СОДЕРЖАНИЕ

[**Введение** 3](#_Toc514876015)

[**1. Теоретическое рассмотрение особенностей работы личности с экстремальным опытом** 5](#_Toc514876016)

[1.1 Адаптационные механизмы 5](#_Toc514876017)

[1.2. Особенности физического и психического состояния военнослужащих, участвовавших в боевых действиях 7](#_Toc514876018)

[1.3. Клинические симптомы посттравматических стрессовых нарушений 9](#_Toc514876019)

[**2. Основные направления консультирования и реабилитации участников боевых действий** 14](#_Toc514876020)

[2.1. Основные направления реабилитации участников боевых действий 14](#_Toc514876021)

[2.2. Социально-психологическая реадаптация участников боевых действий 18](#_Toc514876022)

[2.3. Консультирование и психотерапия участников военных действий 20](#_Toc514876023)

[**3. Эмпирическое исследование психологического консультирования участника боевых действий** 25](#_Toc514876024)

[**Заключение** 28](#_Toc514876025)

[**Список используемой литературы** 29](#_Toc514876026)

**Введение**

**Актуальность выбранной темы**. Военная психология была определена с начала 1970-х годов как отрасль психологической науки, которая изучает закономерности формирования и проявления личности воина, а также психологию военного коллектива в условиях службы и борьбы с целью разработки практических рекомендации и обобщения, которые помогают офицеру в обучении, обучении и руководстве своих подчиненных.

Психологическая работа - это система согласованной, целенаправленной деятельности в интересах жизнедеятельности войск, поддержания психологической стабильности персонала и сохранения психического здоровья военнослужащих, их семей, гражданского персонала Вооруженных Сил. Это неотъемлемая часть моральной и психологической поддержки деятельности войск.

Участие людей в мероприятиях, происходящих в опасных экстремальных условиях, может войти в систему.

Они резко проявляются для услышанного, понимаемого, оцененного, психологически защищенного и т. д. Психика участвующих в военных событиях, как будто подвергается воздействию, становится особенно чувствительным ко лжи, несправедливости, они становятся легко уязвимым. Если перечисленные тенденции и особенности умственной жизни ветеранов не учитываются при работе с ними, то это чревато возникновением сложных психологических и социальных последствий.

Наряду с отчаянием, разочарованием, апатией, военнослужащие могут развивать личные трансформации, развивать искаженную, патологическую картину мира и развивать агрессивное, противоречивое поведение. Именно поэтому данная тема стало интересной для дальнейшего рассмотрения.

**Цель курсовой работы:** теоретически и эмпирически исследовать специфику психологического консультирования участников боевых действий

**Задачи:**

* + - 1. Проанализировать психологические особенности личности участников боевых действий;
			2. Оценить адаптационные механизмы;
			3. Выявить методики консультирования участников военных действий; определить практическую значимость методик;
			4. Использовать одну из методик консультирования в работе с военнослужащим.
			5. Сделать выводы по итогам курсовой работы.

Предметом исследования стали психологические особенности личности военнослужащих – участников боевых действий, объектом исследования – личность военнослужащих.

**Методологическую основу курсовой работы** составили:

* теоретические труды по военной психологии
* научные статьи и диссертационные исследования, посвященные данной тематике (Белинский А.В., Иванов А..Л. Жуматий Н.В., Караяни А.Г., Караяни Ю.М. , Корчемный П.А.).

Для решения поставленных задач использовались следующие **методы исследований:**

1. Теоретический: анализ психолого-педагогической, методической литературы.
2. Эмпирический (психолого-педагогический эксперимент): практическая работа с военнослужащим.

**База исследования**: Военнослужащий Николай, 60 лет, участник афганской войны.

**Структура курсовой работы.** Работа состоит из введения, трех глав, посвященных теоретическому рассмотрению особенностей работы личности с экстремальным опытом, основным направлениям консультирования и реабилитации участников боевых действий, эмпирическому наблюдению заключения, списка использованных источников и приложений. Изложенный материал иллюстрирован таблицами и графиками.

# **1. Теоретическое рассмотрение особенностей работы личности с экстремальным опытом**

Экстремальные боевые факторы могут быть целенаправленно созданы противником и проявлены в результате просчетов в организации боевых действий и их всесторонней поддержки.

Действие угрожающих факторов боя носит продолжительный характер. Если обычный человек в зоне стихийного бедствия и даже во время военных действий может найти возможность передышки, военнослужащий постоянно находится в ситуации опасности, независимо от того, находится ли он на линии соприкосновения с врагом, в своей собственной тыльной части или в тылу врага.

В отечественной психологии с начала военно-психологической науки было отмечено, что «деятельность человека-бойца во время войны и битвы носит особый характер», поскольку «продолжается в условиях хронической опасности, т. е. (...), но также в прямой необходимости и в ободренном желании сделать это только во имя конечных целей общего благополучия для своих людей, а с другой стороны, и для самосохранение и самосохранение».

## 1.1 Адаптационные механизмы

Мотивация боевой деятельности сложна и противоречива. В ней широкие социальные мотивы представлены в свернутом виде и не всегда осознаются военнослужащими, что создает условия для развития острого внутриличностного конфликта.

