

**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И ИСТОРИЯ
ВОЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ
THEORETICAL AND METHODOLOGICAL PROBLEMS
AND HISTORY OF MILITARY PSYCHOLOGY**

УДК: 159.99

DOI: 10.25629/RMPJ.2025.04.01

**МОДЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ УЧАСТИЯ В БОЕВЫХ
ДЕЙСТВИЯХ КАК ИНСТРУМЕНТ СОЗДАНИЯ СИСТЕМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ВЕТЕРАНАМ СВО¹**

Караяни А.Г.

Академия войск национальной гвардии

Аннотация

В статье рассматриваются модели психологических последствий, переживаемых ветеранами боевых действий. Обосновываются ресурсный характер и уникальность этих моделей для организации психологической помощи ветеранам. Выделяются простые, слабо дифференцированные и сложные, состоящие из многих компонентов, модели. Делается вывод о необходимости построения комплексной помощи ветеранам СВО на основе адекватной модели психологических последствий участия в боевых действиях.

Ключевые слова

психологические последствия участия в боевых действиях, психологическая помощь, модель, ветераны боевых действий

Об авторе

Караяни Александр Григорьевич, Заслуженный деятель науки Российской Федерации, доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент Российской академии образования, профессор Военной ордена Жукова академии войск национальной гвардии Российской Федерации, действительный член Академии военных наук, Лауреат Государственной премии Российской Федерации имени Маршала Советского Союза Г.К. Жукова в области военной науки.

¹ Статья выполнена в русле научной школы «Военная психология: методология, теория, практика»

Введение

Обобщение первого опыта осуществления комплексной помощи ветеранам специальной военной операции российских войск на Украине (СВО) свидетельствует о том, что в этой области намечаются некоторые неоправданные акценты, способные породить серьёзные диспропорции в усилиях государства, профессиональных сообществ, в использовании немалых, но всё же ограниченных финансовых, материальных, профессиональных и других ресурсов.

Анализ сферы психологической помощи ветеранам СВО показывает, что здесь наибольшую активность проявляет медицинское сообщество – психиатры, психотерапевты, медицинские психологи. За четыре года СВО ими были чётко определены мишени своей активности, среди которых приоритетной целью избрано посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) [9]. Обоснована система психиатрической и психотерапевтической помощи в Российской Федерации, включающая субъектов, объекты, уровни, стратегии, инфраструктуру [5; 9] и т.д. Минздравом Российской Федерации был утверждён стандарт медицинской помощи лицам, страдающим ПТСР [13], которая предполагает скоординированное применение психотерапевтической и медикаментозной стратегий лечения этого расстройства [5]. Разработаны и утверждены квалификационные требования к специалистам, допущенным к лечебной деятельности с лицами, у которых выявлено ПТСР [12]. Создана система раннего выявления (скрининга) ПТСР у ветеранов боевых действий [6]. Идея об оказании бесплатной медицинской помощи ветеранам СВО, страдающим ПТСР, объективирована в соответствующем решении правительства Российской Федерации [11]. При участии психологов сформированы рекомендации специалистам по мотивированию ветеранов СВО и членов их семей к обращению за психологической помощью [7].

Как можно заметить, проделана действительно большая и плодотворная работа. Ясно, что такая активность медицинского сообщества естественным образом формирует в общественном сознании россиян чрезвычайную важность и приоритетность медицинского подхода к помощи ветеранам СВО, в основе которого лежит модель «болезнь–лечение». И это абсолютно верная модель, применяемая в контексте медицинского подхода.

Однако распространение этой модели на все психологические последствия участия в боевых действиях, её абсолютное доминирование в области комплексной помощи ветеранам СВО приводит к тому, что в российском обществе, а иногда и в профессиональной среде, формируется образ ветерана боевых действий как человека психически нездорового, страдающего посттравматическим стрессовым расстройством, «психотравматика». Мы уже отмечали, что проведённые нами опросы специалистов ряда структур, ориентированных на работу с ветеранами боевых действий, показывают, что они видят вернувшихся с войны преимущественно возбуждёнными, а также в значительной степени больными, грубыми, злыми и пессимистичными, полагают, что лица, пережившие боевое ПТСР, не должны допускаться к работе с детьми, и нежелательны в качестве начальников самих опрошенных [2; 3; 4].

Психологические исследования в выделенной нами области показывают, что образы, формируемые в общественном сознании – это не индифферентные социально-когнитивные конструкции, а образования, отличающиеся поистине огромной ориентирующей, побуждающей, корректирующей силой, то есть силой, активно влияющей на социальное восприятие, социальные установки и поведение членов общества [3; 4]. И если ветераны СВО будут представлены в общественном сознании как «психотравматики», то члены общества будут выстраивать по отношению к ним соответствующие стратегии поведения, характеризующиеся осторожностью, недоверием, предвзятостью в интерпретации их поведения, ограничением (избеганием) контактов и т.д.

