

УДК 159

БОЕВАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТРАВМА – РАНЕНИЕ ДУШИ И ТЕЛА**Караяни А.Г.**Военная ордена Жукова академия войск национальной гвардии Российской Федерации
Санкт-Петербург, Россия**Аннотация**

В статье анализируются научные взгляды на боевую психологическую травму. Обсуждаются виды психотравмы. Рассматриваются признаки боевой психологической травмы. Раскрываются динамические характеристики боевой психологической травмы.

Ключевые слова

психическая травма, боевая психологическая травма, посттравматическое стрессовое расстройство

Об авторе

Караяни Александр Григорьевич, Заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент Российской академии образования, профессор Санкт-Петербургского военного ордена Жукова академии войск национальной гвардии Российской Федерации

**Введение**

Специальная военная операция российских войск на Украине (СВО) резко актуализировала проблему боевой психической травмы. И это не случайно, ведь как показывает история военных конфликтов, психологическая травматизация является неизбежным явлением всякой войны. Острая актуальность, высокая теоретическая и практическая значимость проблемы боевой психологической травмы (БПТ) неразрывно связаны с особым, «чувствительным», характером отражения в общественном сознании феноменологии психической травматизации, очевидной наглядностью некоторых психотравматических проявлений и трудностью их объяснения, ее слабой научной разработанностью и связанной с этим противоречивостью существующих в этой области научных подходов, большим разнообразием взглядов на психологическую помощь участникам и ветеранам боевых действий, переживающим БПТ. Понятие психологической травмы во многом метафорично. Оно не представлено в существующих классификациях психологических последствий воздействия на человека стресс-факторов. Вместе с тем термин «боевая психологическая травма» широко используется психологами, психотерапевтами, психиатрами и другими специалистами, нередко приносящими разное значение в понимание ее сущности и критериев. Сегодня нет единой научной трактовки боевой психологической травмы, нет четкого выделения ее особых черт и механизмов, отличающих ее от других психологических последствий воздействия стрессоров. Поэтому для ее более четкого определения необходимо рассмотреть существующие в этой области подходы. Целью данной статьи является попытка определить боевую психическую травму, очертить ее основную феноменологию, раскрыть ее динамические аспекты и эпидемиологию, показать ее место в ряду стресс-

ассоциированных форм реагирования на потенциально травматические события боевой обстановки. Методами исследования являются изучение научной литературы, документов, интернет-публикаций об актуальных событиях, связанных с СВО.

Ход и результаты исследования

Научное осмысление боевой психологической травмы осуществляется в контексте исследований более широкой психологической реальности – психической травмы. Изучение состояния степени научной исследованности общей проблемы психической травмы позволяет констатировать, что «этот концепт находится в глубоком кризисе» [34]. В научной литературе «до сих пор не существует единого мнения по данной проблеме. Исследователи разных психологических школ рассматривают эту проблему по-разному» [21, с. 89–91].

Во многих случаях исследованию подвергаются, по существу, различные явления. В одних случаях психическая травма рассматривается как внешнее травмирующее воздействие на психику, в других, как реакция психики на травматическое событие, в-третьих, как психологические последствия переживания травматического события, в-четвертых, как все это вместе взятое.

В целом, можно выделить ряд научных подходов к пониманию психотравмы в русле которых исследователи придерживаются более или менее схожих взглядов на ее природу, сущность, место среди других психологических последствий воздействия травматических событий.

В русле *психодинамического подхода* психическая травма трактуется как прорыв гипотетического защитного слоя психики травмирующим агентом, проникающим в психику и личностную структуру человека, нарушающим их нормальное функционирование, вызывающим непереносимые душевные страдания, выступающим катализатором внутренних процессов, которые объединяются вокруг психотравмирующего события и формируют невротический механизм личности. Все это ведет к тому, что человек утрачивает представление о себе и способность привычно регулировать свое поведение.

По З. Фрейду «травматическое воздействие на психику может оказать любое событие, которое вызывает мучительное чувство ужаса, страха, стыда, душевной боли, утраты. От восприимчивости пострадавшего зависит вероятность того, что это происшествие приобретает характер травмы» [33].

Д. Калшед подчеркивает, что психотравма не только вызывается травматическими событиями, но и организует внутреннюю работу психики. Травмированная психика начинает травмировать сама себя – воссоздает повторный травматический опыт.