Чтобы выжить, участникам боевых действий необходимо перестроить структуру своей психики, перевести ее на «военный режим», функционировать адаптироваться к наиболее грозным стресс-факторам. С первых дней участия в боевых действиях (военнослужащих).

Работа адаптационных механизмов проявляется в трех векторах их влияния на психику воина [].

1. Положительный вектор влияния войны на участников боевых действий приводит к формированию у них следующих психологических образований:

- глубокое и всестороннее самопознание: познание своих интеллектуальных, эмоциональных, волевых возможностей;

- приобретение уникального опыта жизнедеятельности и поведения в экстремальных условиях, боевого опыта и житейской мудрости;

- приобретение опыта открытого, спонтанного, бесхитростного общения;

- тренировка аппарата стрессового реагирования, закалка своего здоровья.

В процессе приспособительной активности психика воина радикально перестраивается, «военизируется», приобретает свойства «сверхчувствительности», «сверхреактивности», «сверхпонимания» и др. Эти трансформации текущих на психофизиологическом, психологическом, социально-психологическом уровнях и порой доходят до абнормальных уровней. У человека в условиях войны формируется как бы «специальный психологический орган», позволяющий мгновенно понимать «логику» движений элементов зрительного поля, звуковых стимулов, значения слов, жестов и поступков других людей и т. п. Этот орган «оттачивает» свою работу и становится мощным регулятором поведения военнослужащего.

Привычка, скрытая защита, психологическая защита от их бездействия. Вернуть такого «психологически обнаженного» человека в мирную жизнь без предварительной специальной подготовки -значит создать условия для его социальной дезадаптации и даже для развития психологических расстройств.

2. Нейтральный вектор влияния войны связан с обострением (формированием) у комбатантов некоторых специфических потребностей:

- потребность быть понятым обществом, ближайшим окружением в отношении мотивов, двигавших им на войне; аргументов, объясняющих необходимость, социальную значимость участия в жестоком насилии;

- требование быть принятым в системе социальных связей и отношений со своим возвысившимся статусом, статусом защитника Родины, человека-воина;

- потребность быть признанным в качестве человека, честно и добросовестно выполнившего свой гражданский и воинский долг;

- Потребность в избавлении от неактуальной психической напряженности, накопившейся на войне.

3. Отрицательный вектор влияния войны проявляется в процессе перманентной психотравматизации военнослужащих.

Война «специализируется» на том, чтобы ломать, а не созидать. Человек весьма уязвим перед психотравмирующими факторами боя.

Все три вектора влияния войны на человека ведут к радикальной перестройке его психики. Однако комплекс приобретенных на войне адаптивных реакций становится дезадаптивным за пределами зоны боевых действий. Непрерывная психотравматизация. Психическая травма, вызванная неподготовленным столкновением со ставшим непонятным и чужим мирным обществом, может быть более сильной, чем боевая психическая травма.

## 1.2. Особенности физического и психического состояния военнослужащих, участвовавших в боевых действиях

Пребывание в войне относится к экстремальной ситуации, когда человек постоянно находится в сильнейшем психоэмоциональном стрессе, преодолевая его волевыми усилиями. Все это стоит очень дорого: почти все комбатанты неизбежно имеют некоторые изменения в физическом и психическом состоянии. Мировая статистика показывает, что один из пяти комбатантов в отсутствие какого-либо физического ущерба страдает от нейропсихических расстройств, а среди раненых и калека - один третий. Но это только часть гигантского айсберга, образовавшегося после экстремальных ударов. Другие последствия начинают появляться через несколько месяцев после возвращения в нормальные условия жизни. Это различные психосоматические заболевания.

По словам экспертов Военно-медицинской академии, участники боевых действий (по сравнению со здоровыми людьми) в два-три раза чаще страдают такими заболеваниями, как гипертония, гастрит, язвенная болезнь и язва двенадцатиперстной кишки. Общее состояние здоровья характеризуется слабостью, головокружением, сниженной эффективностью, головными болями, болью в сердце, сексуальными расстройствами, нарушениями сна, фобическими реакциями и т. д., А инвалиды дополняются проблемами, связанными с травмами и травмами.

Основными проблемами бывших солдат являются страх (57%), демонстративное поведение (50%), агрессивность (58,5%) и подозрение (75,5%). Их поведенческие характеристики включают конфликт в семье, с родственниками, коллегами на работе, вспышки гнева, злоупотребление алкоголем и наркотиками. Кроме того, существует неустойчивый менталитет, в котором даже самые незначительные потери затрудняют то, что человек совершает самоубийство; особые виды агрессии; страх перед атакой сзади; чувство вины за то, что он жив; идентификация с мертвыми. Для участников боевых действий, эмоциональной напряженности и эмоциональной изоляции, повышенной раздражительности и агрессивности также характерны непредвиденные вспышки гнева, атаки страха и беспокойства. Повторяются яркие мечты о боевых ситуациях и кошмарах, одержимых воспоминаниях о психотравматических событиях, сопровождаются серьезными переживаниями, внезапными вспышками эмоций с «возвратом» к травматическим ситуациям. Часто бывают мысли о самоубийстве, которое в других случаях заканчивается реальной реализацией.

