**МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

Факультет психологии

Специальность: психология

**ДИПЛОМНАЯ РАБОТА**

Студентки:

Архангельской Ольги Борисовны

Использование метода гештальт-терапии в социально-психологической реабилитации военнослужащих, получивших ранения.

Научный руководитель:

старший научный сотрудник ПИ РАО,

заместитель начальника 6-го ЦВКГ МО РФ,

Иванов Александр Леонидович

Работа допущена к защите:

Зав. кафедрой:

Дата представления:

Дата защиты: 31 мая 2004 г.

МОСКВА

2004 год.

**Содержание**

[Введение 3](#_Toc73369817)

[ГЛАВА 1. Основные методы социально-психологической реабилитации военнослужащих, получивших ранения в Чеченской республике 6](#_Toc73369818)

[1.1. Методы социально-психологической реабилитации военнослужащих, получивших ранения 6](#_Toc73369819)

[1.2. Психологические особенности личности военнослужащих, получивших ранения и увечья в Чеченской республике 13](#_Toc73369820)

[1.3. Характеристика гештальт-терапии как метода социально-психологической реабилитации 20](#_Toc73369821)

[Глава 2. Исследование эффективности применения метода гештальт-терапии в реабилитации военнослужащих, получивших ранения в условиях 6-го ЦВКГ 43](#_Toc73369822)

[2.1. Цель, гипотеза и задачи исследования 43](#_Toc73369823)

[2.2. Методика проведения исследования 44](#_Toc73369824)

[2.3. Ход исследования 45](#_Toc73369825)

[2.4. Результаты исследования 75](#_Toc73369826)

[2.5. Обсуждение результатов исследования 86](#_Toc73369827)

[2.6. Статистический анализ результатов обследования 93](#_Toc73369828)

[Выводы 98](#_Toc73369829)

[Заключение 99](#_Toc73369830)

[Список литературы 101](#_Toc73369831)

[Приложения 108](#_Toc73369832)

# Введение

Участие в боевых действиях общепризнанно считается стрессовым фактором наивысшей степени интенсивности. Проблема сохранения здоровья и работоспособности лиц, участвующих в военных конфликтах, сопровождающихся ведением активных боевых действий в последнее время привлекает внимание большого числа исследователей.

**Актуальность.** Проблема социально-психологической реабилитации участников боевых действий особенно актуальна сегодня, когда продолжается контртеррористическая операция Объединенной группировки российских войск на территории Чеченской республики, в ходе которой уже погибло более 10 тысяч, получили ранения более 70 тысяч, стали инвалидами около 14 тысяч военнослужащих. Масштабность этого явления в рамках российского общества потребовала активного изучения психологических проблем ветеранов, создания по всей стране специальных центров для оказания социальной, психологической и медицинской помощи бывшим участникам боевых действий и особенно тем, кто получил боевые ранения и увечья, став инвалидом.

**Гипотеза**. Применение метода гештальт-терапии в социально-психологи­ческой реабилитации (в условиях 6 ЦВКГ – Всеармейского реабилитационного центра) оказывает положительное влияние на индивидуально-психологические особенности личности военнослужащих, получивших ранения и увечья и испы­тавших боевой стресс во время участия в боевых действиях на территории Че­ченской республики.

**Объект.** Социально-психологическая реабилитация военнослужащих, получивших ранения и увечья, испытавших боевой стресс и проходящих социально-психологическую реабилитацию в 6-ом ЦВКГ – Всеармейском Реабилитационном центре.

**Предмет**. Метод гештальт-терапии как средство социально-психологиче­ской реабилитации военнослужащих, получивших ранения и увечья.

**Цель исследования.** Исследование эффективности применения метода гештальт-терапии в социально-психологической реабилитации военнослужащих, получивших ранения и увечья.

**Задачи исследования:**

1. На основе анализа методов социально-психологической реабилитации обосновать возможность использования метода гештальт-терапии применительно к военнослужащим, получившим ранения и испытавшим боевой стресс.
2. Применить гештальт-терапию как метод социально-психологической реабилитации военнослужащих.
3. Оценить эффективность использования метода гештальт-терапии в социально-психологической реабилитации военнослужащих в условиях Всеармейского реабилитационного центра.

**Методика исследования.** В соответствии с основной целью исследования и для решения поставленных задач проведено комплексное клинико-психологиче­ское обследование 40 пациентов 6 ЦВКГ. Затем данная группа была условно разделена на контрольную и экспериментальную группы.

Составлена следующая схема социально-психологической реабилитации 40 военнослужащих в возрасте от 19 до 23 лет, поступивших в госпиталь после ранений, полученных при выполнении служебного долга:

1. Диагностический этап исследования:
* комплексная психологическая диагностика на этапе общего обследования при поступлении в госпиталь.
* через 6 месяцев – после проведения сеансов гештальт-терапии.
1. Психокоррекционный этап: применение метода гештальт-терапии в работе с военнослужащими.

**Новизна**. Сегодня современная зарубежная и отечественная медицина и психологическая наука могут предложить большой выбор техник и методик психотерапевтической и психологической помощи участникам боевых действий, однако не все они применимы в реальных условиях работы специализированных центров медико-психологической реабилитации, поскольку недостаточно достоверно научно апробированы и изучены с точки зрения эффективности влияния на психику участников боевых действий. В данной работе впервые была решена задача изучения эффективности использования **метода гештальт-терапии** в социально-психологической реабилитации инвалидов боевых действий в условиях Всеармейского реабилитационного центра – 6 Центрального военного клинического госпиталя.

**Теоретическая основа данного исследования:**

Про6лемы посттравматического стресса и социально-психологической реабилитации военнослужащих, принимавших участие в локальных боевых конфликтах занимают сегодня одно из центральных мест в современной психологии (в связи с непрекращающимися боевыми действиями на территории Чеченской республики в России, Афганистане и Ираке).

Основу современных подходов к диагностике и коррекции психологических последствий войны составляет концепция отсроченных реакций на травматический стресс (посттравматических стрессовых реакций), которая динамично развивается в настоящее время.

Метод гештальт-терапии разработан Ф. Перлзом, имя которого стоит в одном ряду с именами З. Фрейда, К.Г. Юнга, А. Адлера, А. Бекома, Э. Берна, К. Роджерса и других выдающихся психологов-практиков.

**Практическая значимость работы:**

6 ЦВКГ, как крупнейший в мире многопрофильный реабилитационный центр, специализирующийся на медико-психологической реабилитации военнослужащих, получивших ранения в период несения военной службы и их семей, является главным методологическим центром военной реабилитации.

В связи этим, на базе госпиталя работает кафедра медицинской реабилитации Государственного института усовершенствования врачей Министерства Обороны. Опыт работы 6-го ЦВКГ является основополагающим при организации реабилитации во всех лечебных учреждениях Министерства Обороны на госпитальном, санаторном и поликлиническом этапах. Данный опыт работы используется в медицинских учреждениях силовых структур и может быть реализован в специализированных реабилитационных центрах в системе здравоохранения РФ. Поэтому данная работа, выполненная в рамках программы 6 ЦВКГ, имеет определенную практическую значимость.

# ГЛАВА 1. Основные методы социально-психологической реабилитации военнослужащих, получивших ранения в Чеченской республике

## 1.1. Методы социально-психологической реабилитации военнослужащих, получивших ранения

Под термином **реабилитация** большинство исследователей подразумевают систему государ­ственных социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, *направленных*на предупреждение временной или стойкой утраты трудоспособности и на скорейшее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду[[1]](#footnote-1).

В широком смысле **медицинскаяреабилитация** представляет собой систему мероприятий, направленных на профилактику патологических процессов, приводящих к временной утрате трудоспособности, и на возможно раннее и эффективное возвращение больных и инвалидов в общество и к полезному труду[[2]](#footnote-2).

Под **психологической реабилитацией** военнослужащих, получивших травмы и ранения при выполнении профессиональных обязанностей, следует понимать систему медико-психологиче­ских реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление функционального состояния организма, нормализацию эмоциональной, морально-нравственной и мотивационной сфер, достижение оптимального уровня личностной адаптации и профессионально важных ка­честв пострадавших (реконвалесцентов), обеспечивающих военно-профессиональную работоспособность[[3]](#footnote-3). Психологическую реабилитацию проводят врачи-психофизиологи, медицинские и социальные психологи, владеющие методами психодиагностики, психокоррекции и психотерапии.

Психологическая реабилитация раненых должна отвечать **принципам**:[[4]](#footnote-4)

* **профессиональность.** Мероприятия психофизиологической реабилитации должны проводить врачи-психофизиологи, имеющие специальную подготовку по оценке функциональ­ного состояния человека и владеющие методами социально-психологического изучения и психо­физиологического обследования.
* **обоснованность** мероприятий психофизиологической реабилитации. Пре­дусматрива­ется подбор надежных, доступных и оптимальных методов психологической реабилитации, проверенных многолетней практикой, которые возможно ре­ализовать в условиях нахождения реконвалесцента в медицинском учреждении. Методы психологической реабилитации следует выбирать с учетом особенностей функционального состояния соматической и психической сфер после боевой травмы и назначенной лечащим врачом терапии.
* **индивидуальность** психологической реабилитации предусматривает в процессе ее планирования и проведения учет уровня снижения профессионально важных качеств, наличия патохарактерологических изменений личности, восприимчивости и переносимости реконвалесцентами различных медико-психологических методов.
* **непрерывность и оптимальная длительность** реабилитационных мероприятий. Психологическую реабилитацию следует начинать с момента поступления в лечебное учреждение и продолжать до нормализации функционального состояния и восстановления профессионально важных качеств. Преждевременное и недостаточно обоснованное сокращение курса психологической реабилитации, а тем более полное его прекращение, приводят к срыву ремиссии, психологической декомпенсации, подрывают веру во врача и успех лечения.