Согласно фрейдистскому пониманию психотравмы, существуют условия, при которых она становится возможной: травматический агент способен «прорвать» гипотетический «защитный слой» психики лишь тогда, когда, во-первых, человек придает этому агенту травматический смысл, и во-вторых, когда он активно не реагирует на травматическую ситуацию, а демонстрирует пассивность, безволие, неуверенность в себе и несостоятельность.

М.М. Решетников отмечает, что, когда личность получает мощную психическую травму и оказывается не в состоянии перенести трагические, ужасные, непонятные или даже чуждые ей переживания, они как бы вытесняются из памяти и сознания, преобразуются в другие формы, в патологические симптомы, в патологические мысли и патологическое поведение (тики, заикание, нарушения сна, навязчивые мысли, снижение энергичности и ограничение интересов, множественные идентичности или расщепление личности, неадекватное поведение, вплоть до шизофренического сдвига и аутизма). Нередко у психотравмированных отмечается «навязчивое возвращение», то есть постоянные воспоминания о психической травме, проявления ее в сновидениях при малейших упоминаниях о подобных ситуациях в прессе, в кино и т.д. [24; 26].

Когнитивный подход к пониманию психической травмы (Р. Янофф-Булман) исходит из того, что в процессе жизни у человека формируется система базовых убеждений. К числу таких ценностей относятся представления о: 1) доброжелательности окружающего мира и людей

(мир, в целом, хорошее место для жизни), 2) справедливости (каждый получает то, что заслуживает), 3) контролируемости (люди могут контролировать происходящие с ними события), 4) закономерности (представление о минимальной роли случая в жизни), 5) самооценности (убеждение индивида, что он достойный человек), 6) способности контролировать ситуацию (уверенность в способности контролировать свою жизнь), 7) удаче (уверенность индивида, что в целом он удачливый человек) [20, с. 76–77].

Перечисленные убеждения не только выступают для человека своеобразными ориентирами, точками опоры, делающими мир жизнь понятным и приемлемым, но и формируют определенный эмоциональный фон жизни, оптимизм, уверенность в своих возможностях и т. д.

При наступлении мощного травматического события все перечисленные убеждения могут быть разрушены в одночасье, превратив воспринимаемый мир в чрезвычайно опасный, враждебный, неконтролируемый. Человек остается без опор, один на один с ужасом. Его стремление сохранить жизненные опоры и представления о себе сопровождается расходом имеющихся, в том числе глубинных, ресурсов и последующим истощением. Он ощущает себя беспомощным.

Состояние беспомощности может приводить к так называемому психическому поражению (mental defeat) – состоянию, в котором человек утрачивает способность поддерживать представление о себе как о человеческом существе, обладающем волей. В таком состоянии люди могут ощущать себя неодоушевленным, сломанным предметом, для которого все равно, жив он или мертв [20, с. 58].

И это ощущение психического поражения представляется нам тем главным вредом, повреждением, который травматическое событие наносит человеку. Это повреждение не является одномоментным. Специалисты отмечают, что травматическое событие формирует у людей дисфункциональные эмоционально нагруженные схемы, которые в дальнейшем становятся стереотипными и неосознаваемыми, т. е. повторяющимися при типичных ситуациях. Подобно тому, как физическая рана ноет при плохой погоде, рана психическая болит, когда социальные условия напоминают о ней. Травма резко делит жизнь на «до» и «после», до неузнаваемости меняя окружающий мир и самого человека, превращая тех, кто не справился с ней в «побежденных», «сокрушенных», «сломанных», «бессильных», «униженных», «виновных» и т. д.

Нельзя не согласиться с Д. Герман в том, что травма – это страдание бессилия. В момент травмы жертва оказывается беспомощной перед лицом сокрушительной силы. «Травматические события разрушают системы поддержки, которые придают людям чувство контроля, связи и смысла» [22, с. 14].

Близкое понимание психотравмы с экзистенциальных позиций формулирует А. Лэнгле: «Травма, ранение души – это одна из форм страдания». По его мнению, событие становится травматичным, если человек сталкивается с неотъемлемым устройством бытия, при котором рушится базовое восприятие жизни и рождается ужас. Одновременно автор указывает на то, что травма содержит потенциал рождения в ней экзистенциального и личного смысла [16], то есть может запускать механизмы посттравматического роста.

