

**Колесникова К.С.**, клинический психолог, больница №1 г. Владивостока, [kkolesnikova345@gmail.com](mailto:kkolesnikova345@gmail.com)

**Енькова Л.П.**, кандидат психологических наук, Морской государственный университет имени адмирала Г. И. Невельского, [enkovalp@yandex.ru](mailto:enkovalp@yandex.ru)

## **МОТИВАЦИЯ К ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМУ СОТРУДНИЧЕСТВУ У БОЙЦОВ – УЧАСТНИКОВ СВО: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ И АНАЛИЗ ФАКТОРОВ СОПРОТИВЛЕНИЯ**

### **Аннотация**

Статья посвящена анализу мотивации к психотерапевтическому сотрудничеству и формированию терапевтического запроса у участников СВО. На материале клинических наблюдений – как из частной практики автора, так и из реабилитационного центра 1-й городской больницы Владивостока – рассматриваются особенности переживания травматического опыта, характерные проявления ПТСР у бойцов, социально-культурные барьеры обращения к психологической помощи и типичные маршруты взаимодействия с системой здравоохранения. Отдельное внимание уделяется феномену сниженной или отсутствующей мотивации к терапии как профессиональному вызову для специалистов. Предлагаются стратегии формирования терапевтического альянса, учитывающие специфику военно-культурной идентичности, особенности групповой динамики и представления бойцов о психологической помощи. Впервые на российском клиническом материале систематизированы факторы сопротивления психологической помощи у участников СВО, а также предложены практические стратегии формирования терапевтического альянса в условиях стационарной реабилитации, учитывающие специфику военно-культурной идентичности и отсутствие первичного запроса. В отличие от зарубежных моделей, ориентированных на амбулаторный контекст, авторская модель адаптирована к краткосрочной (14 дней) стационарной реабилитации.

### **Ключевые слова**

Посттравматическое стрессовое расстройство(ПТСР), травматический опыт, мотивация к сотрудничеству, терапевтический альянс, участники СВО

**Kolesnikova K.S.**, Clinical Psychologist, Hospital No. 1, Vladivostok, [kkolesnikova345@gmail.com](mailto:kkolesnikova345@gmail.com)**Enkova L.P.**, Candidate of Psychological Sciences, Admiral G. I. Nevelskoy Maritime State University, [enkovalp@yandex.ru](mailto:enkovalp@yandex.ru)

## MOTIVATION FOR THERAPEUTIC COOPERATION AMONG FIGHTERS PARTICIPATING IN THE SPECIAL MILITARY OPERATIONS: CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL OBSERVATIONS AND ANALYSIS OF RESISTANCE FACTORS

### Abstract

This article analyzes motivation for psychotherapeutic collaboration and the development of therapeutic demand among military personnel. Using clinical observations from both the author's private practice and the rehabilitation center of Vladivostok City Hospital No. 1, this article examines the characteristics of traumatic experiences, typical manifestations of PTSD in military personnel, sociocultural barriers to seeking psychological help, and typical interactions with the healthcare system. Particular attention is given to the phenomenon of reduced or absent motivation for therapy as a professional challenge for specialists. Strategies for forming a therapeutic alliance are proposed, taking into account the specifics of military-cultural identity, the characteristics of group dynamics, and the military personnel's perceptions of psychological help. Factors contributing to resistance against psychological assistance among participants of the Special Military Operation have been systematized for the first time based on Russian clinical data; additionally, practical strategies for establishing a therapeutic alliance during inpatient rehabilitation have been proposed, taking into account the specificities of military-cultural identity and the absence of an initial request for help. Unlike foreign models focused on outpatient settings, the model proposed by the author is adapted for short-term (14-day) inpatient rehabilitation.

### Key words

post-traumatic stress disorder (PTSD), traumatic experience, motivation for cooperation, therapeutic alliance, participants of the SMO

### Введение

В послевоенный период психическая реабилитация и реадaptация к условиям мирной жизни представляют собой ключевые направления восстановления личности, пережившей воздействие экстремальных факторов вооружённого конфликта. Современные данные и исторический анализ показывают, что потребность в комплексной психологической поддержке после войн является универсальной и остаётся актуальной независимо от времени, типа вооружённого конфликта или уровня развития медицинской системы.

Как отмечает Н. М. Жариков, в годы Великой Отечественной войны советская психиатрия делала основной акцент преимущественно на медикаментозное воздействие, рассматривая психические нарушения главным образом в биологической парадигме [4]. Психологические методы поддержки использовались ограниченно, а структурированные программы психотерапии отсутствовали. Несмотря на значительные достижения военной медицины, восстановление бойцов ориентировалось на краткосрочный симптоматический эффект, а не на долгосрочную психосоциальную адаптацию.