Между тем серьёзные исследователи психологических последствий участия в боевых действиях у ветеранов военных событий, и, в первую очередь сами медицинские специалисты, стремятся чётко обозначить предельную ограниченность медицинского подхода, вытекающую

из ограниченности масштабов распространения собственно психиатрических последствий участия в войне.

Так, в методических рекомендациях Минздрава «Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством» [9], отмечается, что ожидаемый уровень распространённости ПТСР у ветеранов СВО укладывается в интервал в 3%–11% от числа участников боевых действий, подвергшихся воздействию травматических факторов и до 17% в когорте раненых.

Изучение реального положения дел в области психологических последствий с помощью точечных пилотных «зондирований» уже вернувшихся в мирную жизнь ветеранов боевых действий показывает, что в некоторых силовых ведомствах уровень ПТСР среди данной категории составляет существенно ниже 1%.

Это явление не стало неожиданностью для тех исследователей и практиков, которые работают непосредственно с ветеранами боевых действий в целях оказания им необходимой помощи. На протяжении многих лет эти исследователи последовательно выстраивали объективные модели психологических последствий участия в боевых действиях. Несмотря на разницу в используемой ими терминологии, специфических акцентах на разных элементах предлагаемых моделей, их объединяют следующие общие позиции.

Во-первых, психологические последствия участия в боевых действиях уникальны для каждого военного события и выводы, полученные на материале одного события, нельзя некритически переносить на другие события.

Так, в годы Первой мировой войны отмечалось широкое распространение истерических расстройств, во время Второй мировой войны широко фиксировались случаи боевого утомления, в военных событиях конца XX в. – начала XXI в. чаще обнаруживались симптомы, включённые на определённом этапе в структуру ПТСР, черепно-мозговые травмы, а депрессивные и тревожные расстройства. Во многом это было связано, как со спецификой социально-экономических, культурных и военных особенностей конкретной войны, так и с той методологической оптикой, сквозь которую исследователями и практиками осуществлялось наблюдение за психологическими последствиями участия в боевых действиях.

В некоторых случаях психологические последствия участия в боевых действиях изменялись в ходе одной военной кампании из-за изменения социальных, организационных, военных и других факторов. Так, в Народно-освободительной армии Югославии до 1943 года, когда модель пополнения армейских подразделений была добровольческой, уровень «психологических потерь» составлял 0,6 %, а после 1943 года, с введением воинской обязанности и применением насильственной мобилизации, этот показатель вырос до 52 % [17], то есть почти в 100 раз!

Во-вторых, психиатрические последствия войны, являясь самым драматическим их проявлением, составляют лишь часть (как показывают исследования, меньшую часть) всех психологических последствий.

подавляющее большинство ветеранов боевых действий, как было подчёркнуто выше, преодолевает все трудности психологического возвращения в мирную жизнь без серьёзных психологических проблем.

В-третьих, ветераны войны, в зависимости от отношения к ним общества, могут демонстрировать огромные здоровые созидательные возможности, обладать колоссальным потенциалом мирного созидания и выступать движущей силой мирного строительства общества.

Президент Российской Федерации предлагает вспомнить участников Великой Отечественной войны: «Предлагаю вспомнить участников Великой Отечественной войны. Люди вернулись, достигли выдающихся результатов и в науке, и в искусстве, и в образовании. (...) Бойцы СВО ничем не хуже ветеранов Великой Отечественной. (...) Я очень рад за ребят, которые прошли первый поток [программы «Время героев»], на втором потоке учатся. Многие из них уже стали и губернаторами, и заместителями министра, работают в крупнейших наших компаниях.

Несколько человек работает в администрации президента» [8]. Не случайно этих людей он называет подлинной элитой России.

В связи со сказанным выше представляется интересным, остро актуальным и чрезвычайно полезным обзор как простых (сводящихся к одному-двум явлениям), так и комплексных моделей психологических последствий участия в боевых действиях. С помощью подобных моделей как упрощённых структурированных представлений о реальных явлениях и процессах, можно более обоснованно формировать программы психологической помощи ветеранам боевых действий, включающие как качественные, так и количественные ориентиры, рамки и адекватные стратегии вспомогательной деятельности. Это может повысить конкретность принимаемых в этой области решений, обоснованность маршрутизации финансовых потоков, определять виды создаваемой инфраструктуры, оценивать целесообразность подготовки специалистов помогающих профессий конкретного профиля и прогнозирования их потребной численности (см. табл. 1).