По результатам проведенных исследований более 50 тысяч (и по некоторым данным около 100 тысяч) ветеранов войны во Вьетнаме совершили самоубийство с момента возвращения войск до 1990 года (общее число погибших американских солдат в Вьетнам составлял около 58 тысяч). Другие психические явления, присутствующие в ветеранах войны, включают состояние пессимизма, чувство отказа от других; недоверие к другим людям, невозможность говорить о войне; потеря смысла в жизни; неопределенность в их способностях; чувство нереальности того, что происходило на войне; ощущение, что вы умерли на войне; чувство неспособности влиять на ход событий; невозможность быть открытой в общении с другими людьми; тревожность; необходимость иметь оружие у вас; отвращение ветеранов других войн; негативное отношение к властям; желание навлечь на кого-то гнев за то, что было отправлено на войну, и за все, что там было; обращение с женщинами только как объект сексуального удовлетворения; необходимость участия в опасных «приключениях»; попытка найти ответ на вопрос, почему ваши друзья умерли, а не вы.

 Все эти проявления, которые ученые называют посттравматическими стрессовыми расстройствами, указывают на наличие посттравматического синдрома у комбатантов. Синдром посттравматических стрессовых расстройств является международным названием, российские исследователи называют это другим способом: патологическое состояние, связанное с отрицательным стрессом в борьбе. Согласно социологическим исследованиям, около 70% военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях на территории Чеченской Республики, демонстрируют посттравматический синдром, а 30% из них имеют выраженный синдром.

## 1.3. Клинические симптомы посттравматических стрессовых нарушений

1. Наблюдение проявляется в том, что человек внимательно следит за всем, что происходит вокруг него, как будто ему постоянно угрожает опасность. Эта опасность не только внешняя, но и внутренняя. Причиной для нее является страх, что нежелательные травматические переживания, обладающие разрушительной силой, прорвутся в сознание. Часто супер-бдительность проявляется в виде постоянного физического стресса, который не позволяет вам расслабиться и отдохнуть, может создать множество проблем. Поддержание такого высокого уровня бдительности требует постоянного внимания и огромных затрат энергии. Кроме того, человек начинает чувствовать, что это его главная проблема, и как только напряжение может быть уменьшено или смягчено, все будет хорошо. Фактически, физический стресс выполняет защитную функцию (он защищает наше сознание), и мы не можем «очистить» психологическую защиту, пока интенсивность переживаний не уменьшится. Когда это произойдет, физический стресс уйдет сам собой.

2. Преувеличенный ответ - при малейшем удивлении человек совершает быстрые движения (бросается на землю при звуке низколетящего вертолета, резко поворачивается и принимает боевую осанку, когда кто-то приближается к нему сзади), внезапно вздрагивает, бросается бежать, громко кричит.

3. Тупость эмоций. Многие ветераны жалуются, что со страшных событий, которые поразили их, им стало намного сложнее испытывать много чувств. Частично или частично потеряли способность к эмоциональным проявлениям. Становится труднее установить тесные и дружеские отношения с другими, недоступными - радость, любовь, творчество, игривость и спонтанность.

4. Агрессивность проявляется в стремлении решать проблемы с помощью грубой силы. Как правило, это относится к физической силе, но есть также психическая, эмоциональная и словесная агрессивность. Проще говоря, человек имеет тенденцию использовать силовое давление на других, когда он хочет достичь его, даже если эта цель не является жизненно важной.

5. Нарушения памяти и концентрация внимания возникают, когда есть необходимость сконцентрировать или вспомнить что-то, по крайней мере, при определенных обстоятельствах. В определенные моменты концентрация может быть отличной, но стоит проявить некоторый стресс-фактор, поскольку человек теряет способность концентрироваться.

6. Депрессия в состоянии посттравматического стрессового блока самой темной и самой безнадежной глубины человеческого отчаяния, когда кажется, что все бессмысленно и бесполезно. Это сопровождается нервным истощением, апатией и негативным отношением к жизни.

7. Общее беспокойство проявляется как на физиологическом уровне (боли в спине, судороги в животе, головные боли), так и в психической сфере (постоянное беспокойство и беспокойство, параноидальные явления - например, необоснованный страх перед преследованием), а также в эмоциональных переживаниях ( постоянное чувство страха, неуверенность в себе, комплекс вины).

8. Пригонки гнева. Многие ветераны сообщают, что атаки взрывной ярости часто происходят под влиянием наркотических веществ, особенно алкоголя. Однако такие приступы внешнего вида и без использования наркотических веществ, поэтому было бы неверно считать опьянение основной причиной этих явлений.

9. Злоупотребление наркотическими и лекарственными веществами. В попытке уменьшить интенсивность посттравматических симптомов многие ветераны начинают злоупотреблять курением, алкоголем и наркотиками (в рейтинге). В этом случае среди ветеранов - жертв посттравматического синдрома выделяются две большие группы: те, кто принимает только лекарства, назначенные врачом, и те, кто вообще не принимает наркотики или наркотики.

