает очень ярко, а события текущего момента как бы отходят на второй план и кажутся менее реальными, чем воспоминания. В этом «галлюцинаторном», отрешенном состоянии человек ведет себя так, словно он снова переживает прошлое травмирующее событие. Он действует, думает и чувствует так же, как в тот момент, когда ему пришлось спасти свою жизнь. Однако галлюцинаторные переживания свойственны не всем: это всего лишь разновидность непрошенных воспоминаний, для которых характерна особая яркость и болезненность. Они чаще возникают под влиянием наркотических веществ, в частности алкоголя, однако галлюцинаторные переживания могут появиться у человека и в трезвом состоянии, а также у того, кто никогда не употребляет наркотических веществ.

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

**13. Мысли о самоубийстве.** Когда жизнь представляется более пугающей и болезненной, чем смерть, мысль покончить со всеми страданиями может показаться заманчивой. Когда человек доходит до той грани отчаяния, где уже не

видно никаких способов поправить свое положение, он начинает размышлять о самоубийстве. Многие участники боевых действий сообщают, что в какой-то момент достигали этой грани. Те же, кто нашел в себе силы жить, пришли к выводу: нужно желание и упорство – и со временем появляются более светлые перспективы.

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

Таковы основные симптомы и ход развития посттравматического стресса. Выявленные особенности следует учитывать при организации реабилитационных мероприятий с участниками боевых действий.

## **2 Формы и методы работы с ветеранами боевых действий**

### **2.1 Первичное консультирование**

Консультирование как один из методов технологии социальной работы занимает важное место в системе социального обслуживания. По своей технологии консультация представляет собой взаимодействие между двумя людьми; а в нашем случае между ветераном боевых действий и специалистом по социальной работе, задача которого оказать первичную помощь, дать совет ветерану, обратившемуся за данным видом помощи.

Зачастую при первой встрече со специалистом ветеран испытывает определенные затруднения и даже страх, но точно нуждается в помощи и в избавлении от тех проблем, которые у него есть. Поэтому изначально задачей специалиста становится сбор первичной информации о человеке и возникшей проблеме.

1. Надо понять, в чем состоит проблема.
2. Выяснить, в каком направлении нужно двигаться, чтобы решить проблему.
3. Что конкретно предстоит сделать.
4. Что нужно сделать в первую очередь.

Сам процесс решения этой задачи станет первым этапом сбора информации о клиенте. Когда речь идет о кризисной ситуации, а именно в такой ситуации находится обратившийся за консультацией человек и его ближайшее окружение (семья), то следует понимать, что объектом изучения становится уже не столько сама проблема сколько, личность обратившегося.

Человек, обратившийся за консультацией, может выйти из состояния растерянности, безысходности и тупика переживаний лишь в том случае, если он понял и почувствовал, что его принимают таким каков он есть. Тогда он может доверить все свои переживания и мысли специалисту. Консультация как один из методов социальной работы представляет собой непосредственную помощь человеку путем личного взаимодействия в процессе его адаптации к новым подходам и созданию новых условий жизни. Эта методика предусматривает не

только планирование помощи, но и проведение необходимых процедур для выявления оптимального взаимодействия и в ходе консультирования, и в ходе возможной дальнейшей реабилитации. Консультирование может потребовать участия членов семьи ветерана боевых действий, чтобы точнее и правильнее понять проблему и выделить все ее аспекты, обозначить имеющиеся резервы для ее решения. Роль консультанта может перейти в функционал диспетчера, так как может понадобиться переадресация клиента к специалистам (юрист, психолог, врач и др).

При осуществлении консультационных мероприятий необходимо соблюдать определенные этические нормы, такие как компетентность и конфиденциальность.

Компетентность:

1. Консультирование ведет только подготовленный специалист.
2. Необходимо постоянно повышать свою квалификацию.
3. Решаются только те задачи, в которых профессионально компетентен специалист.
4. Выбираются методы решения, адекватные задачам, ситуации.
5. Используется методика проверенная и хорошо известная.
6. Собирается лишь та информация, которая необходима для решения задачи.

Конфиденциальность:

1. Консультант обязан хранить тайну по отношению ко всей полученной информации, передавать ее другому специалисту только с согласия клиента.
2. Передача информации не должна нарушать принципов конфиденциальности.