А. Н. Бегоян вводит понятие концептуального диссонанса как факта несоответствия травматической реальности ожиданиям человека и рассматривает психотравму как совокупность негативных последствий этого несоответствия [3, с. 59–62].

Н. В. Тарабина подчеркивает, что в процессе воздействия травматического события, по аналогии с физическими нарушениями, в психической сфере происходят нарушения структуры «самости», когнитивной модели мира, аффективной сферы, неврологических механизмов, управляющих процессами научения, системы памяти и т. д. [31, с.15].

А. Меркер в своей мультифакторной концепции выделяет три группы факторов, сочетание которых приводит к травматизации:

1. Факторы, связанные с травматическим событием: тяжесть травмы, ее неконтролируемость, неожиданность.

2. Защитные факторы: способность к осмыслению происшедшего, наличие социальной поддержки, механизмы совладания.

3. Факторы риска: возраст к моменту травматизации, отрицательный прошлый опыт, психические расстройства в анамнезе, низкие интеллект и социо-экономический уровень.

По Меркеру, психотравматизация имеет место, если (в том числе) человек не может контролировать ситуацию, не способен ее осознать, не имеет и/или не использует эффективные механизмы совладания, имеет отрицательный опыт подвергания травматическому событию.

В рамках «церебрального» подхода [17] к пониманию психической травмы полагается, что при травматическом стрессе в центральной нервной системе человека формируется очаг патологической регуляции адаптивной активности, направляющий всю адаптивную активность на обеспечение выживания.

В боевой обстановке под воздействием травмирующего события адаптивная активность военнослужащего может переключаться с выполнения боевой задачи на выживание любыми способами. Патологический регулятор поведения может «направлять команды» соответствующим отделам мозга и организма, например, «отключить страшную реальность» и человек на время слепнет и/или гложет. Он же может прекратить участие военнослужащего в выполнении боевой задачи путем частичной или полной его парализации и др. [10; 11].

Некоторые исследователи определяют боевую психическую травму (БПТ) не только как переживание большой силы, вызванное кратковременным или длительным воздействием психотравмирующих факторов боевой обстановки, приводящее к расстройствам психики различной степени тяжести и разрушению психологической структуры действий, но и как серьезное заболевание, влияющее на психику солдат [14].

Странники *соматического* подхода рассматривают травму как нейрофизиологический феномен. Так, П. Левин полагает, что в ситуациях угрозы жизни активизируются наиболее древние стволы и подкорковые структуры мозга, ответственные за мгновенный и мощный ответ организма, что способствует его выживанию. Травма формируется вследствие подавления или остановки реакции нервной системы, находящейся в состоянии повышенного возбуждения и стремящейся разрядить чрезмерную энергию, мобилизованную для борьбы за сохранение жизни, и незавершения инстинктивной реакции бегства или борьбы, являющейся естественным ответом организма на стрессовое событие. Разрядить эту реакцию – значит купировать травму [15].

Ч. Фигли, В. Д. Менделевич определяют психическую травму через жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям. Ван-дер-Колк понимает под психотравмой жизненное переживание, которое «подавляет как психические, так и биологические механизмы управления» [37].

Л. В. Трубицына отмечает, что «большинство авторов сходится на том, что мы говорим о психической травме, когда имеется некоторое психологически тяжелое, травмирующее событие, вызывающее глубокие переживания, с которыми тяжело справиться, и развитие определенных симптомов» [32, с.12].

Н. В. Тарабрина пишет, что «травматические ситуации – это такие экстремальные критические события, которые обладают мощным негативным воздействием, ситуации угрозы, требующие от индивида экстраординарных усилий по совладанию с последствиями воздействия» [31, с. 52].

Фигли уточняет, что событие становится травматическим, если является неожиданным, опасным и подавляющим [35].

Однако, анализ составляющих приведенного выше обобщающего определения, позволяет констатировать, что «тяжелое травмирующее событие» («жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования...») является условием не всегда необходимым и явно недостаточным для того, чтобы вызвать психотравму.