10. Неожиданные воспоминания - возможно, самый важный симптом, дающий право говорить о состоянии посттравматических стрессовых расстройств. В память о ветеране появляются неожиданные сцены, связанные с травматическим событием, и эти воспоминания могут возникать как во сне, так и во время бодрствования. В действительности они появляются в тех случаях, когда окружающая обстановка напоминает то, что произошло «за раз», то есть во время травматических событий: запах, изображение, звук, который, казалось, пришел с того времени. Яркие образы прошлого падают на психику и вызывают большой стресс. Основное различие между посттравматическими непреднамеренными воспоминаниями из обычных воспоминаний состоит в том, что первые сопровождаются сильным чувством тревоги и страха.

11. Галлюцинаторный опыт - особый вид незваных воспоминаний о травматических событиях, характеризующийся тем, что память о том, что произошло, будет очень яркой, и случайный момент, кажется, исчезает на заднем плане и кажется менее реальным, чем воспоминания. В этом «галлюцинаторном», отдельном состоянии человек ведет себя так, как будто он снова переживает травматическое событие. Он действует, думает и чувствует то, что он сделал, когда ему приходилось спасать свою жизнь. Однако галлюцинаторные переживания не свойственны всем: это всего лишь незваные воспоминания, для которых характерна особая яркость и нежность. Они часто вызывают наркотики, в частности алкоголь, но галлюцинаторный опыт может проявляться в человеке и в трезвом состоянии, а также для тех, кто никогда не употребляет наркотики.

12. Проблемы со сном (трудности с засыпанием и прерывистым сном). Когда человек посещает кошмары, есть основания полагать, что он невольно сопротивляется засыпанию: человек боится заснуть и снова увидеть этот сон. Регулярное отсутствие сна приводит к чрезмерному нервному истощению.

13. Мысли о самоубийстве. Когда жизнь кажется более пугающей и болезненной, чем смерть, мысль о прекращении всех страданий может показаться соблазнительной. Когда человек достигает точки отчаяния, когда он не видит никаких путей в своем состоянии, он начинает думать о самоубийстве. Многие участники боевых действий говорят, что в какой-то момент они достигли этого. Те, кто нашел силу, чтобы жить, пришли к выводу: вам нужно желание и настойчивость - и со временем есть более яркие перспективы.

14. «Вина оставшегося в живых». Лучше, чем вы, тем более, что вы не знали бы, что случилось, что чувство вины из-за того, что пережили тяжелые испытания, которые стоят для других, часто присуще тем, кто страдает от «эмоциональной глухоты» (Неспособность выжить от радости, любовь, сострадание и т. д.). После травматических событий многие жертвы посттравматического синдрома готовы ко всему, просто чтобы избежать напоминания о трагедии, смерти их товарищей. Сильное чувство вины может иногда провоцировать нападения самоуничижительного поведения. Это основные симптомы и ход развития посттравматического стресса. Они использовались в качестве основы для диагностической анкеты для посттравматического стресса, рекомендованной для использования в индивидуальной работе с комбатантам. При организации реабилитационных мероприятий с участием комбатантов следует учитывать выявленные особенности.

# **2. Основные направления консультирования и реабилитации участников боевых действий**

## 2.1. Основные направления реабилитации участников боевых действий

Основным психотравматическим воздействием боевой ситуации является довольно длительное пребывание военнослужащих в условиях конкретного боевого стресса, что накладывает негативный отпечаток. Во время битвы эффекты стресса выполняют определенную положительную функцию для человека, но после войны он становится отрицательным, разрушаясь из-за пост-стрессовых реакций. Лица, отмеченные реакциями дезадаптации, нуждаются в медицинской и психологической помощи, в специальных мерах психокоррекции и психотерапии.

В некоторых реабилитационных мероприятиях (психологическая помощь) родителям и членам семьи комбатантов, которые сами были в травматической ситуации, нуждаются в ежедневных ужасных новостях, также нужна помощь. Средства реабилитации таких семей могут быть созвездием социально-психологической связи между участниками войн и локальных конфликтов, а также клубами родственников, лицами, прошедшими военные операции.

Интересы общества требуют, чтобы на уровне образовательных и социально-экономических программ. Необходимо создавать организационные структуры, непосредственно занимающиеся проблемами комбатантов; Оказание помощи всем существующим организациям ветеранов войны, обеспечение системы психологической и психотерапевтической помощи и введение ряда преимуществ.

Основные усилия должны быть сосредоточены на конкретных мероприятиях, проводимых психологами, психиатрами, медицинскими работниками, в основном на психодиагностике, психофизиологическом обследовании, медицинском обследовании и работе по психорегуляции, психокоррекции, психотерапевтической психологии.

Диагностика психических состояний, уровень нейропсихической активности, проводимой психологами и психиатрами, должны быть основным содержанием работы во время медицинского освидетельствования военнослужащих после их возвращения из районов боевых действий. В то же время особое внимание следует уделять проведению групповых и индивидуальных бесед, в ходе которых необходимо ориентироваться в проблемах, возникающих в процессе реабилитации комбатантов, до нормальных условий жизни.