Ответы на вопросы необходимо точно и корректно доносить до ветерана. Цель консультационной работы в любом случае одна: не допустить дальнейшего ухудшения положения человека, обратившегося за помощью. По возможности

предупредить развитие разбалансировки жизненной ситуации и начинать необходимо с самых простых вещей:

1. Консультирование и содействие постепенному решению поставленных вопросов и улучшению ситуации.
2. Содействие улучшению материального положения ветеранов.
3. Содействие решению всех правовых вопросов по его проблеме.
4. Содействие решению психологических проблем.
5. Содействие включению ветерана в групповую и коллективную работу, в социально культурную среду и совместную досуговую.

Консультирование может быть общим, специальным, обучающим, договорным. Результат консультирования во многом зависит от достижения взаимопонимания между консультантом и консультируемым. Все действия специалиста должны способствовать удовлетворению его потребностей и интересов клиента. Очень важно для специалиста вызывать к себе эмоционально положительное отношение.

Технология консультирования очень близка технологии посреднической деятельности. А посредничество способствует достижению взаимных уступок, договоренностей, объединению участников конфликта или спора для решения жизненно важных проблем. Поэтому посредничество есть функция социальной работы.

## **2.2 Посредническая деятельность специалиста по социальной работе**

Специалисты социальных служб в процессе своей деятельности устанавливают и развивают функциональные связи с различными профильно-специализированными организациями и учреждениями, к которым они могут направлять клиентов. Посредническая деятельность осуществляется тогда, когда специалист по социальной работе не может предложить пути и средства

разрешения проблем клиента самостоятельно или в своем учреждении. Тогда он рекомендует и содействует приему клиента в соответствующем учреждении, организации или специалистом, который может их разрешить. Организационно в посреднической деятельности специалиста по социальной работе можно выделить три этапа:

1. Определение проблемы клиента, оценка возможностей ее решения.

2. Оценка и выбор учреждения, способного наилучшим образом решить проблему.

3. Помощь клиенту в установлении контакта и содействие в приеме учреждением.

Для повышения эффективности посреднической деятельности социальный работник использует ряд проверенных практикой приемов:

1. Простейшим приемом является выписка для клиентов самых необходимых данных об организации или учреждении: их адрес и номер телефона, фамилию, имя, отчество специалиста, разъяснения пути следования и каким транспортом. Важно четко и ясно объяснить, что именно клиент может ожидать в этом учреждении. Этот прием постоянно используется при направлении клиентов в общеоздоровительные учреждения, центры социальной помощи, дома-интернаты, приюты, детские дома, дома для ветеранов. Инициатива установления контакта с учреждением, договоренность о встрече и проведении самой встречи остаются за клиентом.

2. Значительную помощь клиенту и учреждению, в которое он направляется, оказывает сопроводительное письмо работника социальной службы. В этом случае клиент имеет на руках ясное описание причин и цели обращения в учреждение, а учреждение – четкое представление о том, что ожидает от него клиент.

3. Весьма полезно сообщить клиенту имя человека, к которому в этом учреждении обратиться.

4. Прежде чем отправить в учреждение клиента, следует предварительно позвонить туда и сообщить необходимые сведения о клиенте.

5. Важно, если клиента будет сопровождать кто-либо из его родственников или близких, предварительно проинструктированный работником социальной службы. Эти организационные приемы дают возможность клиенту быстро связаться с необходимыми учреждениями, облегчают поиски необходимого учреждения, социальной службы. Специалист по социальной работе в качестве посредника обязан проверить и убедиться, что контакт состоялся, и помощь клиенту оказана. Для этого полезно, чтобы клиенты сообщали ему о результатах первого контакта с учреждением, свое отношение и оценку результата визита.

Пока контакты у клиента не станут прочными, специалист по социальной работе держит ситуацию под контролем.