**Основные задачи** психологической реабилитации определяются характером психо­логического состояния, выраженностью нервно-эмоциональных расстройств и индиви­дуально-личностными особенностями раненых[[5]](#footnote-5). Основными из них являются:

* оценка психологического состояния пострадавших, определение качества и степени психоэмоционального расстройства;
* определение оптимальных путей и методов психологического воздействия, направленных на восстановление оптимальной работоспособности;
* формирование оптимальной психологической реакции на течение и последствия ранения и заболевания;
* изучение динамики психических нарушений в процессе лечения в стационаре и пост стационарном периоде;
* оценка физической, сенсорной и интеллектуальной работоспособности реконвалесцентов и сопоставление их с номинальными показателями профессиональной работоспособности;
* коррекция психосоматического статуса методами психотерапевтических, психофизиологи­ческих и психофармакологических воздействий;
* осуществление профессиональной реабилитации реконвалесцентов, а при необходимости — профессиональной переориентации.

Задачи психологической реабилитации решают поэтапно, в соответствии со структу­рой реабилитационных мероприятий.

**Основные этапы** психологической реабилитации[[6]](#footnote-6):

1. *Диагностическим и клинико-психологическим обследованием* оценивают фун­кциональное состояние раненых, их психологические особенности, определяют уро­вень физиологических резервов систем организма и напряжение процесса психической адапта­ции. На данном этапе могут определяться степень и особенности психоэмоциональных нарушений, отклонения и особенности познавательных психических способностей — памяти, внимания и мышления.
2. *Лечебно-восстановительный*, когда конкретизируется индивидуальный подход, основанный на наличии психоэмоциональных нарушений индивидуума, осуществляется под­бор индивидуального психотерапевтического воздействия (рациональная психотерапия, логотерапия, релаксирующие техники с элементами суггестии и др.). Периодически контролирует­ся динамика психического статуса и корригируются лечебные мероприятия.
3. *Социальной адаптации* (профессионально-восстановительный). На данном эта­пе используют специальные тренажеры, аппаратурные и компьютерные методики для восста­новления утраченных навыков. Анализируется эффективность лечебно-восстановительных ме­роприятий и определяется степень восстановления профессиональной пригодности и работоспособности.

При реализации и применении перечисленных выше техник был использован **основной принцип** – учет индивидуально-психологических особенностей каждого раненного и соответствие их основным задачам социально-психологической реабилитации.

В основу психокоррекционных мероприятий, применяемых в 6 ЦВКГ с ранеными легли следующие **методы социально-психологической реабилитации**: суггестивная терапия; рациональная психотерапия; гетеро- и ауторелаксационные техники; психологическое консультирование; психоанализ; трансактный анализ; психодрама; дебрифинг стресса критических инцидентов; эстетотерапия; логотерапия; гештальт-терапия и другие[[7]](#footnote-7).

Одной из самых эффективных техник психокоррекции стал **дебрифинг стресса критических инцидентов** **(психологический дебрифинг)**[[8]](#footnote-8). Он представляет собой организованное обсуждение стресса, пережитого военнослужащими совместно при решении общей боевой задачи. *Целью дебрифинга* ставится минимизация и купирование психических страданий военнослужащих. Достигается это путем неуклонного решения *задач*: проработка впечатлений, реакций и чувств военнослужащих; формирование у военнослужащих понимания сущности происшедших событий и психотравматического опыта; уменьшение ощущения уникальности и патологичности собственных реакций путем обсуждения чувств и обмена переживаниями; мобилизация внутренних ресурсов, групповой поддержки, солидарности и понимания; снижение индивидуального и группового напряжения; подготовка к переживанию тех симптомов и реакций, которые могут возникнуть в будущем[[9]](#footnote-9).

**Рациональная психотерапия**, как метод психотерапии, основывается на разубеждении, убеждении, обращении к разуму травмированного человека, предъявлении ему различных убедительных фактов, доказательств, что приводит его к возможности самому делать определенные выводы, приходить к нужным заключениям, изменяя отношение к психотравмирующей ситуации. Включает в себя проведение в доступной форме специальных бесед с военнослужащими, получившим психическую травму. В ходе них логически доказывается возможность успешного лечения[[10]](#footnote-10).

 **Логотерапия,** как метод психотерапии, основывается на исследовании смыслозначимых характеристик существования раненых и на оказании им помощи в осознании смысла жизни, осуществление которого дает лечебный эффект. Уникальный смысл жизни или выполняющие его функцию обобщенные ценности можно найти в одной из трех сфер: творчества, переживания и сознательного принимаемого отношения к тем обстоятельствам, кои невозможно изменить[[11]](#footnote-11).

**Суггестивная психотерапия** представляет собой осуществление эмоционального влияния на психику военнослужащего, т.е. внушение ему определенных мыслей. Воздействие на человека осуществляется двумя способами: внушением в состоянии сна (гипноз) и внушением в состоянии бодрствования. Внушение есть ни что иное, как целенаправленное психическое воздействие, пассивно воспринимаемое человеком без критической оценки. Наибольшее распространение получили такие формы внушения, как самовнушение (саморегуляция) и аутогенная тренировка[[12]](#footnote-12).

**Трансактный анализ** – социально ориентированный терапевтический метод, конечной целью которого является формирование гармоничной, социально адаптированной личности, метод социального переучивания, необходимый в тех случаях когда человек чувствует неэффективность своих привычных способов коммуникаций с другими людьми[[13]](#footnote-13).

**Психодрама –** метод терапии, в ходе которой человек с помощью ведущего и группы воспроизводит в драматическом действии значимые события своей жизни, разыгрывая сцены, имеющие отношение к его проблеме. Участие раненых в психодраматических группах позволяет психологам решить целый ряд задач психокоррекционной программы[[14]](#footnote-14):

* оказать помощь раненым в осознании и эмоциональном отреагировании психотравмирующего опыта;
* преодолеть имеющиеся внутриличностные конфликты, повысить личностную интегрированность, уровень адекватности самовосприятия и самооценки, изменить неадекватные установки по отношению к другим людям, себе, к своему прошлому, настоящему и будущему;
* оказать помощь раненым в преодолении неэффективных способов вступления в контакт с партнером по общению, ведения диалога с ним и выходу из контакта;
* осмыслить причины имеющихся межличностных конфликтов, повысить компетентность в умении, предвидеть возникновение конфликтных ситуаций, адекватно в них ориентироваться, эффективно взаимодействовать с оппонентом в случае возникновения конфликтов и быстро их разрешать;
* снизить уровень личностной тревожности, психической напряженности, эмоциональной неустойчивости и неуверенности в себе;
* овладеть навыками самоконтроля и релаксации, способствующими эффективному общению[[15]](#footnote-15).

**Трудотерапия –** метод психологической реабилитации, применяемый в госпитале на этапе социальной адаптации. Также относится к методам психологической реабилитации, так как привлечение воинов с травмированной психикой к выполнению несложных работ и заданий, кроме развития физической активности, ведет к формированию устойчивого положительного фона настроения, позитивной установки к труду и служебной деятельности, способствует ускорению адаптации военнослужащего в воинском коллективе.

**Эстетотерапия** - лечение прекрасным, красивым. Включает в себя библиотерапию, музыкотерапию, натуртерапию и т.п. Физическая среда, окружающая человека (цвет, звуки, запахи, температурные, погодные, географические факторы), оказывают мощное воздействие на человека, меняя его психическое состояние, настроение, самочувствие и жизненный тонус. Основная цель этого воздействия состоит в отвлечении военнослужащего от остро переживаемых ситуаций для достижения успокоительного эффекта, снятия нервно-эмоционального напряжения, нормализации деятельности нервной и сердечно-сосудистой системы.

Наиболее эффективным методом коррекции подобного состояния является личносто-ориентированная психотерапия, в частности метод, разработанный в **гештальт-терапии**. С точки зрения гештальт-терапии, только сам человек является в конечном счете ответственным за все, что с ним происходит и за все, что он испытывает в виде эмоций или ощущений[[16]](#footnote-16).

Иными словами сам человек ответственен за тот выбор, который он производит, и если он выбирает быть несчастным и жить в прошлом, то это его право и его ответственность. Из этого положения и выводится **основной принцип применения методов гештальт-терапии при коррекции постстрессовых состояний:** основная цель психокоррекции заключается в изменении отношения пострадавшего к самому факту наличия в его жизни психотравмирующей ситуации[[17]](#footnote-17).

В данной работе основное внимание уделено исследованию влияния метода гештальт-терапии на индивидуально-личностные особенности психики военнослужащих, получивших увечья в ходе боевых действий.

## 1.2. Психологические особенности личности военнослужащих, получивших ранения и увечья в Чеченской республике

Данные психодиагностического обследования разных лет показали, что уровень тревожности, депрессии и общей психопатологической симптоматики в группе военнослужащих с ПТСР по всем шкалам оказался выше, чем в группе без диагноза. Обследование афганских ветеранов подтвердило существование зависимости между тяжестью боевого опыта (количеством недель, проведенных в боевой обстановке, количеством опасных боевых эпизодов и оценкой их субъективной "стрессовости" с точки зрения угрозы для жизни и т.д. и развитием в последствии ПТСР[[18]](#footnote-18).