Психологическая помощь должна быть успешной.

Психологическая реабилитация - это помощь человека на всех этапах формирования новой системы значимых отношений: от возникновения первичного самосознания в виде негативных значимых отношений к формированию в нем позитивных значительных личных отношений с ним в отношение к миру в прошлом, настоящем и будущем его жизни. Психолог помогает военнослужащим и членам их семей восстанавливать и устанавливать свои связи с естественным, социальным и культурным пространством жизни, структурировать в самосознании реальности мира, связывая их с реалиями внутреннего мира.

Психологическая помощь военнослужащим - участники боевых действий должны включать в себя несколько направлений:

1. Диагностика синдрома социально-психологической дезадаптации в военном (психоэмоциональное состояние на «гражданина», адаптация исполнения, поведение) на основе результатов психодиагностики отдельных характеристик военнослужащего.

2. Психологическое консультирование (индивидуальное и семейное). В отдельных беседах необходимо предоставить военным возможность выразить все больные точки, проявив интерес к их истории. Тогда целесообразно объяснить, что государство, с которым они сталкиваются, является временным, оно присуще всем, кто принимал участие в военных действиях. Очень важно, чтобы они чувствовали понимание и видят готовность помочь им не только от специалистов, но и от близких родственников. Средства психологической реабилитации - это искреннее проявление понимания и терпения к проблемам людей, переживших психотравматические военные условия. Отсутствие такого понимания и терпения от близких результатов до трагических последствий.

3. Психокоррекционная работа. Психологическая коррекция или психокоррекция - деятельность по исправлению тех особенностей психического развития, которые приняты системой, не соответствуют критериям оптимальной модели (нормальной). Необходима квалифицированная психотерапевтическая помощь тем солдатам, которые наблюдали выраженные и забытые расстройства (депрессия, алкоголизм, девиантное поведение и т. д.).

4. Обучение навыкам саморегуляции (методы снятия напряжения с помощью релаксации, авто-тренировки и другие методы).

5. Социально-психологическая подготовка с повышением адаптируемости солдата и его личностного развития.

6. Помощь в профессиональном самоопределении, профессиональное руководство для переподготовки и последующей занятости.

Каждый боец ​​должен пройти психологическую и медицинскую реабилитацию. Таким образом, мы должны говорить о целой медицинской и психологической реабилитации (или помощи) и социальной поддержке военнослужащих, принимавших участие в военных действиях.

Наиболее оптимальным для реализации задач системы реабилитации для комбатантов является создание специализированного центра социальной реабилитации лиц, принимавших участие в боевых действиях. Такой центр может решить весь комплекс проблем социальной установки и реабилитации ветеранов горячих точек.

Центр социально-психологической реабилитации участников боевых действий должен решить следующие задачи:

· Медицинская реабилитация военнослужащих (особенно инвалидов);

· Социально-психологическая адаптация военнослужащих-участников боевых действий и членов их семей в системе рыночных отношений (индивидуальная психологическая и психотерапевтическая помощь, групповые и индивидуальные формы реабилитации);

· Социально-психологическая поддержка военнослужащих и членов их семей (для этого необходимо организовать психологическую разгрузку в центре);

· Образовательная деятельность (профессиональное консультирование, начальное или дополнительное профессиональное образование, повышение квалификации по гражданским специальностям, профессиональная переподготовка);

· Помощь в трудоустройстве: создание банка для вакансий на рынке труда, поддержание связей с работодателями;

· Социально-правовая защита (координация деятельности центра с военными регистрационными и военными подразделениями, воинскими частями, службами занятости, учебными центрами, юридические консультации, поддержка предпринимательства, участие в создании и внедрении систем социальной защиты).

Разработка целостной модели социальной адаптации военнослужащих, принимающих участие в боевых действиях, в которых должны найти свое место все организационные структуры, работающие с комбатантами, такие как:

· Военные комиссариаты, основными организациями которых являются регистрация, создание компьютерной базы данных, систематическая информация о структурах, занимающихся социальной организацией этой категории лиц;

· Органы социальной защиты, занимающиеся вопросами материальной безопасности (денежные средства, пособия) и правовая защита участников военных действий и их семей;

· Органы здравоохранения, основные проблемы, которые должны быть медицинской реабилитацией ветеранов войны, и организация работы центров медицинской реабилитации участников боевых действий;

· Специалисты, оказывающие социальную, психологическую и психологическую реабилитацию; участие в военных действиях (психологах и психотерапевтах) и в тесном сотрудничестве со специалистами здравоохранения;

· Служба занятости, в компетенцию которой входят вопросы обучения и переподготовки бывших военнослужащих, а также общение на работе;

· Организации участников военных операций, которые в первую очередь решают проблемы моральной поддержки ветеранов и членов их семей.

Для скоординированной деятельности структур, занимающихся вопросами социальной реабилитации лиц, участвующих в военных действиях, представляется целесообразным создавать региональные координационные советы, в том числе научные данные структур.

Таким образом, необходим системный и комплексный подход для решения проблем социально-психологической реабилитации военнослужащих.

