



Личность в экстремальных условиях

Любовь Цыбаева

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

В конце 1960-х–начале 1970-х годов в американских средствах массовой информации преобладал нелестный стереотип участника вьетнамской войны как одурманенного наркотиками человека с расстроенной психикой, радикально настроенного и склонного к насилию.

Задолго до объективных научных исследований в общественном сознании сформировался образ ветерана-нарушителя спокойствия общепринятых форм поведения, доставляющего немало неприятностей окружающим.

Одной из основных причин в целом отрицательного отношения населения США к участникам вьетнамских событий явилась непопулярность войны в американском общественном мнении, ярко проявившаяся в демонстрациях и маршах протеста пацифистов. Последние видели в возвратившихся солдатах одновременно и жертв и виновников аморальной войны. Кроме того, военные неудачи во Вьетнаме оказались тяжелым ударом по американскому самосознанию. В США обычное отношение к воинам, вернувшимся без победы домой, – сначала игнорировать, а затем забыть. Одним из проявлений уязвленной национальной гордости оказались упреки, которые делали «вьетнамцам» ветераны Второй мировой войны: «Мы выиграли нашу войну, почему же вы не выиграли свою?»

Ученые отмечали, что научные отчеты о психологических, а иногда и психиатрических последствиях вьетнамской войны для ее участников, возможно, принесли больше вреда, чем пользы. Предназначенные для информирования специалистов отчеты о результатах исследований интерпретировались средствами массовой информации как основа для описания всех ветеранов

Отношение в США
к участникам
вьетнамских
событий

Вьетнама. Участники вьетнамской войны стали изображаться как «клинический случай»: люди, у которых если сейчас нет видимых расстройств психики, то они могут внезапно появиться в будущем.

Очевидно, что трудности, с которыми столкнулись вьетнамские ветераны в США, аналогичны проблемам российских ветеранов локальных войн.

Отношение в России к участникам боевых действий в Чечне

В России сегодня формируется еще одна группа военных, принимавших участие в боевых действиях в Чечне, которой в ближайшем будущем предстоит вынести на своих плечах груз общественного осуждения и порицания, связанный с политической оценкой войны в Чечне.

Характер психотравмы этих категорий военнослужащих

Положение этих категорий военнослужащих усугубляется тем, что характер их психотравмирования особый. Помимо психотравмы, наносимой в период ведения боевых действий, они получают моральную травму, связанную с проявлениями непонимания, осуждения их военной службы со стороны общества. Если весь комплекс экстремальных факторов, действующих на военнослужащего во время ведения боевых действий, можно отнести к первичным стрессогенным факторам (реальный риск для жизни, интенсивные физические и психологические нагрузки, опасность и др.), то после возвращения «на гражданку» эти военнослужащие испытывают действие вторичных стрессогенных факторов, к которым относятся: негативное общественное мнение к тем событиям, в которых участвовали эти военнослужащие; отсутствие реальной помощи со стороны государства в решении социальных проблем, возникающих у этих военнослужащих, что воспринимается как забвение их боевых заслуг.

Действие вторичных стрессогенных факторов, приводящих к негативной социально-психологической адаптации ветеранов, ранее не являлось предметом специальных научных исследований. Именно эти факторы, на наш взгляд, осложняют протекание процесса реабилитации ветеранов.

Вторичное психотравмирование вторгается в высшие смысловые слои, нарушая личностную целостность. Это может привести в ряде случаев к дезадаптации этой категории военнослужащих на «гражданке».

Факторы, способствующие дезадаптации ветеранов

Американские исследователи посттравматических расстройств выделили в качестве одного из факторов, способствующих возникновению социально-психологической дезадаптации ветерана, особенности его послевоенного социального окружения (культурный уровень; уровень взаимной поддержки; отношение к войне, в которой принимал участие ветеран). Общим обстоя-

тельством возвращения на родину для всех американских солдат, участвовавших в войне во Вьетнаме, было негативное отношение общества к этой войне. Конечным результатом этого нередко было непонимание между ветераном и его друзьями или членами семьи.

Необходимость социально-психологического анализа обсуждаемого феномена в России связана с его масштабностью. Более миллиона граждан бывшего Советского Союза прошли через Афганистан, в непосредственном боевом контакте находилось 10–15 % от общего числа личного состава ограниченного контингента советских войск в Афганистане. Они участвовали в войне, которую в начальный период именовали «необъявленной», а в последующем – «грязной», «захватнической» и т.д. Около 300 ветеранов группы «Альфа», служивших в 1970–1980 годы, также ощутили на себе груз общественного непонимания и осуждения.