Анализ структуры психических расстройств у участников боевых действий в Чечне на позднем госпитальном этапе позволил выявить пять групп по уровням психического здоровья в соответствии с характером и степенью выраженности психических нарушений[[19]](#footnote-19):

1. *Без признаков психологической дезадаптации*: военнослужащие, не обнаружившие признаков психической дезадаптации и не предъявлявшие при первичном обследовании в госпитале жалоб на состояние здоровья.
2. *Военнослужащие, имеющие отдельные признаки психической дезадаптации*. Раненые этой группы также не предъявляли жалоб на состояние здоровья, но при клинико-анамнестическом обследовании обнаруживали отдельные проявления психического неблагополучия в виде рассеянности внимания, беспокойства за состояние собственного здоровья, трудностей засыпания, неуверенности в будущем на фоне жалоб по поводу последствий полученного ранения. Наблюдавшиеся проявления были расценены как психологические стрессовые реакции, не достигавшие не только признаков нозологических форм психических расстройств, но и не укладывавшиеся в рамки каких-либо психопатологических синдромов.
3. *Военнослужащие, имеющие несвойственные ранее эмоциональные и поведенческие нарушения* (раздражительность, повышенную тревожность, вспыльчивость наряду с быстрой утомляемостью, слабостью и переживаниями по поводу полученных ранений, неустойчивое настроение, преимущественность тенденций к его снижению). Клинико-психопатологический анализ позволил выделить среди обследованных в этой группе основные синдромо-комплексы: астено-депрессивный, тревожно-депрессивный, астено-невротический, истеро-невротический, астено-ипохондрический.
4. *Военнослужащие с психопатологическими проявлениями, наблюдавшимися в предыдущей группе, с тем отличием, что развитие этих расстройств происходило спустя три - четыре недели после получения ранения и проведения необходимых мероприятий медицинской помощи, ликвидации угрозы жизни*. Клиническими признаками этих расстройств являлись: наличие распознаваемого стрессора, повторного травмирующего переживания (ночных военных кошмаров), снижение активности и ответственности в повседневной жизни, а также специфические симптомы, не наблюдавшиеся перед травмой - чувство вины выжившего, трудность концентрации внимания, тревожность, гиперакузия. Значительную часть больных этой группы отличали повышенная агрессивность, конфликтность, как с больными, так и медперсоналом, стремление обратить на себя внимание, самовольные уходы из госпиталя, употребление алкоголя[[20]](#footnote-20).
5. *Военнослужащие с полученными непроникающими черепно-мозговыми травмами (ЧМТ) средней и легкой тяжести, а также с затяжными формами невротических реакций.* У больных с затяжными невротическими реакциями выявлена преимущественно астено-депрессивная и тревожно-депрессивная симптоматика, развившаяся непосредственно в зоне боевых действий после различных психотравмирующих переживаний[[21]](#footnote-21).

*Как показали результаты исследований, в комплексном проведении мероприятий медико-психологической реабилитации нуждаются не только лица с пограничными психическими расстройствами, но, в значительном числе случаев, и не имеющие диагнозов (так называемые "практически здоровые", то есть без признаков психической дезадаптации).*

**Психологическими последствиями участия в боевых действиях** являются психическая травма, боевой стресс, посттравматическое стрессовое расстройство и др.

**Психическая травма.** Впервые психологические изменения у людей, которые пережили ту или иную экстремальную ситуацию, катастрофу глобального (война, землетрясение, наводнение и т.д.) или личного плана, была описана Da Costa у солдат во время Гражданской войны в Америке (1871 г.). Они были названы «синдром солдатского сердца»[[22]](#footnote-22).

Психотравмирующие факторы воздействуют не только на психику воина, но и на весь организм в целом. Психотравмирующие воздействия в условиях войны имеют не только психическую, но и соматическую сторону влияния. Страх, вызванный боевой обстановкой, подавляется ценой большого нервного напряжения. Достигнутое равновесие нарушается дополнительным воздействием, как правило, соматического характера.

В качестве одного из последствий воздействия стресс-факторов личностного развития рассматривается психическая травма (ПТ). Существуют различные подходы к пониманию этого явления.

Анализ различных точек зрения на ПТ позволил Р.А. Абдурахманову в своей диссертации[[23]](#footnote-23) сделать вывод о том, что под термином **психическая травма** целесообразно понимать *результат воздействия на личность значимых для нее стресс-факторов, который выражается в снижающем эффективность жизнедеятельности субъекта изменении его системы саморегуляции*. Эти изменения могут быть результатом интенсивного разового стрессового события или действующей на протяжении длительного времени стрессовой ситуации. При этом в основе ПТ могут лежать осознаваемые и неосознаваемые изменения в физиологической, эмоциональной, когнитивной (интеллектуальной) и поведенческой составляющих системы регуляции.

**Боевой стресс.** Характерная черта боевой обстановки – постоянная угроза жизни, в условиях которой солдат должен действовать. Предъявляемые к личности требования превышают ее ресурсы. Этим несоответствием порождается *боевой стресс*. Причины формирования боевого стресса многочисленны. Это – ужасы войны, страх быть убитым, раненным, физическое и психическое перенапряжение, нарушение режимов жизнедеятельности, болезни, травмы и ранения, боязнь не справиться с обязанностями, неопределенность и дефицит информации, необычность ситуации, отсутствие в прежнем опыте запаса возможных ответных реакций. Число психиатрических потерь обычно зависит от уровня потерь убитыми и раненными[[24]](#footnote-24). Но немаловажное значение имеют также и социокультурный контекст, популярность войны, фактор социальной поддержки [[25]](#footnote-25).

Сознание бессмысленности войны понижает психическую устойчивость и сопротивляемость стрессам. Страх, тревога, ощущение своей уязвимости преодолеваются и компенсируются защитным механизмом агрессивного и диссоциального поведения. При воздействии стресса боевой обстановки происходит увеличение частоты алкоголизации, наркотизации, учащаются случаи нарушения дисциплины.

В боевых условиях формируется специфический комплекс виновности. Нажитыми изменениями личности являются обостренное чувство справедливости, гипотимия, тревожность, ранимость, аффективная нестабильность, настороженность, импульсивность и подозрительность, склонность к уединению, чувство опустошенности, напряженность межличностных отношений, постоянная готовность к реактивным образованиям, взрывам ярости, самоповреждениям[[26]](#footnote-26). Могут наблюдаться утрата внимания и изменение внешности, потеря веса, быстрое опьянение. Эти изменения трактуются как «синдром выживания», или апатичная депрессия.

Трансформация личности может возникнуть после первого убийства врага или после гибели друга. Первичная реакция на такую травму может быть внешне незаметной или сопровождаться острой психической дезорганизацией. После возвращения с войны остаются привычка оценивать окружающее с точки зрения потенциальной опасности, и малейшая провокация может внезапно вызвать агрессию. Частые дисфории приводят к алкоголизации и снижению работоспособности[[27]](#footnote-27).

**Посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР)** Для обозначения расстройств, возникающих у лиц, перенесших психическую травму, в 1980 г. понятие «посттравматические стрессорные расстройства» (ПТСР) было принято как отчетливая и обоснованная диагностическая категория. *Посттравматические стрес­совые расстройства**можно определить как* *состояние, которое развивается у человека, испы­тавшего эмоциональный или физический стресс достаточной выраженности, способный быть травматичным практически для любого человека*.

К **основным (первичным) симптомам** синдрома ПТСР относятся[[28]](#footnote-28):

* нарушение сна;
* патологические воспоминания (навязчивый возврат к экстремальной ситуации);
* неспособность вспомнить – амнезия на некоторые события (избегание всего того, что напоминает о наиболее экстремальных моментах);
* сверхчувствительность (повышенная бдительность к новому возникновению экстремальности);
* сверхвозбудимость (неадекватная сверхмобилизация).

*Для возникновения ПТСР необходимо*, чтобы человек испытал действие стрессора, выхо­дящего за рамки обычного человеческого опыта и способного вызвать дистресс практически у любого[[29]](#footnote-29).

К стрессорам такого рода, в частности, относятся:

* серьезная угроза для жизни или физической целостности,
* вынужденное, как это бывает на войне, убийство человека,
* серьез­ное физическое повреждение (ранение),
* смерть или калечащее ранение сослуживца[[30]](#footnote-30).

Воздействие экстремального стрессора приводит к проявлению ПТСР в виде трех составляющих: интрузии, избегания и гиперактивности[[31]](#footnote-31).

Длительность первичных симптомов — по крайней мере, один месяц.

**К вторичным симптомам ПТСР**, наблюдаемым у пациентов многие годы, относят:

* депрес­сию,
* тревогу,
* импульсивное поведение,
* алкоголизм (токсикоманию),
* соматические пробле­мы,
* нарушение чувства времени,
* нарушение ЭГО-функционирования[[32]](#footnote-32).

Для ПТСР у раненых характерны **пять фаз**: начальное воздействие; сопротивление (отрицание; допущение) подавление; декомпенсация; совладение с травмой и выздоровление.

Зарубежными исследователями для выявления постстрессовых расстройств используются широко известные методы (клиническая беседа, MMPI, опросник тревоги Ч. Спилбергера, шкала депрессии Бека, Общий опросник здоровья и пр.). Известен также ряд специализированных методик: Шкала воздействия событий М. Горовица (1979), шкала ПТСР MMPI Т. Кина (1984), Список 90 симптомов Л. Дерогатиса (1983), Миссисиппская шкала пост-боевых стрессовых расстройств Т. Кина (1988) и ряд других[[33]](#footnote-33). При обследовании больших контингентов положительно зарекомендовали себя также различные "шкалы самодиагностики", позволяющие человеку самому оценить наличие у себя посттравматической симптоматики и принять решение об обращении за консультацией психолога.