Таблица 1 – Взаимосвязь модельного представления о психологических последствиях участия в боевых действиях и качественно-количественных характеристик системы помощи ветеранам СВО

№ пп	Модельные представления	Что определяет модель
1.	О количестве (проценте) ветеранов, страдающих психическими расстройствами, проблемами и нуждающихся в различных видах помощи	1.Количественные параметры необходимой группировки специалистов, привлекаемых для работы с ветеранами. 2.Масштабы и качественные характеристики инфраструктуры помощи. 3.Объёмы финансирования системы вспомоществования.
2.	О видах и специфике психологических последствий у различных категорий (групп) ветеранов боевых действий	1.Профессиональная принадлежность и квалификация специалистов, привлекаемых для помощи (психиатры, психотерапевты, психологи, социальные работники и т.д.). 2.Направленность образовательных программ вузов, готовящих соответствующих специалистов. 3.Функциональная направленность создаваемой инфраструктуры психологической помощи.
3.	О соотношении основных категорий (групп) ветеранов	Процентное соотношение специалистов различных профилей, привлекаемых для оказания помощи ветеранам
4.	О «ядерных» чертах образа ветерана в общественном сознании, формирующегося в континууме «герой»–«психотравматик»	1. Социальные ожидания и социальные установки членов общества по отношению к ветеранам. 2. Поведение членов общества в процессе взаимодействия с ветеранами. 3. Поведение ветеранов в связи с ожиданиями социального окружения. 4. Успешность интеграции ветеранов в общество, стабильность общественных отношений.

Взаимосвязи, отражённые в табл. 1 обусловили выбор темы, объекта и предмета настоящего исследования.

Методами исследования выступили: изучение научной литературы и документов, логико-семантический анализ (анализ, обобщение, сравнение, классификация) изучаемых явлений.

Ход и результаты исследования

Результаты изучения научных публикаций по теме психологических последствий, переживаемых ветеранами боевых действий, позволяют выделить ряд исследований, содержащих модельные представления о психологических явлениях и процессах, характерных для возвращающихся с войны в мирное общество ветеранов. Представляется целесообразным рассмотреть эти модели по мере возрастания их детализации и конкретизации.

В настоящее время в области комплексной помощи ветеранам боевых действий доминирует медицинская модель психолого-психиатрических последствий участия в боевых действиях [5; 9; 13] (рис. 1).

Это предельно простая, двухкомпонентная модель, которая может быть описана мнемоформулой «травма – болезнь».

Из рис. 1 видно, что потенциально-травматическое событие (далее – ПТС) (событие, которое воспринимается и переживается как угрожающее безопасности и стабильности мира человека, вызывает индивидуальные или групповые переживания страха, ужаса, беспомощности и безнадёжности), воздействуя на участников боевых действий, порождает у подавляющего большинства из них различного рода психологические проблемы. При этом у значительной части развиваются посттравматические стрессовые расстройства, тревожные и депрессивные расстройства, отмечаются черепно-мозговые травмы, возникают различные психологические проблемы типа моральной травмы, чувства вины выжившего и т.д. Всё это дезадаптирует ветеранов боевых действий, делает их жизнь сложной и требует вмешательства специалистов прежде всего медицинского профиля.

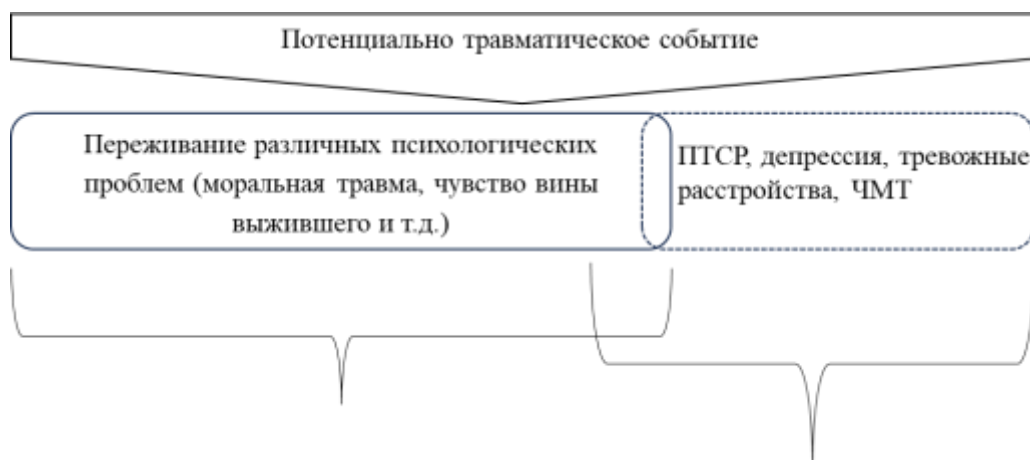


Рисунок 1 – Медицинская модель психологических последствий участия в боевых действиях («Модель ПТС – болезнь»)

Широкое распространение этой модели за пределы собственно медицинского сообщества породило у некоторой части российских граждан деструктивные мифы о психологических последствиях участия военнослужащих (сотрудников) в боевых действиях (см. табл. 2).