Так, Л. В. Трубицына указывает на то, что существуют несобытийные обстоятельства (такие как «утомленность от боев», «шок от обстрелов»), которые сами по себе, действуя длительное время, не являются травматическими или несущими угрозу жизни, однако в сочетании

воспринимаются таковыми [32, с.19]. Н.В. Тарабрина, при анализе психодинамического подхода к травме, выделяет «психическую травму как экстремальное событие, ограниченное во времени» и «кумулятивную травму», возникающую в онтогенезе из множества незначительных психотравматических событий [31, с. 102]. Далее она уточняет эту градацию, подразделяя психотравмы на: 1) краткосрочное, неожиданное травматическое событие и 2) постоянное и повторяющееся воздействие травматического стрессора – серийная травматизация или пролонгированное травматическое событие». [31, с.52–53].

Чтобы упростить ситуацию с пониманием травматических событий, делаются попытки определить перечень событий, способных психотравмировать человека. Так, в МКБ-10 в разделе F43.1 «Посттравматическое стрессовое расстройство» отмечается, что такое расстройство («после-травматическое») представляет собой отставленную и/или затяжную реакцию на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые в принципе могут вызвать общий дистресс почти у любого человека [23]. Для боевых событий такими событиями могут быть сражения, наблюдение за насильственной смертью других, роль жертвы пыток. В документе подчеркивается, что предрасполагающие факторы, такие как личностные черты (например, компульсивные, астенические) или предшествующие невротическое заболевание могут понизить порог для развития этого синдрома или утяжелить его течение, но они *не обязательны и недостаточны для объяснения его возникновения*.

Однако, сам факт того, что из общего числа военнослужащих, принимающих участие в одних и тех же боевых событиях, испытывающих воздействие одних и тех же боевых факторов, лишь небольшой процент подвергается психотравматизации, говорит о том, что между ними и личностью существуют какие-то психологические, социальные и др. переменные («линзы», «трансформаторы», «адаптеры» и т. д.).

Подтверждая такую точку зрения, Ю. А. Александровский утверждает, что «определяющим фактором является не сила стрессора, не объективная качественная (физическая) характеристика негативно-подкрепляющего воздействия, не реальные ситуации окружающей среды, а психологическая оценка сигнала, воздействия как негативных, отвергаемых (аверсивных) при невозможности управлений ситуацией, отсутствии способов ее избегания или преодоления» [2, с. 77]. Он подчеркивает, что дезадаптация человека является следствием нехватки «степеней свободы» адекватного и целенаправленного реагирования человека в условиях психотравмирующей ситуации, приобретающей вследствие этого индивидуально-экстремальный характер [2, с. 60]. Каждый человек имеет свой *барьер психической адаптации*, в значительной степени определяемый объективной смысловой значимостью воздействующих на него природных и социальных факторов [2, с.64]. На индивидуальный уровень этого барьера влияют соотношение имеющегося информационного ресурса (представлений о ситуации) требованиям деятельности, соответствие уровня мотиву реализуемой деятельности, смысл деятельности [2, с. 75]. По Александровскому «даже самое сильное эмоциональное напряжение, соответствующее мотиву деятельности, завершающееся ожидаемым результатом, не приводит к развитию эмоционального стресса или реактивного состояния... Афферентация, свидетельствующая об успешном и достаточном действии, и субъективное эмоциональное ощущение как критерий положительного законченного действия (положительное подкрепление) обеспечивает прекращение дальнейшего развития центральных генерализованных возбуждений» [2, с. 75].

Подтверждая наличие у людей различных возможностей к сопротивлению неблагоприятным внешним воздействиям, известный израильский специалист в области психологической помощи ветеранам боевых действий Joseph Zohar с коллегами [38] подчеркивает, что подавляющее большинство (от 80% до 90%) тех, кто подвергся психотравматическому воздействию, в конечном итоге справляется со своими проблемами и адаптируются к мирной жизни.

М. М. Решетников утверждает, что на войне «ломаются» лишь единицы, а большинство возвращается в строй даже после тяжелых ранений. Он отмечает, что различные симптомы психических травм могут проявляться лишь примерно у 3,2% комбатантов. Причем, у более чем 60% из этих же 3,2% эти проявления могут купироваться самостоятельно в течение

2- 3 лет. И только лишь у 38,8% из этого же числа, из этих же 3,2%, может прогнозироваться развитие ПТСР [25].

Таким образом, психотравма определяется не силой травматического фактора, а психологической (информационной, мотивационной, эмоциональной) готовностью военнослужащих (сотрудников). Разрушительность психотравмы зависит от индивидуальной значимости травмирующего события для человека, его психического состояния и степени уязвимости перед теми или иными факторами.