*В нашей стране надежные, адаптированные методические средства психологической диагностики ПТСР практически отсутствуют.* Имеющиеся в распоряжении психологов широко известные методы СМИЛ, шкала тревоги Спилбергера-Ханина, тест САН и др. не ориентированы прямо на выявление постстрессовых состояний[[34]](#footnote-34).

## 1.3. Характеристика гештальт-терапии как метода социально-психологической реабилитации

Изо всего многообразия методов и техник, на мой взгляд, гештальт-терапия один из наиболее эффективных методов социально-психологической реабилитации военнослужащих, получивших ранения.

**Гештальт-терапия** (от нем. Gestalt — образ, форма, структура + греч. therapeia — лечение) — это направление психотерапии, которое ставит своими целями расширение осознания человека и посредством этого лучшее понимание и принятие человеком себя, достиже­ние большей внутриличностной целостности, большей напол­ненности и осмысленности жизни, улучшение контакта с внеш­ним миром, в том числе с окружающими людьми[[35]](#footnote-35).

Гештальт-терапия, представляет собой терапевтический подход, который помогает человеку достичь самоинтеграции и научиться направлять свою энергию на развитие и самоактуализацию[[36]](#footnote-36).

Гештальт-терапия, созданная под влиянием идей гештальт-психологии, экзистенциализма, психоанализа и, в частности, тео­рии Райха о физиологических проявлениях вытесненного психологического материала, возникла в русле феноменологического подхода, подчеркивающего необходимость осознания пациентом настоящего и важность непосредственного эмоционального переживания. Информацию, необходи­мую для терапевтического изменения, получают из непосредственного пове­дения пациента. Феноменологический подход гештальт-терапии противопо­ставляется традиционному подходу, при котором усилия психотерапевта направлены на поиски причин расстройств у пациента в его прошлом[[37]](#footnote-37).

Ключевым понятием в гештальт-терапии является **понятие гештальта**.

В психологии под гештальтом понимают специфическую ор­ганизацию частей, которая составляет определенное целое[[38]](#footnote-38). Гештальт – это также функциональная структура, по присущим ей законам упорядочивающая многообразие отдельных явлений.

Термин предложен гештальт-психологией и первоначально применялся к описанию психики, но позже распространился на область физических, физиологических, социальных и других явлений. Понятие о гештальте зародилось при изучении сенсорных образований, когда потребовалось ограничивать от входящих в их состав отдельных компонентов (ощущений) способ их структурирования (например, хотя мелодия при исполнении в различных тональностях вызывает различные ощущения, она узнается как одна и та же). Этот способ и стал пониматься как гештальт[[39]](#footnote-39).

**Геш­тальт-психология** — это направление психологической мысли, которое возникло в начале XX века. Теоретические открытия гештальт-психологии к практике психотерапии впервые были применены в 40-е годы XX века.

С точки зрения Гештальт-терапии только сам человек является в конечном счете ответственным за все, что с ним происходит и за все, что он испытывает в виде эмоций или ощущений. Иными словами, сам человек ответственен за тот выбор, который он производит, и если он выбирает быть несчастным и жить в прошлом, то это его право и его ответственность[[40]](#footnote-40).

Из этого положения и выводится **основной принцип применения методов гештальт-терапии при коррекции постстрессовых состояний:** основная цель психокоррекции заключается в изменении отношения пострадавшего к самому факту наличия в его жизни психотравмирующей ситуации.[[41]](#footnote-41)

*Гештальт-психология выдвинула как главную задачу изучение законов гештальта.* Среди них были выделены:

* тяготение частей к образованию симметричного целого;
* группировка этих частей в направлении максимальной простоты, близости, равновесия;
* прегнантность – тенденция каждого психического феномена принять более определенную отчетливую и завершенную форму[[42]](#footnote-42).

**Создателем гештальт-терапии** является германско-американский психолог Фриц (Фредерик Соломон) Перлз («Гештальт-терапия дословно», «Внутри и вне помойного ведра», «Гештальт-те­рапия: пробуждение и развитие человеческой личности»). Принцип целостности им распространяется на проблему соотношения между психической и физической действительностью. Любой аспект поведения – проявление целостного бытия человека. Кроме того, идея целостности означает понимание индивида как части более широкого поля, включающего также среду. Но в этом единстве обозначается контактная граница между индивидом и средой: у здорового индивида она подвижна, допуская и контакт со средой, и уход от нее. Контакт – это формирование гештальта, уход – завершение.

Перлз перенес закономерности образования фигуры, установленные гештальт-психологией в сфере восприятия, в область мотивации человеческого поведения. Возникновение и удовлетворение потребностей он рассматривал как ритм формирования и завершения гештальтов. Функционирование мотивационной сферы осуществляется по принципу саморегуляции организма. Человек находится в равновесии с самим собой и окружающим его миром. Для сохранения гармонии нужно лишь довериться «мудрости тела», прислу­шиваться к потребностям организма и не мешать их реализации. Быть са­мим собою, осуществлять свое Я, реализовывать свои потребности, наклон­ности, способности — это путь гармоничной, здоровой личности[[43]](#footnote-43).

Основные положения гештальт-терапии

В целом, теория гештальт-терапии основывается на следую­щих положениях[[44]](#footnote-44):

* Человек представляет собой целостное социо-био-психологическое существо. Любое деление его на составные части, например, психику и тело, является искусственным.
* Человек и окружающая его среда представляют собой *еди­ный гештальт*, структурное целое, которое называют полем организм - окружающая среда. Среда влияет на организм, а организм преобразует свою среду. Применительно к психологии межличностных отношений это означает, что, с одной стороны, на нас влияет поведение окружающих людей, с другой, если мы изменяем свое поведение, то и окружающие вынуждены меняться.
* Человеческое поведение, согласно теории гештальт-терапии, подчиняется *принципу формирования и разрушения гештальтов*. Здоровый организм функционирует на основе саморегуляции. Насущная потребность возникает и начинает занимать доминирующее внимание организма — фигура проявляется из фона. Далее организм ищет во внешней среде объект, который способен удовлетворить эту доминирующую потребность, например, пищу при чувстве голода. Сближение и адекватное взаимодействие с объектом (разжевывание и проглатывание пищи в дан­ном примере) приводит к удовлетворению потребности — гештальт завершается и разрушается.
* *Контакт* — базовое понятие гештальт-терапии. Организм не может существовать в безвоздушном пространстве, также как в пространстве, лишенном воды, растений и живых существ. Человеческое существо не может развиться в сре­де, лишенной других людей. Все основные потребности могут удовлетворяться только в контакте с окружающей средой. Место, в котором организм встречается с окружа­ющей средой, в гештальт-терапии называют *границей кон­такта*. То, насколько человек способен удовлетворять свои потребности, зависит от того, насколько гибко он может регулировать контактную границу. Гештальт-терапия опи­сывает типичные нарушения контактной границы, кото­рые делают взаимодействие со средой, в том числе меж­личностное, неэффективным.
* *Осознание* — осведомленность о том, что происходит вну­три организма и в его окружающей среде. Осознание не­тождественно интеллектуальному знанию о себе и окру­жающем мире. Оно включает переживание восприятия как стимулов внешнего мира, так и внутренних процессов организма — ощущений, эмоций, а также мыслительной деятельности — идей, образов, воспоминаний и предвос­хищений, то есть охватывает многие уровни. Осознанием, за исключением его мыслительного слоя, обладают и жи­вотные. Однако в цивилизованном мире у людей гипер­трофировано мышление в ущерб эмоциям и восприятию внешнего мира. Именно осознание, в противоположность рациональному знанию, дает реальную информацию о по­требностях организма и об окружающей среде.
* *Здесь и сейчас* — принцип, который означает, что актуальное для организма всегда происходит в настоящем, будь то восприятия, чувства, действия, мысли, фантазии о прошлом или будущем, все они находятся в настоящем моменте. Использование этого принципа позволяет сделать более интенсивным процесс осознания.
* *Ответственность* — способность отвечать на происходящее и выбирать свои реакции. Реальная ответственность связана с осознанием. Чем в большей степени человек осознает реальность, тем в большей степени он способен отвечать за свою жизнь — за свои желания, действия, говоря словами Перлза, опираться на себя.

**Основная цель практики гештальт-терапии** — это расширение осо­знания. Огромное количество человеческих проблем свя­зано с тем, что подлинное осознание реальности подменя­ется интеллектуальными и, зачастую, ложными представ­лениями о ней, например, о том, что можно ожидать от людей, как они относятся ко мне, что я должен хотеть и что должен делать. Такие ложные представления засло­няют реальность и затрудняют удовлетворение потребно­стей организма — процесс формирования и разрушения гештальта нарушается. Гештальт-терапия исходит из того, что если люди достигают ясного осознания внутренней и внешней реальности, то они способны самостоятельно разрешить все свои проблемы. Поэтому терапия не ставит своей целью изменение поведения, поведение меняется само по мере роста осознания.

Феноменологический подход в гештальт-терапии реализует­ся через то, что терапевт с уважением относится как к субъек­тивному опыту клиента, так и к своему субъективному личному опыту. Гештальт-терапевт не вкладывает какого-либо опреде­ленного значения в переживания и поведение клиента, в про­цессе осознавания клиент сам обнаруживает их значение[[45]](#footnote-45).