Таблица 2 – Мифы о психологических последствиях участия в боевых действиях и реальность

№ пп	Содержание мифа	Реальность
1.	Подавляющая часть ветеранов боевых действий – это лица, страдающие ПТСР и другими психическими расстройствами	ПТСР может отмечаться у 3-11% участников боевых действий, подвергшихся боевым травматическим воздействиям
2.	Ветераны боевых действий дисфункциональны в мирной жизни, плохо адаптируются к ней	Ветераны боевых действий более успешны в адаптации к мирной жизни и лучше продвигаются по ступеням социальной иерархии, чем их не воевавшие сверстники
3.	Ветераны чаще, чем не воевавшие люди совершают преступления, попадают в тюрьму, придерживаются девиантных форм жизни	Ветераны не чаще других людей нарушают закон и допускают девиантное поведение
4.	Ветераны, страдающие ПТСР длительное время (порой в течении всей жизни) страдают ПТСР	Абсолютное число ветеранов, зарегистрированных как страдающие ПТСР (например, в США), отказываются от психологической помощи, но продолжают пользоваться выплатами, льготами, гарантиями

Такие мифы, чаще всего родившиеся «за океаном», принимаются некоторыми коллегами без должной критики. Между тем факты, имеющиеся в этой области, просто обескураживают. Так, в годы Первой мировой войны в, в которой погибло более четверти всех взрослых жителей Сербии, и сербская армия противостояла превосходящему противнику, было зафиксировано всего два случая психотравматизации бойцов. Сербские исследователи объясняют это высоким моральным духом сербских воинов [17].

Если медицинская модель психологических последствий участия в боевых действиях будет единственной, это потребует масштабной разработки средств диагностики, подготовки большого количества специалистов медицинского профиля, создания обширной инфраструктуры медико-психологической помощи и т.д.

Другой слабо дифференцированной моделью, отражающей неоднородность психологических последствий участия в боевых действиях, является модель, описываемая израильским ученым и практиком в области реабилитации участников боевых действий J. Zohar [19].



Рисунок 2 – Модельное представление позиции J. Zohar
(модель «ПТС – адаптация»)

Эта модель может быть грубо описана мнемоформулой «ПТС – адаптация – помощь».

Из рисунка 2 можно видеть, что израильский специалист исходит из того, что от 80% до 90% участников боевых действий, подвергающихся действию стресс-факторов боевой обстановки, обладают достаточным ресурсом для того, чтобы самостоятельно справиться с возникающими вызовами.

Безусловно, они могут достаточно интенсивно переживать травматические события, но при этом не утрачивают психологической устойчивости и сохраняют психическое здоровье. А от 10% до 20% ветеранов может понадобиться психологическая помощь.

Если данную модель взять за основу при организации психологической помощи, то следует придерживаться следующих (вытекающих из модели) стратегий: нужно довериться внутренним адаптивным ресурсам ветеранов, способным обеспечить переход их нервной системы и психики с военного на мирный режим функционирования и приспособление к мирной жизни. Поэтому при возвращении участников боевых действий в мирную жизнь не следует (по крайней мере в течении первых 2-4 мес.) включать их в интенсивные программы психологической помощи. Особенно следует избегать «психологизации» (включение в различные психотерапевтические акции), «психиатризации» (постановка диагнозов) и «фармаколизации» (медикаментозное вмешательство) без крайней нужды.

Также к слабо дифференцированным моделям психологических последствий участия в боевых действиях можно отнести модель, описанную Tedeschi R.G. и Calhoun L.G. [18] (рис. 3).

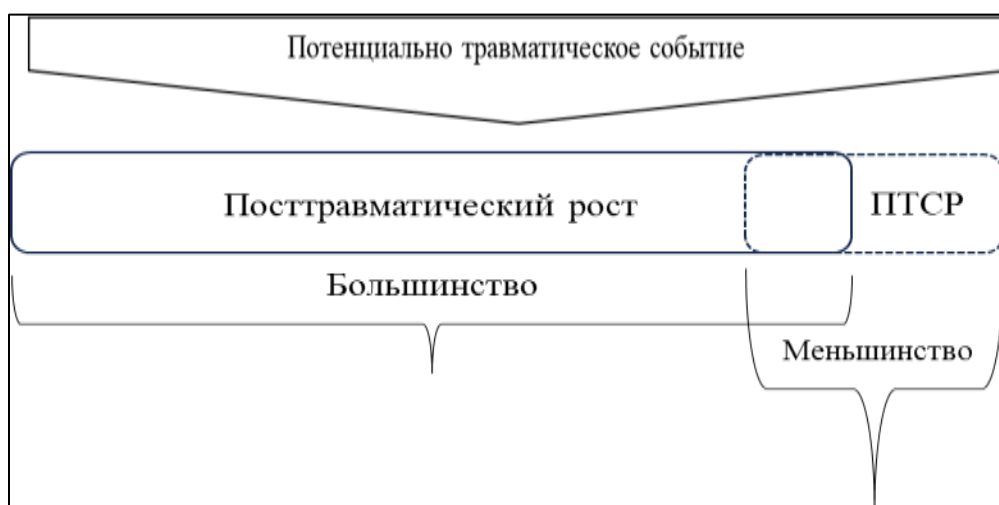


Рисунок 3 – Модельное представление позиции Тедески и Кэлхоуна (модель «ПТС – рост»)

Эта модель в какой-то мере является противоположностью медицинской модели. Она может быть описана мнемоформулой «ПТС – посттравматический рост». Из рис. 3 видно, что большинство участников боевых действий, подвергшихся ПТС, справляются с психотравмой самостоятельно и обретают ресурсы и шансы строить более полноценную и активную жизнь.