Не менее противоречивы подходы исследователей к *показателям (симптомам) психотравмы*. Одни из них полагают, что травма является психической и проявляется в тревоге дезинтеграции, диссоциации и расщепления психики, архетипических защитах и фрагментации личности, механизмах психологической защиты, психотической и невротической симптоматики, развитии ПТСР и расстройств личности [5].

Другие утверждают, что психотравма является психологической и охватывает не только психику, но и мозг, всю нервную систему, гормональную, мышечную систему и т. д. [12].

С. Л. Рубинштейн, обосновывая целостность психологических проявлений человека на примере восприятия, подчеркивал, что «воспринимает не изолированный глаз, не ухо само по себе, а конкретный живой человек, и в его восприятии... всегда в той или иной мере сказывается весь человек, его отношение к воспринимаемому, его потребности, интересы, стремления, желания и чувства» [27]. Это положение, по-видимому, в полной мере относится и к психотравме. Травмирующему воздействию подвергается не психика, нервная система, тело, а человек целиком. И это одинаково верно, как для боевой, так и для психической травмы.

Отечественные и зарубежные военные психологи рассматривают психотравму именно с таких позиций, выделяя в ней психическое, соматическое и поведенческое содержание. Их обобщенный взгляд на феноменологию боевой психической травмы отражен в табл. 1.

Таблица 1 – Проявления боевой психической травмы [10; 13; 36]

На психическом уровне	На телесном уровне	На поведенческом уровне
<ul style="list-style-type: none"> - функциональная слепота, глухота, анальгезия, зрительные и слуховые галлюцинации; - неспособность концентрировать внимание, частичная или полная потеря памяти, затруднения запоминания информации; - повышенная чувствительность к шуму, свету, запахам; - нарушение логики и быстроты мышления, нарушение критического восприятия обстановки и своих действий; - критическое ослабление воли. 	<ul style="list-style-type: none"> - чрезвычайно учащенное сердцебиение (свыше 160 ударов/мин), давящая боль в области сердца и в грудной клетке; - ослабление зрения и слуха; - неконтролируемое мочеиспускание и дефекация; - гипервентиляция; - нарушение циркуляции крови, приводящее к анемии кистей рук и ступней ног, неспособности пользоваться конечностями (ногами, руками); - сильное напряжение мышц; - боли в пояснице, в области хирургических шрамов, старых ран; - неконтролируемое слюноотделение. 	<ul style="list-style-type: none"> а) <i>общие реакции</i>: пугливость, сильные вздрагивания от неожиданных звуков, движения, света; паника, «бег под огнем», регресс возраста (детские реакции), бессвязность речи, бормотание, сильное заикание, сильную дрожь, «трясучку»; б) <i>гиперреактивная форма поведения</i>: метания в поисках укрытия, буйство, вспышки истерического смеха, плача, крика, бешенства, раздражительность и злоба; в) <i>заторможенная форма реакций</i>: состояние ступора, апатия, заторможенность движений, безразличие к опасности, «замирание под огнем», обморочные состояния.

Таким образом, психотравма захватывает человека целиком, проявляется в его психической деятельности, в работе нервной системы, состоянии тела и поведении.

Из перечисленных симптомов боевой психологической травмы видно, что психотравмированный воин критически снижает или утрачивает ориентировку в боевой обстановке и собственной личности, способность управлять своим поведением, активно и целенаправленно действовать в боевой обстановке [10, с. 27].

Дискуссионным вопросом в понимании психической травмы является ее *место в системе психологических явлений, возникающих у человека при воздействии травматических ситуаций*.

Некоторые исследователи, по существу, сводят психотравму к посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР) [28; 29].

В соответствие с другой позицией психотравма рассматривается скорее как совокупность симптомов, относящихся к симптоматике острой реакции на стресс (код F43 по МКБ 10) и неврастении (код F48.0).

Острая реакция на стресс обычно проходит в течение нескольких часов или дней (до трех суток). Она охватывает состояние оглушенности с некоторым сужением поля сознания и снижением внимания, неспособность адекватно реагировать на внешние стимулы и дезориентировку, а также может сопровождаться или дальнейшим уходом от окружающей ситуации (вплоть до диссоциативного ступора), или ажитацией и гиперактивностью. Нередко отмечаются вегетативные признаки панического состояния (тахикардия, гипервентиляция, онемение, парестезии, сильное потоотделение, покраснение). По угасании реакции может проявляться частичная или полная диссоциативная амнезия произошедшего [23].

