Клишкова Наталия Владимировна,
канд. пед. наук, доцент, профессор, заведующая кафедрой
Максимова Марина Викторовна,
канд. пед. наук, доцент

ФГКВОУ ВО «Военная орденов Жукова и Ленина
Краснознаменная академия связи им. Маршала Советского Союза
С.М. Буденного» Министерства обороны Российской Федерации
г. Санкт-Петербург

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ОБУЧЕНИЯ КУРСАНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ (ПТСР)

Аннотация: *в статье рассматривается проблема посттравматического стрессового расстройства в военно-профессиональной среде, приобретающая особую остроту из-за высокого риска травматизации курсантов в процессе обучения и службы. Обоснована неэффективность традиционных педагогических подходов: симптомы расстройства – нарушения концентрации, гипервигилитет, избегание – напрямую препятствуют усвоению учебного материала. Показано, что это создаёт угрозу потери кадрового потенциала и снижения национальной безопасности. Обосновывается необходимость разработки специальных педагогических стратегий, учитывающих проявления ПТСР и направленных на сохранение учебной успешности и профессионального становления курсантов.*

Ключевые слова: *посттравматическое стрессовое расстройство, ПТСР, военно-профессиональная среда, курсанты, травматизация, традиционные педагогические подходы, концентрация внимания, гипервигилитет, избегание, усвоение учебного материала.*

Content is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) представляет собой тяжелое психическое состояние, возникающее в результате единичного или повторяющихся травмирующих событий, выходящих за рамки обычного человеческого опыта. В контексте военно-профессиональной деятельности и обучения в специализированных вузах (например, военных училищах, академиях МВД, МЧС) проблема ПТСР приобретает особую остроту. Курсанты, будущие офицеры и специалисты экстремальных профессий, подвергаются высокому риску как в процессе обучения (моделирование боевых ситуаций, высокие психофизические нагрузки), так и в ходе последующей службы, включая участие в боевых действиях.

Актуальность разработки психолого-педагогических моделей обучения курсантов с ПТСР обусловлена необходимостью сохранения кадрового потенциала, обеспечения национальной безопасности и выполнения гуманитарного долга по реабилитации защитников. Как отмечается в современных исследованиях, ПТСР не только снижает качество жизни индивида, но и ведет к снижению продуктивности, проблемам в межличностных отношениях и повышенному риску развития коморбидных расстройств, таких как депрессия и алкоголизация. Традиционные педагогические подходы оказываются неэффективными, так как симптомы ПТСР (нарушения концентрации, гипервигилитет, избегание) напрямую препятствуют усвоению учебного материала.

Для построения эффективной модели обучения необходимо опираться на понимание патогенеза расстройства. В современной науке существует несколько ключевых теоретических моделей ПТСР, которые объясняют его механизмы.

1. Психодинамическая модель. Рассматривает травму как событие, нарушающее защитные механизмы психики, приводящее к диссоциации и фиксации на травмирующем опыте.

2. Когнитивная модель. Акцентирует внимание на дисфункциональных убеждениях о себе, мире и травме (например, «мир опасен», «я беспомощен»). Эти убеждения поддерживают цикл тревоги и избегания.

Содержимое доступно по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

3. Психофизиологическая модель. Описывает изменения в работе мозга (гиппокамп, миндалина, префронтальная кора) и эндокринной системы (дисрегуляция кортизола), что приводит к состоянию хронического физиологического возбуждения.

4. Двухфакторная теория (классическое и оперантное обусловливание). Стимул, ассоциирующийся с травмой, вызывает страх (классическое обусловливание), а избегание этого стимула снижает тревогу, тем самым закрепляя избегающее поведение (оперантное обусловливание).

Понимание этих механизмов позволяет педагогам и психологам не воспринимать поведение курсанта с ПТСР как лень или недисциплинированность, а видеть в нем проявление болезни, требующее специфического педагогического сопровождения.

Обучение курсантов сопряжено с жесткой иерархией, строгим распорядком и высокими требованиями. ПТСР в этой среде имеет специфические проявления.

1. Снижение академической успеваемости: нарушения памяти и внимания делают невозможным запоминание больших объемов тактической или технической информации.

2. Проблемы с дисциплиной: раздражительность, вспышки гнева (как следствие гипервигилитета) могут приводить к конфликтам с командным составом и сокурсниками.

3. Социальная изоляция: симптом избегания заставляет курсанта дистанцироваться от коллектива, что разрушает чувство воинского братства – ключевой элемент подготовки.

4. Моральная травма: чувство вины за действия, совершенные в зоне боевых действий, или стыд за то, что выжил, когда товарищи погибли. Это состояние, тесно связанное с ПТСР, требует особого этического подхода в педагогике

На основе анализа существующих подходов к реабилитации военнослужащих и педагогической поддержке при ПТСР можно сформулировать комплексную психолого-педагогическую модель. Она должна быть интегрирована в образовательный процесс военного вуза и включать следующие компоненты.

Content is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

1. Диагностический компонент.

Первичный этап, направленный на раннее выявление ПТСР. В условиях военного вуза диагностика должна быть непрерывной и многоуровневой.

Скрининг: использование кратких опросников (например, шкала PCL-5) в рамках плановых медицинских осмотров и после возвращения с полевых выходов.

Клиническая диагностика: углубленное обследование военным клиническим психологом или психиатром для подтверждения диагноза по критериям МКБ-11 или DSM-5.