### **2.3 Формы работы с ветеранами и инвалидами боевых действий и членами их семей, способствующие развитию личностного потенциала**

Нижеописанные формы работы опробованы специалистами КГБУСО «Центр социальной реабилитации инвалидов и ветеранов боевых действий» на протяжении всей его деятельности как социализирующие, гармонизирующие, спланивающие, помогающие раскрыть способности и личностный потенциал человека, включающие более полноценно и наполнено в общий социум самого ветерана, инвалида боевых действий и членов их семей. В основном это групповые мероприятия, такие как:

**1 Творческие встречи**, на которых сами ветераны могут показать друг другу, не стесняясь свои творческие способности, знания, умения в кругу своих товарищей, боевых друзей. Это стихи, песни, рассказы и повести собственного сочинения. На некоторых встречах присутствовали профессиональные поэты и писатели, которые могли дать настоящую, но бережную оценку работам наших ветеранов, помочь им осознать и увидеть свои настоящие способности, чтобы их

развивать в дальнейшем. Всё это, несомненно, способствует росту и раскрытию потенциала личности, укреплению позиций в обществе, в семье, среди близкого и дальнего круга родственников, друзей.

**2 Концертные программы** с участием творческих коллективов города и края, приуроченные к праздникам и памятным датам, где ветераны представляют свои песни для боевых товарищей, для матерей и вдов погибших. Выступление на сцене имеет огромное значение для адаптации в социуме.

**3 Воскресные школы**, ставшие достаточно популярными, где ветераны могут напрямую и начистоту поговорить по душам с батюшкой. Возможно, что результатом этого общения станет иная более правильная, позитивная, положительно устойчивая жизненная позиция или установка.

**4 Игровые семейные сборы** по типу военизированной игры «Зарница», где отцы вспоминают былые навыки военной подготовки и с удовольствием передают их детям. По окончании игры все участники собираются за общим столом, чтобы отведать блюда, приготовленные полевой кухней. Такие игры способствуют сплочиванию и взаимопониманию отцов и детей.

**5 Выездные мероприятия** - прежде всего познавательные, обучающие, расширяющие кругозор. Это, например, экскурсии по городу Барнаулу и Алтайскому краю, в том числе с посещением мемориальных музеев наших земляков: Р. Рождественского, Г. Титова, М. Калашникова, М. Евдокимова, В. Шукшина прославивших наш край. В таких поездках происходит более подробное знакомство с историей, географией и культурой региона.

**6 Развлекательные игровые мероприятия** для семей ветеранов и инвалидов боевых действий, где они принимают участие в конкурсах и играх. Папы, мамы, бабушки, дети, объединенные общим делом и духом победы, взаимодействуя, сплочиваются, что гармонизирует обстановку в семье.

Все мероприятия и встречи цикличны и действуют на постоянной основе.



## 2.4 Методы психокоррекции посттравматических состояний

В работе с ветеранами боевых действий могут быть использованы следующие методы посттравматических состояний:

**1. Метод рациональной психокоррекции.** В его основе лежит логичная, доступная пониманию человека трактовка характера и причин возникновения травматического стресса. Основными применяемыми методами здесь являются разъяснение, логическая аргументация, внушение, эмоциональное воздействие авторитетом. Цель психокоррекционной работы заключается в разъяснении человеку характера, причин, механизмов постстрессовых состояний с тем, чтобы убедить его, что такие состояния являются нормальной, естественной реакцией человека на ненормальные обстоятельства.

**2. Дебрифинг стресса критических ситуаций** (так называемый психологический дебрифинг) представляет собой по описанию В.А. Конторович экстремальную работу с посттравматическими стрессовыми расстройствами. Дебрифинг проводится с группами, максимально состоящими из пятнадцати военнослужащих, которые совместно пережили психотравмирующее событие. Дебрифинг проводится в течение ближайших сорока восьми часов после его окончания с целью коррекции психического состояния и предупреждения развития синдрома посттравматического стресса. Задачами дебрифинга являются:

- предоставление возможности каждому участнику выразить свои переживания и реакции и оценить их характер в группе;
- организация психологической поддержки каждого участника группой;
- мобилизация личностных ресурсов, направленных на преодоление стресса, создание условий для самовыражения и обретения уверенности в себе.

**3. Методы психической саморегуляции.** Особенно нужны на ранних этапах развития травматического стресса такие методы саморегуляции, как нервно-мышечная релаксация, гипносуггестивная терапия с элементами

саморегуляции, аутогенная тренировка. Методы саморегуляции эффективны, когда наблюдаются симптомы нарушения баланса вегетативной нервной системы, а именно это могут быть нарушения сна, общая мышечная скованность, тремор конечностей, головные боли и т. д.

