

## ПСИХОЛОГИЯ

**Воронцова Марина Викторовна**

канд. пед. наук, доцент, директор

Филиал ФГБОУ ВПО «Российский государственный  
социальный университет» в г. Таганроге

г. Таганрог, Ростовская область

**Макаров Владимир Евгеньевич**

д-р полит. наук, профессор

ФГБОУ ВПО «Российский государственный  
социальный университет»

г. Москва

### **ДИАГНОСТИКА СОЦИАЛЬНЫМ РАБОТНИКОМ ПРОБЛЕМ ВETERАНОВ БОВЕЫХ ДЕЙСТВИЙ**

***Аннотация:** в данной статье рассматривается роль диагностики проблем ветеранов боевых действий. Охарактеризованы расстройства, возникающие у участников боевых действий. Представлена характеристика диагностических признаков, регистрируемых в поведении ветеранов, нуждающихся в помощи.*

***Ключевые слова:** диагностика, профессиональная деятельность, пост-травматические стрессовые расстройства.*

Рассуждая о квалификационных признаках социального работника в сфере социодинамической психиатрии (а именно это направление представляет для него первостепенный интерес), следует указать, что специалист в интересующей нас области *не должен и не уполномочен ставить психиатрический диагноз даже в тех случаях, когда психопатология становится явной и заметной для окружающих*. Его задача – диагностировать ситуации изменения поведения и сознания клиента или наблюдаемой социальной группы и определить: к какому специалисту в области психиатрии (или врачу иной клинической направленности) следует обратиться и насколько экстренно это следует сделать.

Дело в том, что проблемы клиента здесь преимущественно связаны не столько с изменениями в сфере когнитивных (то есть рационально-познавательных), сколько эмоционально-волевых процессов. В то же время, даже сами специалисты в области психиатрии утверждают, что пока в их распоряжении нет достаточных критериев количественных оценок выраженности эмоций и воли. «Эмоционально-волевые состояния по-разному расцениваются специалистами в связи с трудностями в объективизации. Приходится часто встречаться с ситуацией, когда один психиатр находит у пациента эмоционально-волевое снижение, другой, имеющий ту же квалификацию, не находит этого нарушения», – пишут Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриева [1, с. 88].

Диагностика этих состояний также осложняется, если между социальным работником и клиентом *отсутствует продуктивный контакт*. Обратим внимание, что в целом ряде случаев отсутствие такого контакта может быть результатом психологических причин (например, страха, недоверия, обиды), а не проявлением психопатологии. Указанные выше авторы отмечают, что многие случаи диагноза различных форм шизофрении оказывались ошибочными, что приводило к серьезным отрицательным социальным последствиям для пациентов.

Осуществляя свою профессиональную деятельность, социальный работник должен иметь в виду, что не только соматические изменения (например, связанные с возрастными процессами) оказывают влияние на состояние клиента. Важную роль играют так называемые *культуральные факторы*. Сошлемся хотя бы на зафиксированную социологическими исследованиями повышенную частотность суицидального поведения в разных обществах, что связано, в первую очередь, не столько с социальным положением потенциальных самоубийц (в ряде случаев оно является достаточно высоким), а с характерными особенностями их *менталитета* [2, с. 14].

На диагностику влияет ряд факторов: например, характер вопросов, лексика, интонация, динамика, темп речи, особенности языка, которым пользуются

клиент и социальный работник. Специалисту кажется, что он говорит с пациентом на одном языке, но редко это заблуждение. Использование социальным работником научных терминов, профессионализмов, словосочетаний и выражений может быть непонятным для клиента, который даже стандартные, применяемые в повседневной жизни фразы часто интерпретирует специфически, «схватывая» в них лишь то, что он хочет услышать. Клиент даже может «делать вид», что он понимает социального работника, стесняясь признаться в обратном. В то же время, язык, смысл лексических единиц, которыми пользуется клиент, также может быть не совсем понятным социальному работнику, если он не знаком с его культурной средой, с его системой убеждений, верований, духовных ценностей. Поэтому для точной диагностики состояния клиента необходимо поставить, по крайней мере, следующие вопросы: как проблема переживается самим клиентом? Как проблема идентифицируется клиентом? Как клиент сам представляет свою проблему? Как проблема понимается социальным работником? Как проблема диагностируется социальным работником? Естественно, что ответы на эти вопросы будут различными. Так, например, говоря о проблемах, переживаемых клиентом, следует помнить, что они часто связаны с внутренним соматическим или психологическим дискомфортом. Клиент может быть повышенно тревожным, подозрительным, чувствовать себя униженным, оскорбленным. Эти субъективные переживания не могут быть сколько-нибудь точно измерены извне. *Ситуация может осложниться из-за часто возникающей проективной идентификации социального работника, переносящего на клиента собственные переживания.* Кроме этого, следует иметь в виду, что частой причиной переживаний клиента является психическая травма.

Содержание возникающих по этому поводу переживаний, как правило, нестандартно, неодинаково для всех. Это особенно важно помнить при контакте с клиентом, представляющим другую культуру или *субкультурное образование*, где способ выражения переживаний может быть иным, что при неадекватной его оценке может также спровоцировать диагностическую ошибку.

Проиллюстрируем сказанное на примере расстройств, возникающих у участников боевых действий в зонах локальных конфликтов, которые получили название «патологическое состояние, связанное с отрицательным стрессом ведения боевых действий».