Наиболее значительным понятием гештальт-терапии является **понятие «сейчас»***.* Согласно Перлзу, осознание того, что происходит в каждый момент времени, позволяет непрерывно получать новый опыт через ощущения. Позволяя себе полностью переживать настоящее, индивидуум запускает органическую саморегуляцию, сводя на нет возможности самообмана, внешнего контроля и других факторов, которые вмешиваются в естественный процесс саморегуляции организма. *Достижение состояния непрерывного осознавания настоящего есть главная цель гештальт-терапии.* Перлз на примерах показывает, что «осознавание как таковое может быть целебным»[[46]](#footnote-46).

Акцент гештальт-подхода на переживании «здесь и сейчас» оказал огромное влияние на другие теории. Другие аффективные подходы в консультировании, так же как поведенческие и когнитивные, сместили фокус своей работы на настоящее, независимо от того, что стоит в центре терапии — чувства, поведение или мышление. Ориентация на «здесь и сейчас» обеспечивает основу для формирования «Я-Ты»-отношений, в которых происходит обращение непосредственно к значимой личности, а не просто рассказ о ней консультанту[[47]](#footnote-47).

**Тревога** с точки зрения гештальт-подхода есть следствие разрыва между «сейчас» и «потом». Перлз утверждает, что люди испытывают тревогу, потому что не живут в настоящем, а переносятся в будущее, надеясь при этом, что ничего плохого не произойдет. В итоге, живя в будущем, ты не замечаешь того, что находится у тебя в руках. Это приводит либо к грезам наяву — «уходу» из настоящего в «лучшие времена», либо к ожиданию неизбежной катастрофы. Все это влияет на реальное самочувствие клиента и может быть преодолено только с помощью возврата к непосредственному осознаванию настоящего.

Иные проблемы возникают, когда человек сосредотачивается на прошлом. Обычно это проявляется в форме приписывания прошлому ответственности за то, что происходит с человеком сейчас. Используя прошлые события и переживания в качестве козла отпущения, клиент переносит на них ответственность за свое нынешнее поведение и таким образом избавляется от ответственности в настоящем. Такое избегание жизни в настоящем предохраняет личность от затрат энергии или времени на творческое созидание и изменения, которые могли бы сделать настоящее более удовлетворительным. Прошлое уже минуло и не может переживаться иначе, как в фантазиях. Гештальт-терапевт старается с помощью фантазии перенести прошлое в на­стоящее, предлагая клиенту представить, как будто былые события происходят сейчас. Повторное переживание прошлого в настоящем помогает клиенту переоценить былые события и по-новому интегрировать их в свою жизнь.

Сказанное выше в первую очередь относится к незаконченным делам и незавершенным переживаниям. Перлз считает необходимым повторное переживание тех событий, по отношению к которым клиент продолжает испытывать невыраженные чувства: гнев, боль, тревогу, печаль, вину, обиду, отчуждение и т. д. Хотя эти чувства непосредственно не выражаются, они связаны с воспоминаниями клиента о конкретных событиях, которые живут в нем в виде незакрытых или нерешенных вопросов. Перлз считает, что простого интеллектуального осознания этих событий недостаточно, клиент должен полностью пережить их и проработать сопутствующие этим событиям чувства[[48]](#footnote-48).

Еще одним ключевым понятием гештальт-подхода является **рост***,* или **созревание***,* определяемое Перлзом как «переход от внешней поддержки к опоре на себя». Созревание — это скорее процесс, а не продукт. Этот процесс предполагает освоение индивидуумом необходимых для осуществления самоподдержки функций и обучение искусству мобилизации собственных ресурсов для продуктивного взаимодействия с внешней средой. Такое научение приводит к творческому регулированию, в котором активное, динамичное и изменяющееся «Я» способно адекватно реагировать как на внешнее давление, так и на внутренние потребности организма.

*Главная цель гештальт-терапии* – достижение возможно более полного осознания себя: своих чувств, потребностей, жела­ний, телесных процессов, своей мыслительной деятельности, а также насколько возможно полного осознания внешнего ми­ра, прежде всего мира межличностных отношений. Гештальт-терапия не стремится к немедленному изменению поведения и быстрому устранению симптомов. Устранение симптомов или изменение поведения, достигнутое без достаточного осо­знания, не дает стойких результатов или приводит к возникно­вению новых проблем на месте старых.

Цель гештальт-терапии больше, чем решение частных про­блем, она направлена на изменение всего стиля жизни человека. Гештальт-терапевт стремится помочь участнику терапии принять на себя ответственность за свои мысли, чувства и поступки, погрузиться в бытие в текущем моменте, войти в полный контакт с реально­стью, основанный на осознавании[[49]](#footnote-49).

*В результате гештальт-терапии* человек приобретает способ­ность сознательно выбирать свое поведение, используя различ­ные аспекты своей личности, сделать свою жизнь более напол­ненной, избавиться от невротических и других болезненных симптомов. Он становится устойчивым к манипуляциям дру­гих людей и сам способен обходиться без манипуляций, други­ми словами, он научается «стоять на собственных ногах».

Гештальт-терапия *проводится как в индивидуальной, так и в групповой форме*. Если гештальт-терапия проводится в груп­пе, то психотерапевт обычно работает с одним (реже с двумя) из участников. Остальные члены группы могут идентифицировать­ся с «работающим» участником, оказывать ему эмоциональную поддержку, а в некоторых случаях обеспечивать обратную связь.

Принципы гештальт-терапии.

Сформулированы три прин­ципа гештальт-терапии: *Я и Ты*; *что и как;* *здесь и теперь*[[50]](#footnote-50).

В соответствии с гештальтистским подходом нет необходимо­сти обращаться к прошлому, оно само всплывает в настоящем через незавершенные гештальты. Перлз считал, что прошлые пе­реживания не так далеки, как думают психоаналитики, они ле­жат на поверхности и в любую минуту могут стать фигурой. Не прошлое, а настоящее дает материал для работы. Изменение способа реагирования в настоящем является и средством, и це­лью гештальт-терапии. Гештальт-терапевтов интересует *не со­держание сознания, а процесс* возникновения в поле восприятия частей опыта человека; *не то, что* не осознается, *а то, как* человек избегает осознавания. Предметом внимания является *не резуль­тат* осознавания, *а сам процесс*. Под осознаванием понимается не интеллектуальное постижение, а чувствование, при котором че­ловек погружен в процессы внутренней и внешней реальности, а не в рассуждения и размышления. Гештальт-терапевт сосредо­точивается на изменениях в переживании текущего момента, на способе представления переживания.

Работа происходит тогда, когда в настоящем всплывают неза­вершенные гештальты. Терапевт должен стремится к тому, чтобы человек достиг ясности фигуры, то есть осознавания неудовлетво­ренных потребностей, непроявленных чувств. Поэтому участник терапии концентрируется на прерывании осознавания для того, чтобы вернуть контакт. Завершение гештальта происходит как при­знание потребностей и эмоций, выражение чувств. В процессе психотерапии человек приобретает новый опыт, получает доступ к своим эмоциям, ощущениям, строит контакт со средой и раз­личными частями своей личности.

Гештальт-терапевт работает не столько с содержанием про­блемы, сколько со способами, препятствующими установлению контакта. Психотерапевтический процесс идет на уровне эмо­ций и ощущений.

К **основным понятиям гештальт-терапии** относятся: фигура и фон, осознание и сосредоточение на настоящем, полярности, защитные функции и зрелость[[51]](#footnote-51).

К **основным техникам** гештальт-терапии относятся:

* расширение осознавания;
* интеграция противоположностей;
* усиление внимания к чувствам;
* работа с мечтами (фантазией);
* принятие ответственности за себя;
* преодоление сопротивления[[52]](#footnote-52).

**Расширение осознавания**. Используются упражнения, на­правленные на расширение осознания того, что входит в понятия *внутренняя* и *внешняя* *зоны*. Руководитель группы просит участ­ника закрыть глаза и, соблюдая принцип здесь и теперь, сконцен­трироваться на внутреннем мире своего тела. Свое осознание внутренней зоны участник начинает словами: «Сейчас я ощу­щаю...» и далее описывает свои ощущения, возникающие на по­верхности кожи, в мышцах, во внутренних органах и т. д. Затем участник получает задание открыть глаза и сфокусировать свое внимание на внешней зоне. Осознание окружающего мира также сопровождается словами: «Сейчас я осознаю...» и т. д. (идет ин­формация об ощущениях, которые вызывают у пациента различ­ные предметы, звуки, запахи и т. п.). Далее фокус внимания сно­ва перемещается на внутреннюю зону, и так по очереди.

**Интеграция противоположностей**. Формирование и завер­шение гештальтов зависит от способности личности четко опре­делять свои потребности и умение вступить в контакт со средой для того, чтобы удовлетворить эти потребности. Контакт со сре­дой во многом зависит, во-первых, от способности разграничи­вать окружающую среду и свое Я и, во-вторых, от способности разграничивать отдельные аспекты своего Я, например свои ощущения, их истинность и полярность.

В диалектике существует закон единства и борьбы противо­положностей. Он одинаково применим как к окружающей сре­де, так и к нашему внутреннему миру. В нас самих постоянно идет борьба двух или нескольких противоположных желаний и тенденций. Борьба этих противоположных личностных качеств нередко формирует конфликт внутри нас самих.

Для гештальт-терапевта важно, чтобы человек осознал свои противоречивые качества, а главное — осознал чувства, кото­рые сопровождают борьбу этих противоположностей.

**Усиление внимания к чувствам.** Осознание своих чувств должно быть непрерывным, но многие люди прерывают про­цесс осознания, как только дело доходит до неприятных пере­живаний, до тех чувств, которые пациент избегает осознавать.