**4. Методы личностно-ориентированной психотерапии.** Ее основой является положение о том, что человек сам ответственен за сделанный выбор, и если он выбирает путь быть несчастным и жить в прошлом, то это его право. При таком подходе основная цель психотерапии заключается в изменении отношения ветерана боевых действий к наличию в его жизни психотравмирующей ситуации. Практика показывает, что для разрешения проблем ветеранов боевых действий являются оптимальными принципы гуманистической психотерапии, клиенториентированный подход К. Роджерса, логотерапия В. Франкла. Кроме того, используются различные методы и техники психодинамической, поведенческой, когнитивной, гештальт-терапии, нейролингвистического программирования, терапии искусством и творческим самовыражением, транзактного анализа, психодрамы и другие психотерапевтические подходы. При этом все психотерапевтические подходы, ориентированы:

- на осознание и осмысление тех событий, которые послужили причиной актуального психического состояния;
- на отреагирование переживаний, связанных с воспоминаниями о психотравмирующих событиях боевой деятельности;
- на принятие случившегося как неотъемлемой части жизненного опыта;
- на актуализацию совладающего поведения, необходимого для преодоления негативных последствий боевого стресса и адаптации к изменившимся внутренним и внешним условиям жизнедеятельности.

После начальных этапов индивидуальной психотерапии рекомендуется начать проведение групповых форм психотерапии. Их психотерапевтическими целями являются:

- эмоциональная стимуляция, социальная активация и налаживание коммуникаций;
- выработка адекватных стереотипов поведения, тренировка общения и повышение социальной уверенности в себе;
- достижение правильного представления о болезни и нарушениях поведения, коррекция установок и отношений, оптимизация общения;
- раскрытие содержательной стороны психологического конфликта, перестройка системы отношений и выработка адекватных форм психологической компенсации.

Основное значение в групповой психотерапии придается таким факторам, как сплоченность, эмоциональная поддержка, универсальность, идентификация, самоуправление и эмоциональное реагирование в группе. Группы являются преимущественно открытыми, то есть на место закончивших реабилитацию клиентов поступают новые. Открытость группы помогает созданию у клиентов оптимистичной временной перспективы, обучает конструктивным способам адаптации, познанию себя и других, дает знание причин болезненных расстройств, обеспечивает формирование более эффективных когнитивных схем. В то время как в традиционной групповой психотерапии запрещается обсуждать за пределами группы то, что происходит на занятиях в группе, в группах ветеранов боевых действий, наоборот, поощряется общение участников группы вне занятий, их дальнейшая социализация. Основным методом групповой кризисной психотерапии является проблемная дискуссия биографической и тематической направленности. В последующей групповой психотерапии большую роль начинают играть тренинговые методики ролевого тренинга с использованием поведенческих процедур, психодрама с разыгрыванием ролевых ситуаций. В фазе окончания групповой кризисной психотерапии обобщаются терапевтические достижения клиента, подкрепляется его уверенность в возможности реализовать намеченные им планы.

В работе с ветеранами, получившими ранения и ставшими инвалидами, могут использоваться методы как групповой, так и индивидуальной психотерапии. Наиболее эффективной являются следующие программы:

**1. Установление психотерапевтических отношений.** Дальнейшая психореабилитационная работа должна строиться на базе установления теплых, дружеских и поддерживающих терапевтических отношений.

**2. Работа с болью.** Снятие болевых ощущений. Основными методами этой работы являются: техники НЛП, телесно-ориентированная психотерапия, медитация, релаксационные техники.

### **3. Работа со страхами:**

– работа с присущими всем страхами: за свою жизнь перед операциями; за свою жизнь в будущем; со страхом предстоящей новой боли при перевязках и операциях; со страхом ампутации и невозможности дальнейшего полноценного существования, будущей инвалидности;

– с индивидуальными страхами: со страхом быть убитым во время сна, со страхом заснуть из-за повторяющихся кошмарных снов, со страхом преследования.

Основными методами работы здесь являются техника НЛП и телесно-ориентированная психотерапия.

**4. Восстановление смысла жизни** – для тех, у кого нет желания жить, фрустрированных, депрессивных раненых. Возможные методы: духовная практика и логотерапия.

**5. Обретение нового смысла жизни.** Принятие ранеными смысла их боевой деятельности и гибели друзей. Методы: логотерапия, сказкотерапия, библио и кинотерапия, встречи с участниками войны в Афганистане, знакомство с военной субкультурой.