Принятие данной модели за рабочую потребует от организаторов психологической помощи ветеранам боевых действий, прежде всего, маршрутизации той мощной энергии, заряд которой получили люди, пережившие психическую травму.

Рассматриваемый подход коренным образом изменяет цель психологического вспомоществования ветеранам боевых действий: осуществляется перенос акцентов с их лечения на раз-

витие, мобилизацию внутренних ресурсов и вовлечение в различные формы активной социальной жизни. В случае отсутствия таких маршрутов, потребуется их целенаправленное создание, также как и создание мест приложения активности этих ветеранов (формальные и неформальные роли, статусы, должности и т.д.).

Если энергии этих людей будет некуда выплеснуться, они могут направлять её в асоциальную сферу, подвергаться алкоголизации, наркоманизации, изолироваться от общества вплоть до использования самых крайних форм самоизоляции. Одним из возможных исходов может стать активное участие в протестных акциях и стремление переделать социум «по законам военной справедливости».

Однако, как показывает наше исследование, кроме таких слабо дифференцированных и простых моделей, которые выделяют как правило два оппозиционных типа последствий (болезнь-здоровье, ПТС – устойчивость, травма – рост) некоторые авторы описывают более сложные модели психологических последствий участия в боевых действиях.

Например, М. Мэтьюз [16], по существу, предлагает модель психологических последствий участия в боевых действиях, переживаемых ветеранами войны, которую можно охарактеризовать как континуальную. Он исходит из того, что люди, переживающие тяжелую травму или бедствие, реагирует различными способами: 1) одни ослабевают, 2) другие остаются относительно неизменными, 3) третьи растут по важным направлениям. Мэтьюз предложил рассматривать влияние боя на солдат в диапазоне определенного континуума, на примере кривой нормального распределения (см. рис. 4).

На левой стороне кривой находится клинически диагностированная психопатология (посттравматический стресс). В правой части кривой позиционируются позитивные последствия воздействия боевой обстановки (посттравматический рост).

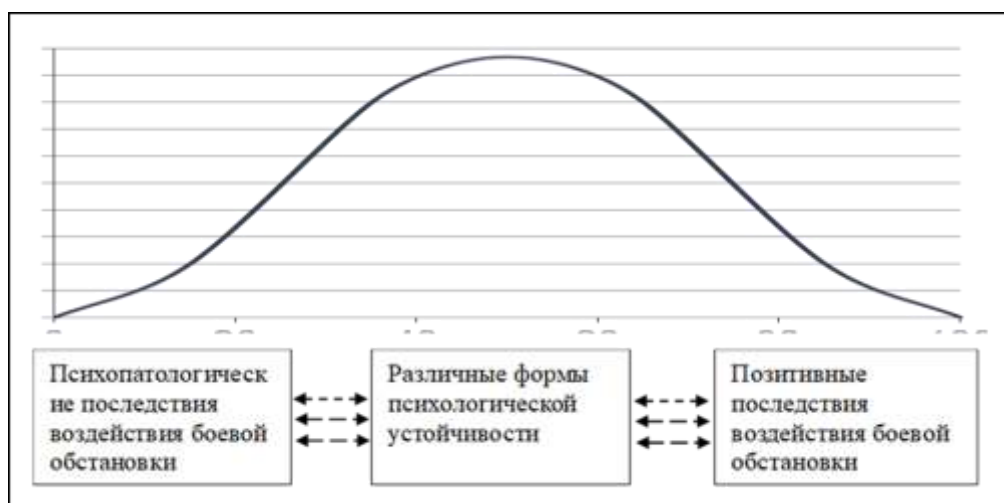


Рисунок 4 – Континуальная модель психологических последствий участия в боевых действиях, переживаемых ветеранами войны (Matthews M. D.)

В центре кривой, между этими двумя полюсами располагаются различные уровни устойчивости. По мнению Мэтьюза между выделенными состояниями не существует непроницаемых границ. Ветераны войны под воздействием различных обстоятельств могут мигрировать из одной группы в другую, а также в определенные моменты находиться одновременно в разных группах. К примеру, ветеран боевых действий может одновременно переживать посттравматический рост и страдать от отдельных симптомов посттравматического стрессового расстройства.