Сдвиг в сторону комплексного подхода начал формироваться во второй половине XX века. По данным Л. Л. Сазоновой и С. В. Арсентьевой, в период афганского конфликта реабилитационные мероприятия включали сочетание медикаментозной терапии, психотерапевтических и социально-психологических методов. Однако интенсивные курсы длились в среднем 14–21 день, что обеспечивало выраженный, но кратковременный эффект [12]. Ограниченность временных

рамок не позволяла сформировать устойчивые механизмы психологической защиты и успешной ресоциализации.

Современные представления о посттравматическом стрессе опираются на научные классификации, среди которых значимой является разработка Н. В. Тарабриной. Согласно её подходу, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) включает несколько уровней проявлений: острые стрессовые реакции, возникающие непосредственно после травматического события; классическое ПТСР, характеризующееся устойчивыми симптомами вторжения, избегания и гиперактивации; хронические и сложные формы ПТСР, сопровождающиеся нарушениями личности, эмоциональной регуляции и социального функционирования [13]. Такая классификация позволяет более точно определять направления и методы реабилитации: от неотложной психологической помощи до длительной психотерапии, ориентированной на восстановление когнитивных, эмоциональных и поведенческих функций.

С учётом исторического опыта и современных научных данных очевидно, что успешная реабилитация предполагает многокомпонентный подход, включающий психотерапию, социальную поддержку, медикаментозное сопровождение и мероприятия по постепенной интеграции в гражданскую среду. Только сочетание длительных структурированных программ и междисциплинарного взаимодействия позволяет обеспечить устойчивую реадaptацию участников вооружённых конфликтов и снижение рисков хронизации посттравматических нарушений.

В настоящее время психологическое сопровождение военнослужащих, вернувшихся из зоны боевых действий, становится одной из ключевых задач современной клинической психологии в России. Увеличение числа участников СВО объективно приводит к росту обращений – прямых и косвенных – связанных с симптомами посттравматического стрессового расстройства. Однако общая клиническая картина осложняется тем, что значительная часть бойцов не проявляет устойчивой мотивации к психотерапевтической работе. Это создаёт парадокс: симптомы есть, страдания есть, влияние на повседневную жизнь значительное, но осознанного запроса на помощь практически нет.

Опыт работы в реабилитационном центре 1-й городской больницы Владивостока показывает, что сопротивление обращению за психологической помощью является типичной реакцией для многих бойцов. Сходные наблюдения представляют специалисты других регионов – психологи госпиталей ветеранов войн, центров реабилитации, что позволяет говорить о системности феномена. Настоящая статья ставит целью комплексно рассмотреть факторы, влияющие на формирование терапевтического запроса у военнослужащих, и предложить практические способы построения сотрудничества при низкой мотивации.

## Методы

Исследование выполнено на базе реабилитационного центра 1-й городской больницы г. Владивостока в период с сентября 2024 г. по февраль 2026 г. В работе использовано клинко-психологическое наблюдение с элементами качественного анализа клинических случаев.

*Характеристика выборки.* Под наблюдением находились 47 бойцов – участников СВО (мужчины, возраст 22–52 года, средний возраст 34,7 года), проходивших курс медицинской и психологической реабилитации. Критерии включения: участие в боевых действиях в составе СВО, наличие признаков посттравматического стрессового расстройства, добровольное информированное согласие на участие в наблюдении с возможностью использования обезличенных данных в научных публикациях. Критерии исключения: острые психотические состояния, тяжёлые органические поражения ЦНС, выраженные когнитивные нарушения, препятствующие участию в беседе.

*Методы сбора данных.* Основными методами являлись: клинко-психологическая беседа (в том числе в неформальной обстановке), структурированное наблюдение в процессе реабилитационных мероприятий, анализ жалоб и анамнеза. Оценка симптомов ПТСР проводилась в рамках клинической беседы с опорой на диагностические критерии МКБ-11; в ряде случаев использовалась Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (военный вариант) как

дополнительный инструмент клинической оценки. Диагностика осуществлялась клиническим психологом, прошедшим специализированную подготовку в области психологии травмы.

*Анализ данных.* Качественный анализ проводился методом феноменологического обобщения с выделением типичных паттернов (маршрутов обращения, факторов сопротивления, стратегий формирования альянса). Количественная обработка не проводилась ввиду качественного характера исследования.

*Этический аспект.* Все пациенты дали письменное информированное согласие на использование обезличенных данных в научных целях. Имена и идентифицирующие детали изменены. Исследование проводилось в соответствии с этическими стандартами профессиональной деятельности психолога и принципами конфиденциальности.

## Результаты

В ходе клинических наблюдений были выделены следующие типичные маршруты первичного обращения (или направления) бойцов к психологу:

1. Формальное включение в программу медицинской реабилитации – консультация психолога является обязательным элементом курса, однако внутренняя мотивация у бойца отсутствует. Наиболее частые высказывания: «психолог не понимает войны», «мне это не нужно», «я справлюсь сам».