Для решения задач социально-психологической реабилитации необходимым является обучение ветеранов боевых действий методам психической саморегуляции и практическое применение их в

психотерапевтических целях. В процессе осуществления социально-психологической реабилитации инвалидов войны было выявлено, что одной из наиболее острых проблем участников является переживание болевых ощущений. В ходе работы по купированию болевых ощущений были практически апробированы такие методики, как «Рисунок боли», «Образ боли», «Перегрузка», «Контекст» и другие методы.

**Методика «Рисунок боли»** предполагает в момент эскалации болевого ощущения детальное изображение образа боли на бумаге. Отвлечение внимания от болевого ощущения является в данной методике психологическим механизмом купирования боли.

**Методика «Образ боли»** предполагает работу с субмодальностями – качествами образа боли. Для этого проводится последовательное изменение таких качеств образа боли, как температура, цвет, материал, от неприятных до приятных. На последнем этапе рекомендуется представить саму боль. Например, в виде воздушного шара, улетающего от болезненного места.

**Методика «Контекст»** предполагает представление такого контекста переживания боли, в которой человек перестает о ней думать. Например, при переживании болевого ощущения можно представить ситуацию чрезвычайной опасности (появление в комнате тигра). При проведении этой методики важно рефлексивно закрепить («заякорить») болевое ощущение с ситуацией опасности.

**Методика «Перегрузка»** предполагает во время переживания боли детально описывать все находящиеся в помещении предметы, последовательно перемещаясь из угла в угол комнаты.

Также ветеранов и инвалидов боевых действий часто тревожат ночные кошмары, для них являются характерными расстройства сна, связанные с трудностями засыпания и частыми пробуждениями. Для избавления от ночных кошмаров можно применять такие методы, как «Рисунок сна», «Рассказ о сне», «Диалог со сном», «Модификация сна», «Завершение сна» и др.

Главным психокоррекционным механизмом в этих методах является инсайт, а именно выход на понимание функции сна, его признание и прощание с ним.

**Методика «Рисунок сна»** заключается в детальной прорисовке сна и «понимании» его с позиции «художника». **Методика «Рассказ о сне»** предполагает детальную вербализацию сна с выходом на понимание его «миссии» в жизни ветерана боевых действий. **Методика «Модификация сна»** заключается в таком изменении деталей сна, которые делают его нетравмирующим. Например, в наложении на сон успокаивающей музыки. **Методика «Завершение сна»** предполагает такое его мысленное окончание, которое разрешает психологическую проблему. Например, клиента просят представить, что его сон на самом деле – съемка фильма и она благополучно завершена.

Итак, методики саморегуляции состояний направлены на формирование адекватных внутренних средств, позволяющих ветеранам и инвалидам боевых действий осуществить специально-направленную деятельность по изменению своего состояния и преодолению последствий посттравматического стресса. По своему содержанию и направленности эти методы являются формами активного самовоздействия.

Таким образом, на сегодняшний день современная медицина и психологическая наука могут предложить большой выбор техник и методик психотерапевтической и психологической помощи ветеранам боевых действий.

## Заключение

Статус «ветеран боевых действий» присваивается бессрочно и, следовательно, социальная работа должна вестись с этими гражданами на протяжении всей жизни. Однако, до сих пор процесс оказания такой помощи несовершенно. Для результативной работы с ветеранами боевых действий к специалистам должны предъявляться особые требования. Важны знания и понимание особенностей людей, побывавших в горячих точках. После возвращения с войны они в той или иной мере сталкиваются с массой различных социальных, медицинских и психологических проблем. Все действия специалиста должны способствовать удовлетворению потребностей и интересов клиента. Очень важно для специалиста вызывать к себе эмоционально положительное отношение. Всё это поможет правильно построить работу, найти общий язык с ветеранами, определить оптимальные направления в решении проблем.

В настоящее время потребности ветеранов боевых действий, нуждающихся в социальном обслуживании, растут. Важно, чтобы ветераны боевых действий получали достоверную и полную информацию о процессе предоставления социальной поддержки, а также своих правах и обязанностях.

Для лучшего понимания данной категории людей специалистам, в представленных методических рекомендациях дано подробное описание психологических особенностей участников боевых действий, приведены практические рекомендации в таких направлениях как первичное консультирование и посредническая деятельность. Перечислены психокоррекционные методы для посттравматических состояний, приведены формы работы с ветеранами, инвалидами боевых действий и членами их семей.