Психологи и психиатры указывают, что пребывание на войне, является экстремальной ситуацией, когда человек постоянно находится в сильнейшем психоэмоциональном стрессе, преодолевать который приходится волевым усилием. Мировая статистика показывает каждый пятый участник боевых действий, при отсутствии каких-либо физических повреждений, страдает нервно-психическими расстройствами, а среди раненых и травмированных эта цифра увеличивается до каждого третьего.

Известно, например, что американская общественность находилась в своеобразном шоке при возвращении своих солдат из Вьетнама в середине 70-х годов. После всего пережитого у них происходили трансформации в психике. Даже родители с трудом признавали в них своих детей. Страх, агрессивность, подозрительность для многих стали постоянными спутниками жизни. Каждый 74-й (а по некоторым данным – каждый 30-й) ветеран покончил жизнь самоубийством; многие смогли вести только затворнический образ жизни.

По данным экспертов Военно-медицинской академии у участников боевых действий (по сравнению со здоровыми людьми) в 2–3 раза выше вероятность таких заболеваний, как гастрит, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Аномальные сдвиги в психике вовсе не сводятся к повышенному уровню агрессивности. В общественном сознании сложился стереотип, что ветераны современных войн – неуправляемые психопаты, склонные к девиантному поведению. Но значительно чаще эти люди отгорожены от общества «плотной стеной» неприязни и непонимания, они лишены способности воспринимать краски жизни, у них отсутствует склонность делиться с кем-либо своими переживаниями, они «погружены в себя» и трудно находят свое место в социальных структурах.

**Научные исследования: от теории к практике**

Но это лишь надводная часть «негативного психического айсберга», который образуется у ветеранов экстремальных ситуаций. Другие последствия могут проявляться уже через несколько месяцев после возвращения клиента к нормальной жизни. При этом не следует забывать, что расширяется и круг жертв войны: в их число попадают не только непосредственные участники событий, *но и их родственники, не участвовавшие в военных действиях.*

Если попытаться выделить основные проблемы, которые возникают в личностных структурах ветеранов, то научные источники дают следующую информацию: *повышенную тревожность и страх* испытывают 57% бывших военнослужащих в «горячих точках»; *открытую демонстративность поведения* демонстрируют 50%; *агрессивность* – 58,5%; *подозрительность* – 75,5%. Своеобразными симптомами психической травмы являются: нарушение сна, навязчивые воспоминания и переживание травмирующих событий; избегание всего того, что хотя бы отдаленно напоминает об экстремальных условиях войны; сверхчувствительность; сверхвозбудимость; трудности в общении с близкими, коллегами; раздражительность; стремление к уходу от реальности.

Отсюда могут быть выведены диагностические признаки, которые регистрируются в поведении ветеранов, нуждающихся в помощи (даже, если сами они не заявляют о том, что такая помощь им необходима):

1. Двигательная возбудимость и активность, находящая выражение в языке, мимике и жестах, возможно, в некоторой внешней суетливости, говорливости, жажде действий (к примеру, постоянное курение).

2. Агрессия, часто внешне немотивированная или весьма слабо мотивированная.

3. Апатия, отсутствие (а нередко и своеобразное презрение) к социальной активности в любых ее формах. Ветераны неохотно вступают в контакт со специалистами, не имеющими такого экстремального опыта, как они.

4. Психическая регрессия (от лат. *regressus* – обратное движение, тип развития, для которого характерен переход от высшего к низшему, процессы деградации, понижения уровня организации, утраты способности к выполнению тех или

иных функций; регресс включает также моменты застоя, возврата к изжившим себя формам и структурам и по характеру противоположен прогрессу).

#### 5. Употребление алкоголя и наркотических веществ.

Специалисты полагают, что самым опасным для участников боевых действий является период, который наступает сразу после возвращения домой. На этом этапе высока вероятность суицидных попыток и поэтому особую важность приобретает постоянная поддержка близких людей. Приблизительно через три года после возвращения первый период завершается. К этому времени полностью формируется *синдром посттравматических стрессовых расстройств*. Конечно, с течением времени большинство ветеранов, так или иначе, адаптируются к мирной жизни, но, как показывает практика, невротизированными, психически и социально депривированными они продолжают оставаться всю жизнь.

По мнению специалистов, *полное выздоровление от боевого посттравматического синдрома невозможно и реабилитация может иметь временный, но значительный успех*. Обратного восстановления быть не может – личность изменилась. Дело в том, что под влиянием отрицательного стресса войны нейроны головного мозга изменяют свою структуру и связи с другими нейронами. Чем конфликтней, чем более экстремальной была ситуация, в которой оказался ветеран, тем более значительны эти изменения. Более того, с течением времени синдром не только не исчезает, но становится все более отчетливо выраженным. Он обретает тенденцию к внезапному, неожиданному для всех участников коммуникации (включая и самого ветерана) проявлению, часто даже на фоне общего внешнего благополучия.

Из сказанного становится понятным, что профессия социального работника требует серьезной подготовки в области диагностики психических отклонений и невротических состояний личности. Наличие определенной квалификации в этой сфере позволяет правильно определить стратегию и тактику коммуникации и оказания необходимой и, что не менее важно, – своевременной помощи клиенту.

***Список литературы***

1. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. – Новосибирск, 2001. – 251 с.
2. Мордовцев А.Ю. Национальный правовой менталитет. Введение в проблему. – Ростов н /Д: Изд-во СКНЦ ВШ, 2002. – С. 14.
3. Александров Е.П. Диагностика в социальной работе [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://ealeksandrov.ucoz.ru/\\_ld/0/11\\_-\\_.doc](http://ealeksandrov.ucoz.ru/_ld/0/11_-_.doc)