## 2.2. Социально-психологическая реадаптация участников боевых действий

Социально-психологическая адаптация (повторная адаптация) предполагает организованное психологическое «возвращение» военнослужащих к нормальным условиям жизни после выполнения особых, сложных задач военной деятельности, сопровождающихся травматизацией их психики.

Целью такой деятельности командиров, штабов, учебных заведений является достижение плавной, безрисковой, незагрязненной «ротации» участников экстремальных видов деятельности в системе повседневных отношений и отношений, восстановления и укрепления их личного и социального статуса.

Социально-психологическая адаптация включает в себя решение двух основных задач:

а) реконструкция системы ценностей-ценностей самих комбатантов;

б) создания вокруг них реадаптивной социальной среды.

Первая задача - постоянно вступать в полномасштабную войну, вступая в полковую психологическую дезинфекцию. Целью деятельности командиров, депутатов воспитательной работы, военных психологов и врачей на данном этапе является удовлетворение основных устремлений военнослужащих в понимании, признании, престиже, снятии психического напряжения и психологической подготовке к мирным условиям жизни.

Практика показывает, что наиболее целесообразные меры каждого из них: тщательный анализ боевых действий военнослужащих, материальная положительная оценка вклада каждого из них в решение боевых задач подразделения, подразделения; Встречи военнослужащих с политиками, кандидаты трудовых коллективов, родственники военнослужащих, художников и культуры, которые подтверждают уверенность солдат в высокой социальной значимости того, что они сделали; жесткий выбор входящих периодических изданий, радио- и телевизионных программ, прибывающих эмиссаров из различных политических партий и движений; частичный, постепенный переход к военной информации, негативно оценивающий те или иные стороны военных событий; активное участие в динамичной, не скучной и не сложной деятельности, предотвращение праздности и праздности; специальная психологическая подготовка к встрече с людьми с «мирной» психологией; выявление военнослужащих, получивших боевую психиатрическую травму, и оказание им психологической помощи.

Вторая задача заключается в создании реадаптивной социальной среды, предполагающей страну, достойную встречи, сотрудников, членов семьи, знакомых.

Желательно, чтобы те, кто хорошо понимали конкретные проявления психики и поведение ветеранов, обучались элементарным методам оказания психологической поддержки. Однако мы ни в коем случае не должны допускать, чтобы участники событий воспринимались как «ненормальные», «психозы», «травматисты». Отношение командиров, коллег, членов их семей должно всячески способствовать ослаблению накопленных психических напряжений, предотвращению дополнительной психотравмы, но готовятся к терпению, к постоянному восстановлению контактов между военнослужащим и его бывшими друзьями, используя его в активной жизни воинской части, гарнизона и культурно-развлекательной деятельности. Морально-психологическое состояние репатриантов из боевых районов должно постоянно контролироваться и корректироваться своевременно.

## 2.3. Консультирование и психотерапия участников военных действий

К фундаментальным принципам терапии ПТСР у ветеранов боевых действий относятся (Пушкарев и др., 2000):

• принцип стандартизации;

• принцип партнерства и личного достоинства;

• индивидуальный подход.

В современной терапевтической практике основной акцент делается на том факте, что нормальный человек столкнулся с ненормальным случаем. Таким образом, чтобы нейтрализовать последствия травмы, главное - сделать ставку на мобилизацию механизмов преодоления клиента. Это принципиально отличается от устаревшей веры в то, что ПТСР является продуктом личной несостоятельности и патологических невротических механизмов. Кроме того, очень важен междисциплинарный подход к лечению ПТСР. Знание биологических и психологических аспектов и социальной динамики позволяет находить и находить ответы на все случаи жизни.

Все методы, которые эффективно используются и используются для коррекции ПТСР, можно разделить на четыре категории.

1. Образование. Эта категория включает обсуждение книг и статей, знакомство с основами понятий физиологии и психологии. Учебный процесс позволяет установить двусторонний обмен. Клиенты могут искать собственные ресурсы для восстановления. Например, просто знакомство с клиническими симптомами ПТСР помогает клиенту понять, что его опыт и трудности не уникальны, «нормальны» в ситуации, и это дает ему возможность надеяться, что специалист сможет понять свои страдания и обеспечить необходимой поддержки и лечения.

2. Вторая группа методов лежит в области целостного (целостного) отношения к здоровью. Специалисты в области формирования здорового образа жизни справедливо отмечают, что физическая активность, правильное питание, духовность и развитое чувство юмора вносят большой вклад в выздоровление.

3. Третья категория включает методы, повышающие социальную поддержку и социальную интеграцию. Это включает семейную и групповую терапию. Кроме того, это развитие сети самопомощи, создание общественных организаций и участие в их деятельности. Здесь важна точная оценка социальных навыков и их обучения, сокращение иррациональных страхов, способность рисковать при формировании новых отношений.

4. Последняя, ​​четвертая категория включает фактическую терапию. Это работа с реакцией на потерю, фобические реакции (беседа с травмами), разговоры о травматическом опыте, ролевые игры, гештальттерапия и многие другие виды психотерапии.

«Социально-психологическая реабилитация». Другими словами, термин «психологическая реабилитация» (от латинской реабилитации - выздоровления) наиболее точно отражает процесс и результаты работы психолога по оказанию помощи в процессе социально-психологической версии.