В подобных случаях психотерапевт должен помочь участнику терапии завершить незавершенный и травмирующий его гештальт. Это важно, во-первых, потому, что та энергия, которая тратит­ся на сокрытие «неприятного» чувства, после его отреагирова­ния может быть направлена на более продуктивные цели, и, во-вторых, это может прояснить противоположности, вовле­ченные во внутренний конфликт, и интегрировать их в единое целое.

Иногда для того, чтобы легче осознать свои чувства, нужно усилить их или даже несколько утрировать, сделав более гро­тескными.

Фредерик Перлз справедливо считал, что полностью пода­вить наши стремления и чувства невозможно. «Язык тела, — подчеркивает К. Рудестам, — не является единственным видом невербального поведения, позволяющим вплотную изучить эмо­ции, тембр голо­са также содержит некоторую информацию о скрытых чувствах»[[53]](#footnote-53). Свои чувства участники могут выразить через рисунки, песни, танцы и т.п.

Таким образом, необходимо помочь человеку завер­шить незавершенный и травмирующий его гештальт для того, чтобы уменьшилась власть прошлого и он смог бы более адек­ватно вести себя в настоящем. Это важно, по крайней мере, по двум причинам. Во-первых, та энергия, которая тратится на сокрытие травмирующего чувства, может быть направлена на продуктивные цели после отреагирования скрытых эмоций и за­вершения незаконченного действия. Во-вторых, это может про­яснить противоположности, вовлеченные в конфликт, и интег­рировать их в единое целое. Когда мы полностью переживаем свои чувства, то в действительности осознаем, чего же хотим и к чему стремимся. Многие из методик помогают усилить вни­мание человека к чувствам. Поскольку осознание неизбежно приво­дит к действию, то и тщательное выполнение действия приводит к расширению осознания самого себя[[54]](#footnote-54).

**Работа с фантазией**. Фредерик Перлз считал, что фантазии представляют собой наиболее спонтанную продукцию, которая несет в себе уникальную информацию, те фрагменты нашего Я, которые при обычном рассказе подавляются или от которых мы отказываемся. При гештальт-терапии фантазии не анализируются и не ин­терпретируются психотерапевтом. Участник терапии сам исследует свои фантазии. Работа эта включает в себя как минимум два компо­нента:

* перенос фантазии на реальную почву;
* идентификацию фантазии со своей личностью.

Перлз считал, что каждый фрагмент мечты пред­ставляет собой отчужденный фрагмент собственной личности. Для того чтобы вновь «присвоить» их себе, индивидуум дол­жен идентифицировать объект мечты со своей личностью. Также нет необходимости работать со всей фантазией, достаточно отдельного ее фрагмента. Мечты представляют собой наиболее спонтанную продукцию в нашем опыте, те фрагменты нашего Я, которые подавляются или от которых мы отказываем­ся. Таким образом, они несут уникальную информацию для то­го, кто их создает[[55]](#footnote-55). В гештальт-терапии фигуры и объекты в меч­тах не анализируются и не интерпретируются руководителем группы, поскольку мечты здесь не имеют того универсального значения, которое они имеют в психоанализе, где, например, оружие, пуля или башня, а также любой длинный объект интер­претируется как образ мужской сексуальности. Вместо этого ра­бота с мечтами в гештальт-терапии включает в себя два процес­са: перенос мечты на реальную почву и повторное присвоение отчужденных фрагментов личности.

Каждый объект или фигура мечты представляет собой от­чужденный фрагмент личности. Для того чтобы вновь при­своить их, необходимо выявить их, идентифицируясь с каждым объектом своей мечты. Руководитель группы направляет внимание участника на тот объект мечты, который является самым важным, или пере­водит его внимание с объекта на объект, заставляя пережить все чувства, связанные с ними.

**Принятие ответственности за самих себя**. Сторонники геш­тальт-терапии считают, что причиной невроза часто является неспособность индивидуума полностью принять на себя ответ­ственность за свои чувства, мысли и поступки, иными словами, неспособность принять ответственность за свое Я.

Люди очень часто склонны перекладывать ответственность за негативные поступки и чувства на других, многие ис­кренне считают, что в их пороках и неудачах виноваты не они сами, а другие люди или обстоятельства.

Тенденцию избегать принятия ответственности за самих себя и делать ответственными за свои чувства и поступки других лю­дей Перлз называл «дырами в личности». Согласно Перлзу, че­ловек проецирует неприятные для него чувства вовне только тогда, когда не в состоянии осознать их в самом себе[[56]](#footnote-56).

Причиной любого невротического механизма является не­способность индивидуума принять ответственность за свое «Я». Интроецирующий индивидуум не может различать свои чувст­ва, убеждения и чуждые идеи, которые были усвоены им, но не ассимилированы и не сделаны своими собственными. Проеци­рующий индивидуум переносит свои импульсы на других. При патологическом слиянии человек не может развести свое Я и бо­лее объемное Мы, то есть дифференцировать Себя и Других. Ретрофлексирующий индивидуум объективирует и отторгает важ­ные аспекты своего Я. Гештальт-терапевтический подход помо­гает преодолеть невротические механизмы с помощью изменения средств коммуникации и структуры языка.

Принятию ответственности за самих себя также способству­ет осознание того, на кого мы возлагаем ответственность за са­мих себя, как прерываем самих себя, как мешаем самим себе ощущать все в полной мере.

**Преодоление сопротивления**. В гештальт-терапии сопро­тивлением обозначается такая ситуация, при которой участник группы не выполняет те упражнения, которые предлагает ему терапевт. Но гештальт-терапевты, в отличие от аналитиков, не рассматривают сопротивление в качестве барьера, который обязательно нужно разрушить и преодолеть. Перлз рассматри­вает сопротивление, прежде всего, как нежелание индивидуума осознать свои негативные чувства[[57]](#footnote-57). Целью же гештальт-тера­певта является преобразование сопротивления в процесс осо­знания самого себя.

Сопротивление может проявляться в мышечном напряже­нии, неестественной позе, изменении голоса, в изменении дыхания: оно становится поверхностным, неритмичным.

Гештальт-терапия не пытается разрушить сопротивление; она ориентирована на формирование у человека понимания того, что это сопротивление как раз и скрывает те чувства, которые он избегает осознать и которые особенно нуж­даются в осознании.

*Сопротивление* – это не толь­ко барьер, который нужно убрать (как в психоанализе), но и *созидательная сила, помогающая преодолевать жизнен­ные трудности*. Поэтому работа гештальт-терапевта не ограни­чивается только концентрацией внимания на сопротивлении. Сопротивление рассматривается им в основном как способ пре­рывания контакта с окружающей средой (в психоанализе этому примерно соответствуют защитные механизмы), способ, в кото­ром концентрируется энергия пациента, которая могла бы пой­ти на действия по достижению цели. Поэтому энергия сопро­тивления не преодолевается, а используется.

Противоядиями от **слияния** могут быть хороший кон­такт, дифференциация и проговаривание. Участник терапии должен по­нять, что существуют потребности и чувства, принадлежащие только ему, и что они не обязательно связаны с опасностью ра­зобщения со значимыми для него людьми. Вопросы «Что вы сейчас чувствуете?», «Что вы хотите сейчас?» могут помочь ему сфокусироваться на самом себе. Чувства, вызванные таки­ми вопросами, дают возможность не идти на поводу у общепри­нятых стандартов. Первым шагом становится разговор о его собственных потребностях и желаниях — сначала с терапевтом, а затем и с тем человеком, с которым связаны его ожидания. Проговаривая свои потребности, человек может понять, чего он хочет на самом деле, и найти способы достичь желаемого. Ког­да есть свои собственные цели, не надо искать слияния с другими, можно быть свободным в движениях и больше не соблюдать «соглашения», заключенного много лет назад.

*Работа по преодолению интроекции* основана на стимуля­ции различий между Я и Ты и созданию у человека чувства, что выбор возможен. Любой опыт, усиливающий чув­ство собственного «Я», — важный шаг на пути освобождения от интроекции. Это позволяет освобождаться от представлений, не являющихся ассимилированными, то есть результатом соб­ственного опыта.

*Психотерапевтическая техника работы с проекцией* основа­на на предположении о том, что мы сами создаем свою жизнь и, восстанавливая свою причастность к ней, обретаем силу для изменения мира. Когда проективный человек сможет предста­вить себе, что ему свойственны некоторые качества, которые он прежде не осознавал, а замечал в других, это расширяет и под­держивает его подавленное чувство идентичности.

*В работе с ретрофлексией* терапевту необходимо хорошо знать тот факт, что расщепление импульсов, возникающее при ретрофлексии, часто не проявляется в действиях. Для освобож­дения от ретрофлексии направление внутренней борьбы долж­но быть изменено на взаимодействие с чем-то внешним, изме­нение мира, ситуации жизни.

*Один из способов определить, что в человеке происходит борьба*, — это внимание к позе и жестам, а также чувствам, на­правленным на себя в ситуации взаимодействия с другим. Сдерживание движений рук, застывшая нижняя челюсть, вжи­мание себя в кресло, напряженная поза, поглаживание себя, раздирание платка в руках — все это может быть признаками внутренней борьбы, препятствующими направлению импульса в среду, к людям. Еще один признак внутренней борьбы — чув­ства, направленные на себя. Терапевт может поинтересоваться, кому еще, кроме самого участника, могут быть адресованы доса­да или раздражение, страх или ненависть.

В гештальт-терапии разработаны **общие принципы построения пси­хотерапевтического воздействия**[[58]](#footnote-58). Они касаются прежде всего определенных речевых конструкций.