Таким образом, Мэтьюз предлагает модель, которая включает три разнонаправленных компонента психологических последствий: 1) посттравматическое стрессовое расстройство, 2) сохранение психологической устойчивости и 3) посттравматический рост, между которыми проявляются множественные взаимопереходы и взаимопревращения.

Использование такой модели потребует от организаторов более сложной работы: 1) многокритериальной психодиагностики с целью выявления разных последствий; 2) планирования разных видов и форм психологической помощи по отношению к представителям разных категорий ветеранов; 3) вовлечения в процесс помощи специалистов разного профиля.

Другие исследователи также выделяют позитивную и негативную траектории (направленности) развития психологических последствий воздействия боевой обстановки на участников военных событий [14], которые включают множественные качественно разные формы психологического реагирования участников и ветеранов боевых действий и их психических состояний, что выступает критерием для разделения их на специфические группы. Описание этих процессов можно квалифицировать как «траекториальную» модель психологических последствий участия в боевых действиях (рис. 5).

Так, позитивная траектория отражает процесс поддержания или восстановления психического статуса, оздоровления или даже превышения своего прежнего уровня функционирования. Она проявляется в процессах восстановления (способность вернуться к нормальному состоянию и поведению), устойчивости (способность не реагировать на широкий спектр воздействий) и реконфигурации (постоянные изменения и адаптация после травматического события, посттравматический рост).

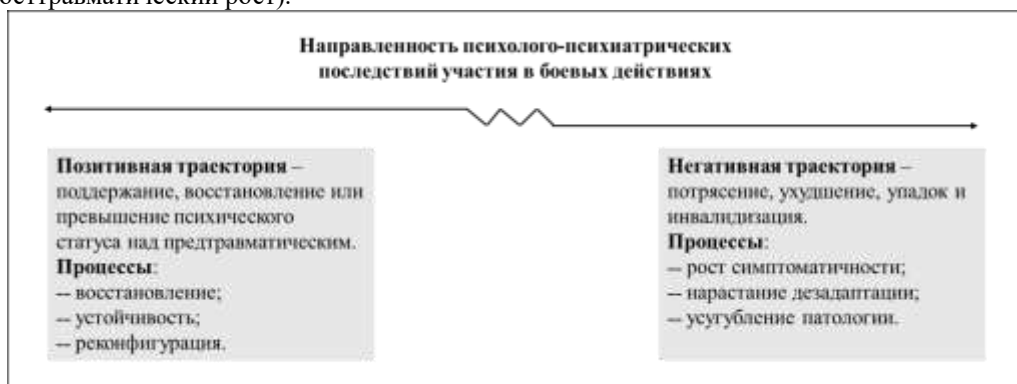


Рисунок 5 – «Траекториальная» модель психологических последствий участия военнослужащих в боевых действиях (составлена нами по Фримен А., Фримен Ш. М. Факторы уязвимости: повышение и понижение порога реагирования [14])

Негативную траекторию составляют процессы ущербного выживания: потрясение, ухудшение, упадок и инвалидизация. Эта траектория проявляется в росте симптоматичности, дезадаптации, нарастании патологии и т.д.

В соответствие с данной моделью ПТС пропускаются личностью сквозь своеобразную психологическую защиту, которая представлена в форме резилентности и восстановления. Резилентность трактуется как способность не реагировать на внутренние или внешние раздражители, а восстановление как способность возвращения к своей предыдущей базовой адаптивной производительности после переживания состояния уязвимости.

Участники боевых действий, обладающие резилентностью и способностью к восстановлению, при возвращении в мирную жизнь, находятся в русле позитивной траектории.

Если целенаправленно использовать данную модель психологических последствий участия в боевых действиях при построении психологической работы с ветеранами, нужно будет со-

средоточить свои усилия на решении таких вопросов, как диагностика векторов психологических последствий, поиск путей, методов и средств формирования у ветеранов устойчивости, ресурсов восстановления и реконфигурации.

Большой интерес представляет модель психологических последствий участия в боевых действиях, предложенная В. Е. Поповым в 1992 году [10]. Автор выделяет (см. рис. 6) следующие качественно своеобразные группы ветеранов боевых действий: 1) ветераны, отказывающиеся от реадaptации и возвращающиеся в экстремальные условия (например, в профессии, связанные с риском и опасностью для жизни); 2) ветераны, сублимирующие свой потенциал в творчестве; 3) ветераны, безуспешно пытающиеся реадaptироваться и находящиеся в постоянном поиске своего самовыражения. У представителей последней группы могут отмечаться признаки вторичной дезадаптации и симптомы ПТСР.

Переменной, влияющей на качество психологической реадaptации и реабилитации, Попов называет реадaptационную среду. Если участник боевых действий проходит реадaptацию в своем боевом коллективе во главе с боевым командиром (экстремальная среда), то реадaptация идет успешно.