Неврастения квалифицируется как психическое расстройство из группы неврозов, проявляющееся в повышенной раздражительности, утомляемости, утрате способности к длительному умственному и физическому напряжению [23].

Абрамов В.А., Абрамов А.В., Бабура Е.В., Пацкань И.И. рассматривают психотравму (боевую психологическую травму) как этап в непрерывном континууме боевых стрессовых проявлений. Они отмечают, что «динамика (патокинез) боевых стресс-травматических состояний осуществляется в континууме от их манифестных (субклинических) проявлений в экстремальной критической жизненной ситуации, до травматических стрессовых расстройств высокой интенсивности, приводящих к дезорганизации личности, утрате самоидентичности и экзистенциальной перспективы» [1].

То есть имеет место расхождение в понимании психологами места психической травмы в системе психологических последствий воздействия травматических ситуаций.

Результаты и выводы

Проведенный анализ феномена психотравмы позволяет сформулировать некоторые положения о боевой психотравме.

1. Боевая психотравма является комплексной адаптивной реакцией участника боевых действий на потенциально травматическое событие или накопленный критический уровень боевых стрессорных воздействий. Эта реакция носит приспособительный характер. Однако, в отличие от конструктивного и деструктивного стресса, когда работа стресс-регулятивных механизмов нацелена на выполнение боевой задачи, при травматическом стрессе происходит слом барьера адаптации, формирование в ЦНС очагов патологической регуляции поведения, перераспределение стресс-регулятивных механизмов на самосохранение организма «любой ценой».

2. Каждый военнослужащий отличается сформировавшимся уровнем адаптационного барьера, что обусловлено наличием у него информационного ресурса для преодоления неблагоприятных последствий, достаточной проработанной мотивацией, осмысленности собственных действий, действенных навыков совладания со стрессом.

3. Разрушение барьера адаптации проявляется в наступившей под воздействием потенциально травматического события (серии стрессовых воздействий) дезориентации, утрате военнослужащим способности понимать происходящие боевые события, ощущении собственного бессилия в преодолении неблагоприятной субъективно критически важной ситуации, неспособности управлять своим поведением, страхе, отчаянии, чувстве вины и стыда, распаде боевой идентичности воина.

4. Утрата боевой идентичности участника военных событий может привести к его уходу из окружающей ситуации (вплоть до диссоциативного ступора), ажитации и гиперактивности, функциональным нарушениям зрения, слуха, речи, различных по локализации параличах и т.д.

5. Учитывая, что психотравма отражается в психике, личности, физиологии, телесной организации, поведении участника боевых действий, ее целесообразно квалифицировать как «боевую психологическую травму».

6. По направленности стресс-регулятивной активности целесообразно отграничивать боевую психологическую травму (направлена на самосохранение любым, в том числе опасным для себя и окружающих способом) от дистресса (нацелен на сохранение боевой идентичности и выполнение боевой задачи) и посттравматического стрессового расстройства (ориентируется на приспособление травмированного воина к мирной жизни).

Мы понимаем, что «мир понятий и мир вещей взаимозависимы. Определение существования какого-либо психического расстройства при помощи введения диагностической категории необходимо приводит к ее использованию даже в тех случаях, когда вполне можно без этого обойтись» [18, с. 2]. Поэтому подчеркиваем, что боевая психологическая травма – это не расстройство, не болезнь, а пролонгированная во времени приспособительная стресс-ассоциированная реакция. Мы также полностью разделяем позицию Е. С. Молчановой о выраженной культурной и исторической специфике реагирования людей на травматические факторы: «Нейрофизиологический ответ на интенсивный стресс ... универсален, но поведенческое обрамление биологических реакций, их интерпретация, связь с традициями и верованиями, использование копинг-стратегий и нормативных для каждой культуры стилей реагирования НЕ может быть одинаковым» [18, с. 10].

Поэтому считаем возможным сформулировать лишь самое общее и предельно «осторожное» определение боевой психологической травмы.