* Употребление местоимения «я» вместо «мы», «он», «они». Использование местоимения «я» позволяет восстановить границу, почувствовать «территорию», на которой человек может распоряжаться сам (а не «они» или другие «мы»). Изменение фразы позволяет сделать шаг в принятии от­ветственности на себя, а не делегировать ее кому-либо.
* Замена глагола «не могу» на «не хочу», «должен» на «пред­почитаю». Если человек говорит «не могу», «должен», он чувствует ограничение. Фразы с «не хочу» и «предпочи­таю» показывают возможность свободы выбора. В послед­нем случае человек ясно осознает желания, выстраивает приоритеты и, следовательно, может найти средства удов­летворения потребностей.
* Выяснение того, что стоит за словом «это».
* Использование прямого обращения вместо описания кого-то в третьем лице.
* Замена вопроса «почему» на вопрос «как». Это не позво­ляет уйти в рассуждения, а обращает к чувствам.
* Замена вопроса на утверждение.

В гештальт-терапии создана сложная метафора, описываю­щая изменения. Это одно из немногих направлений, в котором введены понятия, характеризующие не только невротическое, но и здоровое функционирование. Для описания **здоровой лич­ности** используются понятия контакта, осознавания, интеграции частей. Интеграция означает, что человек осознает все свои по­требности и жизненные функции, находится в контакте со сре­дой для их удовлетворения, погружен в процесс жизнедеятель­ности, а не живет прошлым или ожиданием будущего. Различ­ные понятия не скрывают, не запутывают, а проясняют смысл этого подхода — помочь проявлению в личности глубин­ной сущности, которая позволит ей действовать в соответствии с собственной мудростью.

В гештальт-терапии от участника, прежде всего, ожидается ответственность за поступки, мысли, чувства. Она же является главным атрибутом аутентичной личности — идеальной модели развития человека[[59]](#footnote-59).

*Жизненная философия гештальт-терапии* сформулирована К. Наранхо[[60]](#footnote-60) в своеобразных «девяти заповедях», ведущих к аутентичному существованию.

1. Живи теперь. Будь в настоящем, а не в прошлом или бу­дущем.
2. Живи здесь. Имей дело с тем, что есть, а не с тем, чего нет.
3. Не фантазируй. Опыт реален.
4. Прекрати ненужные размышления. Лучше пробуй и смотри.
5. Выражай чувства вместо того, чтобы манипулировать, объяснять, рассуждать, оправдываться.
6. Принимай неприятности и боль так же, как и удовольствие.
7. Ориентируйся не на «должен», «следовало бы» других людей, а на себя. Не сотвори себе кумира.
8. Принимай полную ответственность за свои поступки, мысли, чувства.
9. Будь самим собой.

Не случайно описание аутентичной личности в гештальт-те­рапии достаточно близко по содержанию к понятию самоактуализирующейся или полно функционирующей личности в гу­манистической психологии[[61]](#footnote-61). Обе эти модели имеют общие корни в феноменологической ориен­тации современной западной философии, других пластах куль­турного пространства. И аутентичная, и самоактуализирующа­яся личность рассматриваются как открытые опыту, доверяю­щие мудрости своего организма. Ответственность, интеграция, осознанность — главные ценности обоих подходов. При этом К. Роджерс[[62]](#footnote-62) больше внимания уделяет межличностным отношениям, Ф. Перлз фокусируется на ответственности ин­дивида перед самим собой. Гораздо больше различий у этих подходов в методическом инструментарии. Гештальт-терапевт более активен, его общение с человеком опосредуется техниче­скими приемами. К. Роджерс принципиально нетехничен, в его методе эмпатического слушания первая скрипка отдается человеку. При этом оба направления исповедуют идеологию уваже­ния к творческому потенциалу клиента и основывают свою ра­боту на его актуализации.

В сравнении с более традиционными школами, в гештальт-терапии акцент сместился с решения проблемы на обучение способам здорового функционирования. Изменилась и роль психотерапевта. Он тонко балансирует между фрустрацией, внутренним взрывом и облегчением состояния, активной на­правляющей позицией и признанием полной ответственности за изменения за самим человеком. П. Гудмен[[63]](#footnote-63) высказал на первый взгляд несколько парадоксальную мысль: «Самое худ­шее, что вы можете сделать для человека, — это помогать ему».

Обращает на себя внимание связь гештальт-терапии с анали­тической психологией в понимании личности. В обоих направ­лениях становление личности — это приход к себе, к своей сущ­ности. Терапия для представителей этих школ — не просто ме­тод лечения, а поиск таких способов жизнедеятельности, которые отвечали бы глубинной сущности человека. При бли­зости подходов эти два направления имеют совершенно разную техническую оснащенность и в способе взаимодействия участ­ников психотерапевтического процесса, и в выборе фокуса воз­действия, и в методах работы. Однако и в методическом плане можно обнаружить точки сближения. Например, это касается использования в терапии средств искусства. *Богатство идей и потенциальных возможностей гештальт-терапии позволяет ей удерживать прочное место среди школ современной психо­терапии*[[64]](#footnote-64).

Применение, техники и методы гештальт-терапии[[65]](#footnote-65).

С самого начала гештальт-консультант стремится побудить участников к принятию ответственности за их собственные действия. Он пытается сразу донести мысль о том, что, хотя консультант хочет облегчить рост и его самораскрытие участников, он не может совершить эти изменения за них. В сущности, консультант стремится побудить каждого участника к открытому и честному взаимодействию, отказываясь принимать участие в играх, в которые последний обычно играет с людьми вне консультирования. Такое взаимодействие предполагает создание условий, которые смогут облегчить осознавание и рост человека.

Главная техника, используемая гештальт-консультантом, — обеспечение того, что Перлз называет **«континуум осознавания»**. Континуум осознавания требуется организму для того, чтобы функционировать в соответствии с принципом здорового гештальта, так чтобы наиболее важная незаконченная ситуация стала осознанной и человек мог с ней взаимодействовать. Консультант делает это, объединяя внимание и осознавание клиента, помогая ему ассимилировать в его структуру «Я» все переживания.

Гештальт-консультант преднамеренно играет с участником в провокационные игры, направленные на то, чтобы вынудить его сталкиваться со своими старательно избегаемыми чувствами и признавать их. Перлз утверждает, что индивидуумы, испытывающие трудности, не могут увидеть очевидного. Они полны паттернов избегания и сопротивлений, которые удерживают их от полноценного осознавания. Перлз полагает, что люди оказываются в тупике, из которого они не хотят выходить. Такой тупик включает неудовлетворенные потребности или незаконченные дела, которые, как полагают участники, не могут быть удовлетворены или завершены из-за недостатка возможностей.

Консультант не дает ответов на проблемы человека. Он скорее старается побудить его работать в тупике — сначала структурируя ситуацию так, чтобы этот тупик стал открытым, затем — фрустрируя человека, отказываясь предоставить ему ожидаемую поддержку. В этой ситуации цель консультанта — помочь участнику признать тот факт, что тупик существует лишь в уме и что он обладает достаточными способностями для прохождения через этот тупик. В итоге консультант говорит участнику: «Ты можешь и должен отвечать за себя сам». И как результат — человек становится все больше похожим на самого себя.

Гештальт-консультирование, подобно личностно-ориентированному консультированию, не пытается реконструировать прошлое или раскрыть бессознательные побуждения клиента. Гештальт-консультанты сосредотачиваются на настоящем. Они полагают, что люди, имеющие склонность к интеллектуализациям относительно прошлого или будущего, вообще имеют трудности в настоящем и используют эти разговоры, чтобы сопротивляться попытке консультанта взаимодействовать с текущим функционированием; поэтому консультант имеет возможность получать наиболее важную информацию о человеке из наблюдения за ним в течение взаимодействия. Гештальт-консультант должен быть способен замечать несоответствия между вербальными и невербальными проявлениями и возвращать эти проявления участникам, тем самым помогая им больше осознавать их собственное поведение и эмоции. Ориентации на «здесь и теперь» консультант придерживается и в дальнейшем, задавая вопросы типа: «Что ваша правая рука делает теперь?» или «Как ваш голос звучит теперь?» Консультант никогда не спрашивает «Почему», поскольку такие вопросы поощряют интеллектуализацию, в то время как вопросы «Как?» и «Что?» обращают внимание человека на текущее функционирование. В обоих случаях консультант стремится заставить участника стать более осознанным относительно своих чувств, поведения, эмоций и ощущений — в каждый момент *сейчас.* В то же самое время консультант старается обнаружить то, что человек пробует избегать, и те области его функционирования, которые содержат внутренние конфликты.

В дополнение к методам фрустрации и поощрения ориентации на «здесь и теперь», гештальт-консультант также использует экспериментирование, которое направлено на увеличение самоосознания участников и осознавание их тупиковых ситуаций, затем помогая им реинтегрировать себя. Это экспериментирование является наиболее рискованным и опасным, поскольку индивидуумы снимающие все защиты, не освоив новые способы поведения, становятся даже более уязвимы к воздействию внешних сил, чем до консультирования.

Большое внимание уделяется в гештальт-терапии *работе со сновидениями пациентов*. Перефразируя Фрейда, Перлз говорит, что «сон — это королевская дорога к интеграции личности»[[66]](#footnote-66). В отличие от психоанализа, в гештальт-терапии не интерпретируются сны, они используются для интеграции личности. Автор считал, что различные части сна являются фрагментами нашей личности. Для того чтобы достичь интеграции, необходимо их совместить, снова признать своими эти спроецированные, отчужденные части нашей личности и признать своими скрытые тенденции, которые проявляются о сне. С помощью проигрывания объектов сна, отдельных его фрагментов может быть обнаружено скрытое содержание сновидения через его переживание, а не посредством его анализа.