Педагогическое наблюдение: обучение командиров взводов и курсов признакам ПТСР (изменения в поведении, успеваемости, внешнем виде) для своевременной передачи информации специалистам.

2. Лечебно-коррекционный компонент.

Данный компонент реализуется силами психологической службы вуза и включает три фазы терапии, адаптированные под учебный процесс.

Фаза стабилизации: создание чувства безопасности. Снижение симптомов гипервозбуждения через техники релаксации, майндфулнесс, обучение навыкам эмоциональной регуляции (ДБТ-подходы). На этом этапе курсант не готов к конфронтации с травмой, задача – вернуть ему базовый контроль над состоянием.

Фаза проработки: основная психотерапевтическая работа. Применение доказательных методов: Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ); работа с дисфункциональными убеждениями; ДПДГ (EMDR): десенсибилизация и переработка движением глаз для переработки травматических воспоминаний. Нарративная практика: Помощь в переосмыслении травмирующего опыта и интеграции его в жизненную историю.

Фаза интеграции: формирование навыков будущего. Разработка стратегий совладания со стрессом в профессиональной деятельности, профилактика рецидивов.

3. Адаптивно-педагогический компонент.

Содержимое доступно по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

Это ядро психолого-педагогической модели. Он предполагает модификацию самого учебного процесса для курсанта с ПТСР.

Индивидуализация учебного плана: предоставление возможности сдачи зачетов и экзаменов в письменной форме, увеличение времени на выполнение заданий, разделение крупных тем на мелкие блоки.

Модификация физической подготовки: замена упражнений, провоцирующих триггеры (например, сдавливание, ограничение подвижности), на альтернативные, с постепенным возвращением к нормативам.

Создание «зон безопасности»: организация тихих помещений, где курсант может уединиться при нарастании тревоги.

Педагогическая поддержка: Преподаватели должны быть проинструктированы о состоянии курсанта (в рамках врачебной тайны) и использовать поддерживающий стиль коммуникации, избегая публичного давления и критики.

4. Социально-реабилитационный компонент.

Направлен на восстановление социальных связей внутри коллектива.

Групповая терапия: группы взаимопомощи для курсантов со схожим опытом (при условии прохождения фазы стабилизации).

Просветительская работа с коллективом: проведение занятий, направленных на снижение стигматизации психических расстройств, обучение сокурсников основам оказания первой психологической помощи.

Работа с семьей: если курсант проживает с семьей, включение родственников в процесс реабилитации для создания поддерживающей среды дома.

5. Инновационные методы в рамках модели: эмоционально-образная терапия.

Особое место в работе с курсантами занимает эмоционально-образная терапия (ЭОТ). В условиях, когда вербализация травмы затруднена из-за стыда или страха показаться слабым, ЭОТ предлагает невербальные пути исцеления. Суть метода заключается в том, что любое эмоциональное состояние имеет свой образ в психике. Курсанту предлагается представить образ своего страха, гнева или боли и вступить с ним во взаимодействие (диалог) под руководством терапевта.

Content is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

Это позволяет безопасно выразить подавленные эмоции, трансформировать образ травмы (например, превратить образ «тяжелого камня в груди» в образ «теплого света»), обойти психологические защиты, которые блокируют прямую проработку воспоминаний. Данный метод хорошо интегрируется в групповые занятия, способствуя сплочению и развитию эмпатии в курсантском подразделении.

6. Оценка эффективности модели.

Эффективность предложенной психолого-педагогической модели должна оцениваться по следующим критериям.

Клинические: снижение баллов по шкалам ПТСР, уменьшение частоты флэшбэков и ночных кошмаров.

Педагогические: восстановление или повышение среднего балла успеваемости, успешная сдача нормативов.

Социальные: улучшение межличностных отношений в подразделении, отсутствие дисциплинарных взысканий.

Профессиональные: формирование у курсанта уверенности в своей способности выполнять служебные обязанности после выпуска.

Исследования показывают, что комплексный подход, сочетающий медицинскую помощь и педагогическую адаптацию, позволяет достичь стабильной ремиссии и вернуть специалиста в строй.

Психолого-педагогическая модель обучения курсантов с ПТСР – это не просто набор рекомендаций, а системная перестройка образовательного процесса в военных и силовых вузах. Она требует тесной интеграции усилий командования, медицинского персонала, психологов и профессорско-преподавательского состава. Переход от карательно-дисциплинарной парадигмы к поддерживающе-развивающей является ключевым условием успешной реабилитации. Игнорирование проблемы ПТСР ведет к потере квалифицированных кадров и гуманитарной катастрофе в масштабах личности. Внедрение описанной модели, основанной на доказательных методах психотерапии (КПТ, ДПДГ, ЭОТ) и гибкой педагогической адаптации, позволяет не только вылечить травму, но и использовать

Содержимое доступно по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)

опыт ее преодоления как ресурс для формирования более зрелого, эмпатичного и психологически устойчивого офицера.

Список литературы

1. Клишкова, Н. В. Эмоционально-образная терапия в учебном процессе для курсантов с посттравматическим стрессовым расстройством: сборник трудов конференции / Н. В. Клишкова, М. В. Максимова // Педагогика, психология, общество: от теории к практике : материалы II Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участ. (Чебоксары, 19 авг. 2026 г.) / редкол.: Ж. В. Мурзина [и др.]. – 2026. – Чебоксары : Среда, 2026. – С. 424–426.

Content is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (CC-BY 4.0)