Боевая психологическая травма – комплексная когнитивная, аффективная и поведенческая реакция участника боевых действий на потенциально травматическое событие (ситуации), проявляющаяся в временной утрате им идентичности воина, труднопереносимых переживаниях собственной несостоятельности, вины, стыда, включением патологических формам регуляции поведения.

Участник боевых действий подвергается боевой психологической травме тогда, когда он: не располагает необходимым для деятельности информационным ресурсом; придает стресс-факторам и событиям травматический смысл; испытывает ощущение собственного бессилия и не реагирует на внешние неблагоприятные воздействия активными действиями; не получает своевременной психологической поддержки от окружающих; не имеет отработанных схем поведения в аналогичных ситуациях.

Боевую психологическую травму целесообразно рассматривать как острое психическое нарушение, проявляющееся во временном интервале манифестации острой стрессовой реакции (от нескольких часов до трех суток). За пределами этого времени могут проявляться отдельные симптомы травмы.

Как отмечалось выше, подавляющее большинство участников боевых действий (до 90%) самостоятельно справляется с психотравматическими ситуациями боевой обстановки [38], в том числе у 30–90 % лиц, переживших психотравму, может наблюдаться посттравматический рост ([9, с. 3–12]. Некоторые нуждаются в поддержке сослуживцев, командиров, военных психологов. У отдельных из них, прежде всего у тех, кто избегает психологической помощи, психотравма может перерасти в посттравматическое стрессовое расстройство и другие стресс-ассоциированные расстройства.

Литература

1. Абрамов В.А., Абрамов А.В., Бабура Е.В., Пацкань И.И. Боевой экстремальный стресс как предиктор боевой психической травмы – острого травматического стрессового расстройства // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2023. № 2 (62). С.4–13.
2. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. М. : Медицина, 1993. 400 с.
3. Бегоян А.Н. Анатомия психотравмы: боль, болезнь и исцеление // Психотерапия. 2013. №5 (125). С. 59–62.
4. Боевая психическая травма и посттравматическое стрессовое расстройство: причины, последствия, профилактика / Сеттаров И. А., Сеница Д. А., Инамова С. Т., Юнусов Д. М., Касимов З. // Sciences of Europe. 2018. № 26-1 (26). С. –63.
5. Власова Н. В. Психическая травма: ретроспективный обзор теоретических обоснований, феноменология и психотерапия. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihicheskaya-travma-retrospektivnyi-obzor-teoreticheskikh-obosnovanii-fenomenologiya-i-psihoterapiya> (дата обращения: 20.09.2024).
6. Доровских И. В., Заковряшин А. С., Заковряшина С. Е., Козлов А. А. Боевая психическая травма: от расстройства адаптации к посттравматическому стрессовому расстройству // Психиатрия и психофармакотерапия. 2006. Т. 8. № 1. С. 51–54.
7. Заширинская О. В., Сиурдаки Т. Г. Исследование влияния психической травмы и степени психотравматизации личности / Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности : Сборник научных статей X Международной научно-практической конференции. Ульяновск : Зебра, 2021. С. 77–83.
8. Власова Н. В. Психическая травма: ретроспективный обзор теоретических обоснований, феноменология и психотерапия. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihicheskaya-travma-retrospektivnyi-obzor-teoreticheskikh-obosnovanii-fenomenologiya-i-psihoterapiya> (дата обращения: 20.09.2024).
9. Зелянина А.Н., Падун М.А. К проблеме посттравматического личностного роста: современное состояние и перспективы // Психологические исследования. 2017. Т. 10. № 53. С. 3–12.
10. Караяни А.Г. Психология боевого стресса и стресс-менеджмента. М.: Юрайт, 2020.
11. Караяни А. Г. Боевой стресс: проблемы определения и классификации // Вестник Московского университета МВД России. 2024. № 1. С. 254–264.
12. Колк Б. ван дер. Тело помнит все. Какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть / Пер. с англ. И. Чорного. М. : Эксмо, 2022. 464 с.
13. Крахмалев А. В., Кучер А. А. Причины БПТ, ее проявления и первая помощь // Проблемы военной психологии. Минск : Харвест, 2003. С. 193–200.
14. Курбат Е. В., Ивашин В. М. Боевая психическая травма: в кн. : Сборник материалов республиканской научно-практической конференции студентов и молодых ученых, посвященного 100-летию со дня рождения профессора Парамея Владимира Трофимовича, Гродно, 2021. С.227–288.
15. Левин П. А., Фредерик Э. Пробуждение тигра - исцеление травмы : природная способность трансформировать экстремальные переживания. [пер. с англ. В. В. Адаменко, Е. С. Мазур]. М. : АСТ, 2007. 318 с.
16. Лэнгле А. Травма и Смысл. URL: <https://psychhelp-mylife.ru/library/stati/47-a-lengle-travma-i-smysl.html> (25.09.2024).
17. Литвинцев С. В., Снедков Е. В., Резник А. М. Боевая психическая травма: руководство для врачей. М., 2005. 432 с.