Сходство социально-психологической дезадаптации ветеранов Вьетнама и Афганистана

Сопоставление причин возникновения социально-психологической дезадаптации у ветеранов войн во Вьетнаме и Афганистане выявило сходство ряда условий. Как те, так и другие воевали тогда, когда родная страна продолжала жить мирной жизнью. Население не имело информации о реальной обстановке в районах боевых действий, что являлось причиной непонимания ветеранов представителями самых разных слоев населения обеих стран. Обе войны на чужой территории были непопулярными на родине, что отрицательно сказывалось на послевоенной адаптации ветеранов. В лучшем случае после возвращения домой они попадали в атмосферу безразличия и замалчивания подлинных реалий войны, а в худшем – откровенно враждебного отношения к ее участникам.

Непонимание со стороны общества, отсутствие поддержки привело к тому, что многие из российских ветеранов (прежде всего из числа афганцев), неся в себе заряд жестокости, столкнувшись с безразличием в своем отечестве, встали на путь преступности.

Известно, что многие криминальные структуры были сформированы из афганцев. Бывшие афганцы участвовали в вооруженных конфликтах в Нагорном Карабахе, Абхазии, Таджикистане, Приднестровье, Югославии, принимали участие в событиях августа 1991 года и октября 1993 года.

Таким образом, отсутствие необходимой социально-психологической реабилитации этих категорий военнослужащих приводит к тяжелым социальным последствиям: эти люди используются теми, кто заинтересован в разжигании межнациональных, социальных

«Жестокость порождает жестокость»

конфликтов, организации террористических актов и т.п. Воспитанные войной, привыкшие к экстремальной ситуации в своей деятельности, в мирных условиях не получившие тепла, сочувствия и понимания после демобилизации, бывшие воины стремятся вернуться в привычное для них состояние войны. Афганец и литератор Владимир Кошелев писал, что «война – это не рыцарский турнир, где состязаются благородные джентльмены. Война – это смерть, кровь, боль, жестокость... Жестокость порождает жестокость. Однажды появившись на свет, она не исчерпывается в разовой мести, а превращается в хроническую болезнь, которая приобретает самые дикие формы, самую извращенную патологию. Жестокость это болезнь не врожденная, а приобретенная. Она кровожадна, она без усталости пожирает человеческие совесть, сострадание, милосердие...».

Проблемы психологического статуса участников локальных войн

Моральные и нравственные ценности, существующие в любом обществе, оправдывают ведение войны в том случае, если речь идет об освободительной войне (Великая Отечественная война 1941–1945 годов, война в Чечне с точки зрения чеченцев и др.). Эти войны имеют характер народных, освободительных, в связи с чем приобретают смысловые контексты войны священной, отечественной и т.п. Локальные войны современности оставляют после себя не только разрушение и смерть, они ставят ряд серьезных проблем, связанных с психологическим статусом военнослужащих, участвовавших в этих войнах.

Стрессогенные факторы военных действий

Пребывание на войне сопровождается комплексным влиянием ряда факторов: 1 – ясно осознаваемым чувством угрозы для жизни (так называемым биологическим страхом смерти, ранения, боли, инвалидизации); 2 – особым стрессом, возникающим у человека, непосредственно участвующего в боевом действии; наряду с этим появляется психоэмоциональный стресс, связанный с гибелью на глазах товарищей по оружию или с необходимостью убивать человека, пусть и противника; 3 – воздействием специфических факторов боевой обстановки (дефицит времени, ускорения темпов действий, внезапность, неопределенность, новизна); 4 – невзгодами и лишениями (нередко отсутствием полноценного сна, особенностями водного режима и питания); 5 – необычным для участников войны климатом и рельефом местности (гипоксия, жара, повышенная инсоляция).

Стресс – специфическая реакция организма на экстремальные факторы

По современным представлениям, стресс – это совокупность специфических стереотипных, филогенетически запрограммированных реакций организма при воздействии на него экстремальных факторов. По своей на-

чальной сути возникающие реакции являются адаптационными. Они могут рассматриваться на системном уровне, на уровне органа, на клеточном уровне; с позиции психолога, патофизиолога, биохимика. Общепринято, что возникающие адаптационные реакции при воздействии экстремальных факторов всегда избыточны, поэтому стресс-реакция сопровождается не только приспособительными, но и патологическими изменениями.

Факторы риска развития посттравматического стрессового расстройства

К важным факторам риска развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) относятся личностные особенности индивида, включая социопатическое расстройство, а также наличие алкогольной или наркотической зависимости. Эти факторы снижают способность личности к преодолению травматических стрессовых переживаний. Наличие в анамнезе психических травм может увеличить риск того, что после очередного психотравмирующего события разовьется ПТСР. К числу факторов, облегчающих профилактику ПТСР, относятся способность человека к эмоциональному самоконтролю, наличие высокой самооценки, способность к своевременной интеграции травматического опыта других в свой жизненный опыт, а также наличие адекватной социальной поддержки.

Реакция человека на травмирующую ситуацию обусловлена также и такими факторами, как возможность поддержки его со стороны доверенных лиц. В этом скрывается одна из причин того, почему на некоторых клиентов столь разрушительное действие производит утрата семьи и близкого окружения. Исход заболевания во многом зависит от того, насколько своевременно клиенту была оказана помощь. Значимо также участие в переживании реакции на травму семьи.