Применение данных рекомендаций специалистами организаций социальной сферы с ветеранами и участниками боевых действий позволит в перспективе решить существующие проблемы и предотвратить появление новых.

## Литература

1. Еремина Т.И., Крюков Н.П., Логинова Ю.Ю. «Социально-психологическая адаптация граждан, принимавших участие в боевых действиях».

2. Иванов А.Л. Современные технологии социальной и медико-психологической реабилитации военнослужащих, получивших тяжелые ранения и увечья в Чеченской республике, в условиях Всеармейского реабилитационного центра. //Материалы Всероссийского съезда практических психологов образования 24-30 июня 2003г. М.: Управление учебных заведений Минздравмедпрома России, 2003.

3. Иванов А.Л., Жуматий Н.В., Развитие личности военнослужащих, пострадавших в боевых действиях в Чеченской республике, в процессе их медико-психолого-социальной реабилитации. //Журнал «Развитие личности», № 1, 2004 г., 256 с.

4. Иванов А.Л., Жуматий Н.В., Рубцов В.В. Психологические последствия участия военнослужащих в боевых действиях в Чеченской республике и их медико-психолого-социальная коррекция в условиях Всеармейского реабилитационного центра. //Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы, № 4, 2003 г., М., Консорциум «Социальное здоровье России»

5. Иванов А.Л., Жуматий Н.В., Рубцов В.В., Давлетшина М.В. Психологические последствия участия военнослужащих в боевых действиях в Чеченской республике и их медико-психолого-социальная коррекция. //Московский психотерапевтический журнал, № 4, 2003 г.

6. Иванов А.Л., Смекалкина Л.В. Психологическое сопровождение медико-социальной реабилитации инвалидов, получивших тяжелые ранения и увечья в Чеченской республике. //Материалы V Всероссийской научно-практической конференции по психотерапии и клинической психологии “Душевное здоровье



человека - духовное здоровье нации“ 24-30 июня 2002 г. М.: Изд. Института психотерапии. 2002., 318 с.

7. Иванов В.Н., Голов Ю.С., Белинский А.В., Лямин М.В., Радостева Л.В., Дыбов М.Д. Динамика психофизиологических показателей в процессе медицинской реабилитации у военнослужащих, пострадавших в ходе боевых действий в Чеченской республике // Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных трудов / Под редакцией Иванова В.Н., Голова Ю.С., Щеголькова А.М. – Т. 3. – М.: Изд. 6 ЦВГК МО РФ, 1998.

9. Козлов В. В. «Социальная работа с кризисной личностью», Ярославль, 1999, 303 с.

10. Короткова Н.В. Психологическая и медицинско – психологические особенности ветеранов.: Дисс...канд.психол.наук., СПб., 2000. – 174 с.

11. Кравченко Н. Поддержка бывших военнослужащих // Человеческие ресурсы. 1998. № 2.

12. Лямин М.В. Медико-психологическая реабилитация военнослужащих, участников боевых действий в Чечне в условиях многопрофильного госпиталя. Дисс. ... канд. мед. наук – М.: 6 ЦВКГ, 1999. – 164 с.

13. Методическое пособие по работе с посттравматическим стрессовым расстройством. – СПб., ин-т ГАРМОНИЯ, 2001.

14. Основные направления современной психотерапии: Учебное пособие /Е.С. Калмыкова, Х. Кэхеле, Н.Д. Семенова и др.- М.: Когито – Центр, 2000. – 377 с.

15. Павленок П.Д. «Основы социальной работы: Учебник» М:1998 – 270 с.

16. Проблемы социальной реабилитации участников войны в Афганистане (1979 – 1989 гг.): Сб. Рос. акад. наук. Институт социологии. – М., 1995.

17. Пожидаев Д. Д. От боевых действий – к гражданской жизни // Социс. 1999. № 2.

18. Психосоциальная работа с участниками локальных боевых действий: Метод. пособие / Сост. М. А. Костенко, Н. Б. Костенко, А. В. Урезков. (<http://arw.asu.ru/nko/man/2.ru.html>).

19. Синявская Е. Войны XX столетия: социальная роль, идеология, психология комбатантов и посттравматический синдром // История. 1999. № 43. (<http://archive.1september.ru/his/1999/his43.htm>).