При реализации «средовой» модели психологических последствий участия в боевых действиях будет необходимо создавать или некоторое время удерживать «экстремальную среду» реадaptации ветеранов боевых действий: оставлять их на военной службе, рекомендовать для работы в других силовых ведомствах, вовлекать в различные виды экстремальной деятельности, создавать условия для сублимации ветеранами своего потенциала в творчестве, оказывать психологическую и медико-психологическую помощь ветеранам, с дезадаптацией и психическими расстройствами.



Рисунок 6 – «Средоопосредованная» модель психологических последствий участия в боевых действиях по В.Е. Попову

Наконец, в литературе [1; 3] представлена еще одна (комплексная) модель психологических последствий участия в боевых действиях. Комплексность этой модели состоит в том, что она, во-первых, фиксирует три вектора последствий (психопатологический, нейтральный и реконфигурационный); во-вторых, подчёркивает континуальность психологических последствий, проявляющуюся в наличии многих переходных форм между полярными их проявлениями; в-третьих, выделяет наиболее широкую палитру психологических последствий (рис. 7).



Рисунок 7 – Комплексная модель психологических последствий участия в боевых действиях (А.Г. Караяни)

Рассматриваемая модель содержит не только более или менее развёрнутую характеристику психологических состояний и качеств ветеранов боевых действий, но и определяет важнейшие ориентиры для оказания помощи представителям их различных категорий.

Таблица 3 – Характеристика категорий ветеранов по особенностям переживания психологических последствий войны и направления психологической помощи им

Название категории (группы)	Характеристика группы		Вид помощи	
	Психическое здоровье	Готовность к трудовой и социальной активности	Временная ориентированность	Психологическая помощь
Страдающие ПТСР	Психическое расстройство	После излечения, комплексной реабилитации	Прошрое, как пора без психологических проблем	Скрининг, диагностика, лечение, реабилитация, реадaptация
«Не вернувшиеся с войны»	Здоровы	Ориентированы на войну/ экстремальные профессии	Военное прошлое как идеал способа и места жизни	Удовлетворение комплекса «4П»
Переживающие кризис реадaptации и ресоциализации	Здоровы, отдельные симптомы	После профессиональной переподготовки и психологической поддержки	Настоящее, требующее решения проблем реадaptации и ресоциализации	Псих. помощь в купировании симптомов; удовлетворение комплекса «4П», МП-реабилитация, реадaptация

Психологически устойчивые	Здоровы	Готовы	Настоящее, требующее решения проблем реадaptации и ресoциализации	Удовлетворение комплекса «4П». Переподготовка. Маршрутизация активности
Переживающие посттравматический рост	Здоровы, отдельные симптомы	Готовы, проявляют высокую активность	Будущее как идеал более насыщенной и плодотворной жизни	Удовлетворение комплекса «4П». Переподготовка. Маршрутизация энергии и создание сфер активности

Из таблицы 3 видно, что принятие рассматриваемой модели психологических последствий участия в боевых действиях в качестве основной потребует скоординированных действий специалистов помогающих профессий широким фронтом. Большая нагрузка ляжет на социальных психологов, социальных работников, специалистов по работе с персоналом. Главным содержанием их работы должно стать всемерное удовлетворение обострившихся у ветеранов потребностей из потребностного комплекса «4П»: потребности быть понятым, признанным, принятым, поддержанным [1; 3].

Из этого положения необходимо исходить, планируя комплексную помощь ветеранам боевых действий.

Заключение

Таким образом, психологическая помощь ветеранам боевых действий, как всякая целенаправленная деятельность должна строиться на модельном представлении о её предмете. Таким предметом выступают психологические последствия участия в боевых действиях, которые проявляются в разных формах, имеют различную направленность и требуют разных стратегий вспомоществования.

В литературе представлены различные модели психологических последствий участия в боевых действиях: от простых и слабо дифференцированных до комплексных.

Задача должностных лиц, организующих комплексную помощь ветеранам избрать адекватную модель для её учёта в области психологического вспомоществования ветеранам боевых действий.

От избранной модели будут зависеть объёмы и виды планируемой помощи, возводимая инфраструктура помощи, объём, уровни подготовки и формирование группировок специалистов помогающих профессий соответствующих профилей.

Библиография

1. Караяни, А. Г. Психологические последствия участия в боевых действиях: «не ПТСРом единым» / А. Г. Караяни // Российский военно-психологический журнал. – 2023. – № 2(2). – С. 75-83. – DOI 10.25629/RMPJ.2023.02.07. – EDN JDYQLP.
2. Караяни, А. Г. Стигматизация как причина отказа от психологической помощи ветеранами боевых действий / А. Г. Караяни // Вестник Санкт-Петербургского военного института войск национальной гвардии. – 2025. – № 1(30). – С. 83-90. – EDN TPSFNL.
3. Караяни, А. Г. Социально-психологические проблемы интеграции современного российского общества / А. Г. Караяни, А. Л. Журавлев // Психологический журнал. – 2025. – Т. 46, № 5. – С. 14-22. – DOI 10.31857/S0205959225050029. – EDN ECZTSO.