2. Направление семьей (супругой, матерью, другими родственниками) – боец является «присланным клиентом» без собственного запроса. Обычно поводом служат эпизоды агрессии, ночные реакции, изменения личности, пугающие близких.

3. Соматические жалобы – боец обращается с кожными реакциями, нарушениями сердечного ритма, паническими атаками, болью неясной этиологии, ожидая сугубо медицинского решения. Психологическая природа симптомов не осознаётся.

Клинические проявления ПТСР в наблюдаемой выборке. Наиболее частыми симптомами являлись: тяжёлые нарушения сна (38 из 47 наблюдаемых), интрузивные воспоминания и флэшбэки (32 из 47), эмоциональная дисрегуляция с вспышками гнева (35 из 47), ангедония и апатия (30 из 47), социальная отстранённость (27 из 47). Важно отметить, что большинство бойцов (33 из 47 по оценке клинической беседы) не связывали указанные изменения с травматическим опытом либо рассматривали их как неизбежное «послевоенное» состояние.

В ходе наблюдения выделены следующие основные группы факторов сопротивления психологической помощи:

- Культурно-гендерные: установка «мужчина справляется сам», восприятие эмоциональной открытости как слабости;
- Когнитивные: представление о психологии как о дисциплине, занимающейся «надуманными проблемами», непонимание механизмов ПТСР;
- Социально-идентификационные: дихотомия «свой – чужой», недоверие к специалистам, не имеющим боевого опыта;
- Поведенческие: предпочтение медикаментозных решений («таблетка, после которой станет легче»), избегание неопределённой и пугающей длительной работы;
- Микросоциальные: влияние мнений сослуживцев и значимых других, транслирующих мифы о психологической помощи.

## Обсуждение

Полученные результаты согласуются с данными зарубежных исследований, показывающих, что стигматизация и карьерные опасения являются ключевыми барьерами обращения за помощью у военнослужащих [21]. При этом отечественные авторы также отмечают амбивалентное отношение к психотерапевтической поддержке и восприятие обращения к психологу как слабости [1, 7].

Особого внимания заслуживает феномен отсутствия запроса на помощь при выраженной симптоматике. В классической психотерапевтической логике отсутствие запроса является препятствием для начала работы, однако в случае военнослужащих такой подход становится неэффективным и, как показывает наш опыт, потенциально опасным. Отказ от взаимодействия с бойцом, который не видит смысла в терапии, означает оставление его наедине с тяжёлыми последствиями травмы и рисками для семьи и общества. Это требует пересмотра традиционных терапевтических установок и признания формирования мотивации неотъемлемой частью профессиональной задачи специалиста (наблюдение, не описанное в доступной литературе).

Результаты позволяют выделить стратегии, которые, по данным наших наблюдений, повышают вероятность формирования терапевтического альянса:

1. Психологическое информирование – спокойное, научно обоснованное объяснение механизмов ПТСР, последствий отказа от помощи. Важно избегать назидательности и говорить на понятном языке.

2. Опора на значимые ценности – долг, ответственность, честь, забота о семье. Проекция этих ценностей на необходимость заботиться о собственном психологическом здоровье воспринимается легче, чем разговоры о личном благополучии.

3. Неформальные форматы контакта – разговоры вне кабинета (прогулки, курительная комната) позволяют снизить барьер «кабинетности», дают бойцу ощущение контроля и восприятие психолога как человека, а не «официального специалиста».

4. Демонстрация знания военного контекста – владение элементами военной терминологии, понимание устройства службы и условий на линии боевого соприкосновения смягчает барьер «свой – чужой».

5. Постепенное обсуждение значимых сфер жизни – семьи, детей, здоровья, будущей профессии – позволяет показать, как травма разрушает то, что клиент сам считает ценным.

Эти данные согласуются с зарубежными исследованиями, подчёркивающими важность психообразования и ценностно-ориентированных интервенций для повышения вовлечённости ветеранов в терапию [20]. В то же время предложенная нами модель адаптирована к российскому культурному контексту и условиям стационарной краткосрочной реабилитации.

## Выводы и заключение

1. Симптомы ПТСР у участников СВО выражены, однако их осознание остаётся фрагментарным, а связь с необходимостью психотерапии – неочевидной для большинства бойцов. По данным клинических наблюдений, 33 из 47 пациентов не связывают свои состояния с травматическим опытом.

2. Основными барьерами формирования терапевтического запроса являются: культурные нормы мужественности (установка «мужчина справляется сам»), недоверие к психологам как к «чужим», дихотомия «свой – чужой», вера в универсальность медикаментозного решения и влияние внутригрупповой микросреды.