Психологическая реабилитация - это помощь на всех этапах формирования новой системы значимых отношений. Психолог помогает военнослужащим и членам их семей восстанавливать и устанавливать свои связи с естественным, социальным и культурным пространством жизни, реструктурировать в сознании реальности мира, соотнося их с реалиями внутреннего мира. Психологическая помощь бывшим комбатантам должна включать несколько областей:

1. Диагностика синдрома социально-психологической дезадаптации (психоэмоциональное состояние до травмы, адаптация решения, поведенческие особенности) на основе результатов психодиагностики индивидуальных характеристик.

2. Психологическое консультирование (индивидуальное и семейное). В случае индивидуальной работы необходимо предоставить клиенту возможность выразить все больные, проявляющие интерес. Тогда целесообразно объяснить, что состояние, в котором он переживает, является временным, оно присуще всем, кто принимал участие в военных действиях. Очень важно, чтобы он чувствовал понимание и готовность помочь не только специалистам, но и родственникам и родственникам.

Мощным центром психологической реабилитации является искреннее проявление понимания проблем ветерана и терпения. Отсутствие этих качеств в близких результатах иногда приводит к трагическим последствиям.

3. Психокоррекционная работа. Психологическая коррекция или психокоррекция определяется как направленное влияние на ту или иную психологическую структуру, чтобы обеспечить полное развитие и функционирование личности.

Квалифицированная психотерапевтическая помощь необходима для тех ветеранов, у которых есть выраженные и пренебрегаемые расстройства (депрессия, алкоголизм, девиантное поведение и т. д.).

4. Обучение навыкам саморегуляции (снятие стресса с использованием релаксации, автоматическое обучение и другие методы).

5. Социально-психологическая подготовка, выпуск для повышения адаптивности и личностного развития клиента.

Модель психологической реабилитации:

1. Взаимная адаптация психолога и пациента.

2. Преподавание пациентам навыков саморегуляции.

3. Катаральная ступень (повторный опыт).

4. Обсуждение наиболее типичных форм поведения (на примере жизненных ситуаций).

5. Тестирование новых навыков поведения в игре.

6. Определение перспектив жизни.

Психотерапия с ПТСР направлена ​​на то, чтобы помочь пациенту «переработать» проблемы и «справиться» с симптомами, которые возникают в результате контакта с травматической ситуацией. Один эффективный подход к этой цели помогает пациенту реагировать на травматические переживания, обсуждать и пересматривать мысли и чувства, связанные с травмой в безопасности терапевтической среды. Это приводит к совпадению с реакциями, которые ранее были неконтролируемыми. Такой подход может потребовать, чтобы пациент вновь погрузился в содержание пережитых переживаний, пересмотрел и проанализировал свои действия и эмоциональные реакции, которые сопровождали инцидент. Психотерапия пациента, страдающего ПТСР, в зависимости от тяжести его психологической дезадаптации, может длиться от 6 месяцев до нескольких лет.

Оценка предполагаемой продолжительности терапии является важным параметром для прогнозирования эффективности реабилитации и, что еще важнее, для экспертного психиатрического заключения, когда общий уровень инвалидности и социальной незащищенности очень тщательно определяется. Например, пациент с ПТСР, который хорошо адаптируется к новой работе, успешно регулирует отношения с близкими, не имеет проблем с интимными отношениями, тщательно и настойчиво участвует в терапии, скорее всего, подтвердит благоприятный прогноз развития и вряд ли потребует его состояние для расширения и углубления терапии.

# **ГЛАВА 3. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ УЧАСТНИКА БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

## 3.1. Описание техники «Выход из трудных жизненных ситуаций» А.О. Прохорова

Имеется следующий тип вопросов в вариантами ответов:

1. Расскажите другим людям о своих проблемах и проблемах?

а) нет, потому что я думаю, что это не поможет;

b) Да, если для этого имеется соответствующий собеседник;

c) не всегда, потому что иногда трудно думать о них, а не о том, что сказать другим.

2. Как сильно вы испытываете проблемы?

а) всегда и очень тяжело;

б) это зависит от обстоятельств;

в) Я пытаюсь терпеть, и я не сомневаюсь, что любая проблема в конечном итоге закончится.

3. Если вы не пьете алкоголь, пропустите этот вопрос и перейдите к следующему. Если вы пьете алкоголь, то по какой причине?

а) для того, чтобы «утонуть» по вине их проблем;

б) для того, чтобы как-то отвлечь их;

в) просто так, мне нравится время от времени пьянствовать и чувствовать себя свободнее.

4. Что вы делаете, если что-то вас глубоко ранит?

а) я позволяю себе расслабиться и делать то, что мне не разрешалось в течение длительного времени;

б) пойти к друзьям;

в) сидеть дома и сожалеть о себе.

5. Когда близкий человек вас оскорбляет, тогда вы ...

а) становятся поглощенными собой и не общаются ни с кем;

б) требовать от него объяснений;

c) расскажите всем об этом, кто готов вас слушать.

6. В момент счастья вы ...