18. Молчанова Е.С. Посттравматическое стрессовое и острое стрессовое расстройство в формате DSM-V: внесенные изменения и прежние проблемы // Медицинская психология в России. 2014. Т. 6. № 1. С.1–21.
19. Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством: методические рекомендации / Н. В. Семенова, А. Ю. Гончаренко, С. В. Ляшкова, М. Ю. Попов, В. К. Шамрей, Е. С. Курасов, А. А. Марченко, Н. Г. Незнанов. СПб., НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева 2022. 36 с.
20. Падун М. А., Котельникова А. В. Психическая травма и картина мира: Теория, эмпирия, практика. М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 2012. С. 76–77.
21. Петрова Е. А. Феномен психотравмы: теоретический аспект // Вестник новгородского государственного университета. 2013. №74. Т. 2. С. 89–91.
22. Плетка О., Чаплинская Ю. Интенсивная работа с травмой: психотерапевтические методы. Киев : ТАЛКОМ, 2017. 232 с.
23. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 - F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации. М., 1998.
24. Решетников М. М. Психическая травма. СПб.: Вост. Европ. ин. психоанализа, 2006. 322 с.
25. Решетников М. М. Необходимо дезавуировать истерику с возможным количеством ПТСР. URL: <https://psy.su/feed/11011/t> (дата обращения: 12.09.2024)
26. Решетников М.М. Современная проблематика психической травмы и посттравматического расстройства // Психологическая газета. 12.08.2022. URL: <https://psy.su/feed/10186/> (дата обращения: 4.09.2024).
27. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. СПб.: Питер, 2008. 713 с.
28. Сеттаров И.А., Сеница Д.А., Инамова С.Т., Юнусов Д.М., Касимов З. Боевая психическая травма и посттравматическое стрессовое расстройство: причины, последствия, профилактика // MEDICAL SCIENCES. 2018. № 26. С. 58–63/
29. Сыропятов О. Г., Дзеружинская Н. А. О концепции «боевых психических расстройств» // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. т. 30. № 3. С. 68–72.
30. Снедков Е. В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы): автореф. дисс. ... доктора мед. Наук. Санкт-Петербург, 1997.
31. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб. : Питер, 2001. 272 с.
32. Трубицына Л. В. Процесс травмы. М. : Смысл, ЧеРо, 2005. 218 с.
33. Фрейд З., Ференци Ш., Абрахам К., Зиммель Э., Джон Э. К психоанализу военных неврозов. Сборник статей. Ижевск: Изд-во «Эрго», 2012. 104 с.).
34. Черепанова Е. Социальная психология травмы. URL: <https://psy.su/pubs/9107/> (Дата обращения: 20.09. 2024).
35. Figley C. (1986). Trauma and its wake. (V 2). New York: Brunner/Mazel.
36. Field Manual FM 6–22.5 // Combat and operational stress control manual for leaders and soldiers. Washington, 2009.
37. Kolk B. van der. Psychological trauma. Washington (DC): American Psychiatric Press.
38. Zohar J, Juven-Wetzler A, Sonnino R, Cwikel-Hamzany S, Balaban E, Cohen H. New insights into secondary prevention in post-traumatic stress disorder. Dialogues Clin Neurosci. 2011;13(3):301-9.

COMBAT PSYCHOLOGICAL TRAUMA – WOUNDING OF SOUL AND BODY

Karayani A.G.

Military Order of Zhukov Academy of National Guard Forces of the Russian Federation
St. Petersburg, Russia

Abstract

The article analyses scientific views on combat psychological trauma. Types of psychological trauma are discussed. The signs of combat psychological trauma are considered. The dynamic characteristics of combat psychological trauma are revealed.

Keywords

psychic trauma, combat psychological trauma, post-traumatic stress disorder