3. Типичные маршруты первичного контакта с психологом включают: формальное включение в медицинскую реабилитацию, направление семьёй и соматические жалобы. В каждом из этих случаев у бойца отсутствует внутренняя мотивация к психологической работе.

4. Эффективными стратегиями формирования терапевтического альянса являются: психологическое информирование, опора на значимые для военнослужащего ценности (долг, семья, честь), неформальные форматы контакта, демонстрация психологом знания военного контекста и терминологии, а также постепенное обсуждение того, как травма разрушает значимые для клиента сферы жизни.

5. В условиях низкой мотивации формирование запроса становится неотъемлемой частью профессиональной задачи психолога. Отказ от взаимодействия с «немотивированным» клиентом, по данным нашего наблюдения, ведёт к рискам хронификации ПТСР и вторичных социальных последствий (агрессия, разрушение семей, алкоголизация).

**Литература**

1. Абдурахманов Р.А., Алиева М.А. Психологическая помощь ветеранам боевых действий с посттравматическим стрессовым расстройством // Мир образования – образование в мире. 2020. № 2 (78). С. 159–166.
2. Василенко Т.Д., Петрачевская Ю.Л., Смирнов Н.В. Взаимосвязь уровня воспринимаемого стресса и эмоциональной дисрегуляции у участников СВО // Российский психиатрический журнал. 2025. № 2. С. 69–75.
3. Советская психиатрия в годы Великой Отечественной войны : Сб. науч. тр. / Всерос. науч. о-во невропатологов и психиатров и др.; [Редкол.: А. М. Шерешевский (отв. ред.) и др.]. Ленинград : Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т, 1985. 131 с.
4. Зеленова М.Е., Лазебная Е.О., Тарабрина Н.В. Психологические особенности посттравматического стресса у участников войны в Афганистане // Психологический журнал. 1997. Т. 18. № 2. С. 34–49.
5. Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Прикладная военная психология. СПб: Питер, 2006. 480 с.
6. Первичко Е.И., Митина О.В., Степанова О.Б. Психологические особенности участников боевых действий с разной степенью выраженности посттравматического стресса // Национальный психологический журнал. 2021. № 2 (42). С. 45–57.
7. Психолого-терапевтическая работа с военнослужащими, участвовавшими в боевых действиях: учебно-методическое пособие. Горно-Алтайск: ГАГУ, 2024.
8. Пуховский Н.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство как следствие боевой психической травмы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119. № 1. С. 93–99.
9. Решетников М.М. Психическая травма. СПб: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2010. 184 с.
10. Сакович П.В., Ичитовкина Е.Г., Соловьев А.Г., Злоказова М.В., Жернов С.В., Новикова И.А. Биопсихосоциальные маркеры посттравматического стрессового расстройства у комбатантов // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2024. № 1. С. 50–55.
11. Сазонова Л.Л., Арсентьева С.В. Реабилитация и восстановительная терапия участников вооружённых конфликтов // Психологические науки. 2002. № 2(18). С.95-97.
12. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.
13. Холмогорова А.Б., Клименкова Е.Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у участников боевых действий: факторы уязвимости и ресурсы // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 3. С. 8–25.
14. Шмарина Т.А. и др. Профилактика развития посттравматического стрессового расстройства у пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2023. Т. 2. № 119. С. 86–95. DOI: 10.26617/1810-3111-2023-2(119)-86-95.
15. Patient Readiness for Improvement through Motivation, Engagement, and Decision-making for PTSD (PRIMED-PTSD). <https://psychiatry.uw.edu/project/patient-readiness-for-improvement-through-motivation-engagement-and-decision-making-for-ptsd-primed-ptsd/> (date of access: 01.08.26).
16. Fortney J.C., Rajan S., Chen J.A., et al. A mixed-methods evaluation of why an implementation trial failed to engage veterans with posttraumatic stress disorder in trauma-focused psychotherapy // Journal of Traumatic Stress. 2023. Vol. 36. № 4. P. 762–771.
17. Forbes D., Pedlar D., Adler A.B., et al. Treatment of military-related post-traumatic stress disorder: challenges, innovations, and the way forward // International Review of Psychiatry. 2019. Vol. 31. № 1. P. 95–110.

18. Kaysen D., et al. Development of StressCheck: A telehealth motivational enhancement therapy to improve voluntary engagement for PTSD treatment among active-duty service members // Contemporary Clinical Trials. 2022. Vol. 119. P. 106840.

19. Shepherd-Banigan M., Shapiro A., Stechuchak K.M., et al. Exploring the importance of predisposing, enabling, and need factors for promoting Veteran engagement in mental health therapy for post-traumatic stress: a multiple methods study // BMC Psychiatry. 2023. Vol. 23. № 1. P. 372.

Поступила в редакцию: 03.08.26

Принята к публикации: 20.09.26