а) не думайте о перенесенном несчастье;

б) боятся, что эта минута пройдет слишком быстро;

в) не забывайте, что в жизни много неприятностей.

7. Что вы думаете о психиатрах?

а) вы не хотели бы стать их пациентом;

б) много людей, которым они действительно могли помочь;

в) сам человек, без психиатра, должен сам помочь.

8. Судьба, по вашему мнению ...

а) преследует вас;

б) несправедливо для вас;

в) поддерживает вас.

9. Что вы думаете о после ссоры с супругом или любимым человеком, когда ваш гнев уже проходит?

а) о приятных вещах, которые вы имели в прошлом;

б) мечтать тайно отомстить ему;

c) подумайте о том, сколько вы уже страдали от него (ее).

## 3.2 Описание консультативного случая

На консультацию обратился мужчина, 60 лет, участник афганской войны 1979-1989 гг. В данный момент полковник запаса. Основной проблемой считает агрессии на окружающих, депессивное состояние на протяжении нескольких месяцев, беспокойный сон, кошмарные сноведения.

## 3.3. Описание процесса консультирования

После выявления запроса была предложена техника «Выход из трудных жизненных ситуаций» А.О. Прохорова.

В результате анкетирования, по сумме полученных баллов (21 из 36), можно сделать вывод, что клиент не всегда данный человек с достоинством выдерживает удары судьбы. Часто он срывается, проклинает ее, т.е. расстраивается при возникновении проблем и расстраивает других.

Необходима дальнейшая социально-психологическая адаптация.

# **Заключение**

Подводя итог вышеизложенному, следует подчеркнуть, что психологическая работа в боевой обстановке, построение всей системы обучения и боевого участия в группах. Это единый процесс непрерывного изучения, прогнозирования, анализа, оценки и оптимизации психологических условий решений боевых задач.

Факт физического возвращения участника в мирную жизнь не совпадает с его психологической интеграцией в систему социальных связей и отношений мирного времени, а в последнем случае более сложный, продолжительный, менее выраженный и в определенном смысле неочевидное явление.

Ввиду вышеизложенного представляется необходимым повторно интегрировать ветеранов, суть которых - когнитивно-семантическая обработка травматической информации и опыта, ответ травматического материала в условиях эмоциональной поддержки, разрешение личных проблем ветеранов и устранение их симптомов ПТСР.

Для этого необходимо объединить усилия психологических служб, чтобы справиться с этими проблемами.

# **Список используемой литературы**

1. 1 Айсина, Р. М. Индивидуальное психологическое консультирование: основы теории и практики [Электронный ресурс] : Учебное пособие / Р. М. Айсина - М.: ИЦ РИОР, НИЦ ИНФРА-М, 2016. - 148 с. – Режим доступа: http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=508186
2. 2 Андронникова, О. О. Специальные проблемы психологического консультирования [Электронный ресурс] : Учебное пособие / О. О. Андронникова. - М.: Вузовский учебник: НИЦ ИНФРА-М, 2013. - 348 с. – Режим доступа: http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=342105
3. 3 Андронникова, О. О. Основы психологического консультирования [Электронный ресурс] : Учебное пособие / О. О. Андронникова. - М.: Вузовский учебник: НИЦ ИНФРА-М, 2013. - 415 с. – Режим доступа: http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=342107
4. Анастази А. Психологическое тестирование. М., 1982.Выготский Л. С. Мышление и речь // Собр. соч. М., 1992. Т. 2.Гамезо Н. В. Атлас по психологии. М., 1986.Годфруа Ж. Что такое психология. М., 1992.Грановская Р. М. Элементы практической психологии. СПб.,
5. Белинский А.В. Уровневый подход к оптимизации психической деятельности военных специалистов// Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сб. науч. трудов. М., 2005.
6. Иванов А..Л. Жуматий Н.В. Психологическая реабилитация, военнослужащих, получивших тяжелые ранения и увечья в Чеченской Республике методом психоаналитического консультирования и психодрамы. - М.: Материалы V Всероссийской научно-практической по психотерапии и клинической психологии «Душевное здоровье человека - духовное здоровье нации», Изд-во Института Психотерапии, 2002. - 280 с. Журавлев В. Ф. Нарративное интервью в биографических исследованиях. - Социология: 4 М. 1993-4N 3-4. С. 34-43.
7. Карпович, Т.Н. Психологическая диагностика социального интеллекта личности / Т.Н. Карпович. - Мозырь: Содействие, 2007. с.27-29.
8. Караяни А.Г., Караяни Ю.М. Психологические последствия войны и социально-психологическая реадаптация участников боевых действий // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. 2014. №4.
9. Корчемный П.А. Военная психология: методология, теория, практика - М. Издательство: Воениздат., 2010. – 340 с.
10. Корчемный П. А. Психологическое обеспечение боевой деятельности. В кн.: Военная психология: методология, теория, практика / Под ред. А. Г. Караяни, П. А. Корчемного. В 2-х кн. - М, 1998.
11. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 1998с.
12. Семикина Т. Психодиагностика личностных качеств военнослужащих: Информационно-методический сборник. - М., 2003. -128 с.