4. Караяни А. Г., Проценко С. А., Трофимов Н. В. Социальные ожидания в обществе как механизм ресоциализации участников боевых действий // Психопедагогика в правоохранительных органах. – 2025. – Том 30. – № 4(103). – С. 378-391.

5. Клинические рекомендации "Посттравматическое стрессовое расстройство" (утв. Министерством здравоохранения РФ 27 февраля 2023 г.). – URL: https://med-bspec-gbuz-rpnd-ulanude-r81.gosweb.gosuslugi.ru/netcat_files/8/9/Klinicheskie_rekomendatsii_Posttravmaticheskoe_stressovoe_rasstroystvo_utv_Minister.pdf (дата обращения: 17.11.2025).

6. Организация скринингового обследования участников специальной военной операции и членов их семей в целях раннего выявления у них психических расстройств, в том числе связанных со стрессом : методические рекомендации / Ахапкин Р.В., Зинченко Ю.П., Ичитовкина Е.Г. и др. Москва – Санкт-Петербург, 2023. – 27 с.

7. Мотивирование ветеранов боевых действий, принимавших участие с специальной военной операции, и членов семей погибших при выполнении задач в ходе специальной военной операции к обращению за психологической помощью: методические рекомендации / Шпорт С.В., Баева А.С., Булыгина В.Г. и др. Москва, 2023. – 23 с.

8. «Ну чего стоять на пороге-то? Заходи в дом! Правильно? Если уж Купянск под их контролем» Главные заявления Путина на прямой линии. – URL: <https://lenta.ru/articles/2025/12/19/quotes/> (дата обращения: 1.12.2025).

9. Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством: методические рекомендации / Н. В. Семенова, А. Ю. Гончаренко, С. В. Ляшковская и др. СПб. : НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева, 2022. – 36 с.

10. Попов, В. Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий (на материале землетрясения в Ленинкакане, межнационального конфликта в Фергане и боевых действий в Афганистане) : специальность 19.00.05 "Социальная психология" : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Попов Владимир Евгеньевич. – Москва, 1992. – 25 с. – EDN ZJPJZV.

11. Постановление Правительства РФ от 28 декабря 2023 г. № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 гг. – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/408223431/> (дата обращения: 17.11.2025).

12. Приказ Минздрава от 2 мая 2023 г. № 206н "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием". – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/406869654/> (дата обращения: 17.11.2025).

13. Приказ Минздрава от 21 июня 2023 года N 311н «Об утверждении стандарта медицинской помощи взрослым при посттравматическом стрессовом расстройстве (диагностика и лечение)». – URL: <https://base.garant.ru/407429212/> (дата обращения: 17.11.2025).

14. Фримен А., Фримен III. М. Факторы уязвимости: повышение и понижение порога реагирования // Теория и практика западной военной психологии: психотерапия стрессовых расстройств военнослужащих и членов их семей / под общ. ред. С. Э. Зверева. СПб. : Алетейя, 2021. – 392 с. С. 68–87. ISBN 978-5-00165-192-5.

15. Lepore, S., & Revenson, T. Relationships between posttraumatic growth and resilience: recovery, resilience, and reconfiguration. In L. G. Calhoun and R. G. Tedeschi (Eds.), Handbook of posttraumatic growth. Mahwah, NJ: Erlbaum. 2006. pp. 24–46.

16. Matthews, M. D. Head strong: How Psychology revolutionizing War / M. D. Matthews. N. Y. : Oxford university press, 2014. pp.77–79.

17. Milicevic, N., Milenovic, M., Marković D. War and mental trauma: reflections on psychiatric losses in wars of the twentieth century // Сетевой журнал «Научный результат». Серия «Социальные и гуманитарные исследования». Т.2, №1(7), 2016.

18. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma // Journal of Traumatic Stress. – 1996. – 9(3). – P. 455–471. DOI: 10.1002/jts.2490090305.
19. 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). – P. 301-309.

MODELS OF THE PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES OF PARTICIPATION IN COMBAT OPERATIONS AS A TOOL FOR CREATING A SYSTEM OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO VETERANS OF THE MILITARY

Karayani A.G.

Academy of National Guard Troops

Abstract

The article examines models of psychological consequences experienced by combat veterans. The resource nature and uniqueness of these models for the organization of psychological assistance to veterans are substantiated. There are simple, poorly differentiated and complex models consisting of many components. It is concluded that it is necessary to build comprehensive assistance to veterans of the SVO based on an adequate model of the psychological consequences of participation in hostilities.

Keywords

psychological consequences of participation in combat, psychological assistance, model, combat veterans