Клиент с ПТСР не обязательно первично обращается к психологу на симптоматику. Даже если это и происходит, он зачастую не находит прямой связи между своей симптоматикой и предшествующей травмой. Первоначальному сокрытию травматических событий могут способствовать чувства стыда, вины, стремление к вытеснению тягостных воспоминаний или недопониманием их важности.

При подозрении на наличие ПТСР психологу целесообразно тактично и сочувственно расспросить клиента об имевших место в прошлом травмирующих событиях. При первом же затрагивании этой темы клиент может дать аффективную реакцию, которая даст психологу значимую информацию. Эта реакция может состоять в нарастающей слезливости, нередко дополняется избеганием контакта глазами, возбуждением, проявлениями враждебности.

Клиническая картина пост-травматического стрессового расстройства

Представим клиническую картину ПТСР.

Нарушения сна. Каждого клиента, обращающегося по поводу нарушения сна, следует расспросить о наличии и характере кошмарных сновидений. Для кошмарных снов при ПТСР характерно фотографически точное воспроизведение действительно пережитых событий, поэтому данное расстройство следует предполагать у любого человека, описывающего необычно живые или правдоподобные ночные кошмары. Клиенты могут просыпаться в поту или в возбуждении, возможно, крича или издавая иные звуки, стискивая или нападая на своих партнеров в постели.

Социальное избегание, дистанцирование и отчуждение от других, включая близких членов семьи.

Несоответствие прежнему складу личности следующих поведенческих проявлений:

- изменения поведения, эксплозивные вспышки, раздражительность или склонность к физическому насилию над другими людьми;
- злоупотребление алкоголем или наркотиками, особенно для «снятия остроты» болезненных переживаний, воспоминаний или чувств;
- антисоциальное поведение или противоправные действия (при отсутствии такого поведения ранее);
- депрессия, суицидальные мысли или попытки к самоубийству;
- высокий уровень тревожной напряженности или психологической неустойчивости;
- неспецифические соматические жалобы (например головная боль);
- повторное переживание травмы;
- эмоциональное оскудение, а также избегание стимулов, связанных с травмой;
- снижение или потеря интереса к какой-либо активности, которая «раньше занимала», ощущение отчуждения (отгороженности) от других людей, снижение способности радоваться, любить, быть беззаботным, уход от социальной жизни.

Исследование динамики реабилитации российских военнослужащих-участников вооруженных конфликтов проводилось нами в рамках гранта администрации Сахалинской области на базе воинских частей и Советов ветеранов Афганистана и других боевых действий в городах Южно-Сахалинск, Холмск, Долинск, Углегорск. В исследовании приняли участие офицеры, уволенные в запас и продолжающие работать, зрелого возраста, участники боевых действий. Внутри этой группы испытуемые были разделены на две подгруппы, согласно

Исследование динамики реабилитации военнослужащих-участников боевых действий

проверяющейся гипотезе о том, что уровень самоактуализации влияет на Я-концепцию людей и способствует адаптации к внутренним и внешним стрессорам. В качестве внутреннего стрессора выступало перенесенное состояние ПТСР разной степени выраженности, в качестве внешнего стрессора – изменение социальной позиции, утрата работы, связанной с профессией летчика.

В результате были выделены следующие взаимосвязанные периоды (фазы) реабилитации.

Фаза «эйфория», характеризующаяся эйфорическим духовным состоянием военнослужащих, следующим из того, что они остались живы. В этот период военнослужащие-участники боевых действий не замечают реальных жизненных проблем. В социальном отношении они обладают внутренней установкой на активную жизненную позицию, уважение к себе и следование функционирующим в обществе нормам.

Второй период, длящийся от 8 до 10 месяцев, можно констатировать как «разочарование» военнослужащих. Он определяется реальным восприятием жизненных ситуаций, в том числе проблемами бытового, служебного и морального характера. При этом для такого периода жизнедеятельности военнослужащих-участников вооруженных конфликтов характерно воздействие внутриличностных детерминантов, преимущественно психофизиологического и психобиологического свойства.

Третий период после 10–18 месяцев участия в боевых действиях относится к «восстановлению». Для него свойственно возвращение военнослужащих к своей активной служебной деятельности на основе социальной психологической устойчивой мотивации и нравственной саморегуляции.

При этом сохраняется значительное число проблем социальной адаптации воинов к новым условиям их деятельности. Необходимо также иметь в виду, что процесс социальной и психологической реабилитации российских военнослужащих, с одной стороны, должен опираться на правовую базу, в которой есть пробелы, а с другой – на понимание и духовную поддержку всего общества. Результаты исследования используются нами в практике работы «Центра социально психологической помощи участникам войн и вооруженных конфликтов «Диалог» г. Южно-Сахалинска.

Основные фазы
реабилитации

«Эйфория»

«Разочарование»

«Восстановление»

Остаются проблемы
социальной
адаптации