Технические процедуры в гештальт-терапии называются **играми или упражнениями**. Это разнообразные действия, выполняемые участниками терапии по предложению психотерапевта, которые способствуют более непосредственной конфронтации со значимым содержанием и переживаниями. Эти игры предоставляют возможность экспериментирования с самим собой и другими участниками группы. В процессе игр участники «примеряют» различные роли, входят в разные образы, отождествляются со значимыми чувствами и переживаниями, отчужденными частями личности и интроектами. Цель игр-экспериментов — достижение эмоционального и интеллектуального прояснения, приводящего к интеграции личности. Эмоциональное осознание («ага-переживание») — это такой момент самопостижения, когда человек говорит: «Ага!» По Перлзу, «aгa» — это то, что происходит, когда что-нибудь защелкивается, попадая на свое место; каждый раз, когда «закрывается» гештальт, «звучит» этот щелчок. По мере накопления фактов эмоционального прояснения приходит прояснение интеллектуальное. Число игр не ограничено, так как каждый психотерапевт, пользуясь принципами гештальт-терапии, может создавать новые игры или модифицировать уже известные[[67]](#footnote-67).

### Краткие выводы по 1-ой главе.

1. Социально-психологическая реабилитация является одним из необходимых компонентов медицинской реабилитации военнослужащих, получивших ранения и увечья в ходе боевых действий.
2. Для комбатантов характерно наличие психической травмы, как результата воздействия психотравмирующих раздражителей**.**
3. Гештальт-терапия, являясь одним из методов психологической коррекции может быть использована в социально-психологической реабилитации военнослужащих, получивших ранения в боевых действиях.

# Глава 2. Исследование эффективности применения метода гештальт-терапии в реабилитации военнослужащих, получивших ранения в условиях 6-го ЦВКГ

## 2.1. Цель, гипотеза и задачи исследования

**Гипотеза:** применение метода гештальт-терапии (в условиях 6 ЦВКГ – Всеармейского реабилитационного центра) оказывает положительное влияние на индивидуально-психологические особенности личности военнослужащих, получивших ранения и увечья на территории Чеченской республики.

**Цель исследования:** исследование эффективности применения метода гештальт-терапии в социально-психологической реабилитации военнослужащих, получивших ранения в Чеченской республике.

**Задачи исследования:**

1. На основе анализа методов социально-психологической реабилитации обосновать возможность использования метода гештальт-терапии применительно к военнослужащим, получившим ранения и проходящим социально-психологическую реабилитацию в условиях Всеармейского реабилитационного центра.
2. Применить гештальт-терапию как метод социально-психологической реабилитации к военнослужащим, получившим ранения и увечья.
3. Оценить эффективность использования метода гештальт-терапии в социально-психологической реабилитации раненых в условиях Всеармейского реабилитационного центра.

## 2.2. Методика проведения исследования

Сроки и место проведения исследования

Настоящее исследование проведено в период с 01.10.2003г. по 01.04.2004г. на базе 6 Центрального военного клинического госпиталя – Всеармейского реабилитационного центра.

Общая характеристика испытуемых:

В соответствии с основной целью исследования и для решения поставленных задач было проведено комплексное клинико-психологическое обследование 40 военнослужащих в возрасте от 19 до 23 лет (средний возраст – 22,3+1,7 лет), поступивших в госпиталь после ранений, полученных при выполнении служебного долга в Чеченской республике.

Все военнослужащие поступили в 6 ЦВКГ для прохождения медико-психологической реабилитации после проведенных ампутационных операций из Главного военного клинического госпиталя им. Н. Бурденко.

При поступлении в госпиталь больные методом случайного отбора были разделены на 2 группы:

* *Контрольная группа -* 20 раненых, с которыми проводилось медикаментозное лечение, протезирование, физиотерапия, психологическое консультирование, суггестивная терапия, рациональная психотерапия, гетеро- и ауторелаксационные техники, психологическое консультирование, психоанализ, трансактный анализ, психодрама, дебрифинг стресса критических инцидентов, эстетотерапия, логотерапия.
* *Экспериментальная группа -* 20 раненых, с ними проводились те же мероприятия и дополнительно применялся метод гештальт-терапии.

До начала реабилитации контрольная и экспериментальная группы были сопоставимы по возрасту, уровню образования, а также по психологическим характеристикам.

Экспериментальная и контрольная группы подобраны следующим образом: испытуемые – участники боевых действий в Чеченской республике, поступившие в госпиталь после ранений, приведших к ампутации конечностей. Ранения получены при выполнении служебного долга.

Обе группы включали в равных долях три категории военнослужащих:

* военнослужащие по призыву, средний возраст 19+0,5 лет;
* военнослужащие по контракту, средний возраст 24,5+0,5 лет;
* молодые офицеры, средний возраст 23,5+0,5 лет.

Формируемая для проведения исследования группа однородна по имеющейся у ее участников проблематике.

Наиболее типичными ситуациями, выделяющимися как психотравмирующие факторы, являются: прощание с родными и близкими перед отъездом в Чечню; гибель на глазах раненых и близких друзей в бою; невозможность из-за страха оказать помощь погибающим сослуживцам; пребывание в плену; предательство со стороны любимой девушки и т.д.

В ходе проведенного комплексного клинико-психологического обследования были использованы следующие диагностические методики: САН, ЛОБИ, СМОЛ, шкала оценки уровня тревожности Спилбергера-Ханина, проективные методики «ДДЧ», «Несуществующее животное».

## 2.3. Ход исследования

Анализ данных, опубликованных в научной литературе, позволил систематизировать алгоритм диагностического обследования и восстановительного лечения военнослужащих с ампутациями конечностей.

В 6 ЦВКГ в работе с ранеными используется целый блок различных психодиагностических методик. Специфика контингента госпиталя ограничивает возможности использования других методов диагностики особенностей индивидуально-личностной сферы больных. Поэтому в работе использованы ранее адаптированные в госпитале способы диагностики.

В связи с этим была составлена следующая **схема социально-психологической реабилитации военнослужащих, получивших ранения, в условиях многопрофильного реабилитационного госпиталя**:

1. Сбор жалоб и анамнеза, общеклиническое обследование пациента[[68]](#footnote-68).
2. Диагностический этап исследования: комплексное психологическое обследование с использованием следующих тестовых методик: опросник САН; опросник Спилбергера – Ханина; тест ЛОБИ; проективные методы «Дом-Дерево-Человек», «Несуществующее животное»[[69]](#footnote-69).

*Комплексная психологическая диагностика проводилась:*

* на этапе общего обследования при поступлении в госпиталь;
* через 6 месяцев – после проведения гештальт-терапии.
1. Психокоррекционный этап: применение метода гештальт-терапии в работе с ранеными.

### Диагностический этап исследования

Для диагностики личностных особенностей испытуемых используется ряд психологических тестов (СМОЛ, методика Спилбергера-Ханина, ЛОБИ, САН, а также проективные методики "Дом-Дерево-Человек", "Несуществующее животное"). *С каждым военнослужащим проводятся индивидуальные беседы, целью которых является первичная диагностика имеющихся проблем и психических травм.*

Комплексное применение тестовых методик позволяет с большей вероятностью определить актуальный психологический статус раненого, выяснить наиболее важные из продолжающих травмировать его психику факторов.

Используемые методики

***САН.* Самочувствие. Активность. Настроение.**

*Целью* данной методики является диагностика оперативной оценки самочувствия, активности и настроения. Выявляется субъективная оценка военнослужащими своего функционального состояния.

 Опросник состоит из 30 пар противоположных характеристик, по которым испытуемых просят оценить свое состояние. Каждая пара представляет собой шкалу, на которой испытуемые отмечают степень выраженности той или иной характеристики своего состояния.

*Обработка данных*:

Подсчитывается сумма баллов по шкалам:

Самочувствие: 1,2,7, 8, 13,14, 19.20, 25,26.

Активность: 3,4,9,10,15.16,21,22,27,28.

Настроение: 5,6,11,12,17,18,23,24,29,30.

Полученные результаты по каждой категории делятся на 10. средний балл шкалы равен 4. оценки, превышающие 4 балла, говорят о благоприятном состоянии испытуемого, оценки ниже четырех свидетельствуют об обратном. Нормальные оценки состояния лежат в диапазоне 5,0-5,5 баллов. При анализе функционального состояния важно соотношение значений отдельных его показателей[[70]](#footnote-70).

***ЛОБИ*. Личностный Опросник Бехтеревского института.**

*Цель:* диагностика типов отношения к болезни и других связанных с нею личностных отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями.

Диагностируется сложившийся под влия­нием болезни паттерн отношений к самой болезни, к ее лече­нию, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит).

*Диагностируемые типы отношений.* С помощью ЛОБИ могут быть диагностированы следующие типы отношений: гармоничный (Г); тревожный (Т); ипохондрический (И); меланхолический (М); апатический (А); неврастенический (Н); обсессивно-фобический (О); сенситивный (С); эгоцентрический (Я); эйфорический (Ф); анозогнозический (3); эргопатический (Р); паранойяльный (П)[[71]](#footnote-71).

*Процедура обследования:* обследуемому вручаются брошюра с текстом опросника и регистрацион­ный лист. Разъясняется, что на каждую тему можно сделать от 1 до 3 выборов (не более!), номера сделанных выборов об­вести кружком. Если ни одно из определений не подходит, обводится символ 0. Если обследуемый не хочет отвечать именно на данную тему, графа остается незаполненной. Время заполнения регистрационного листа не ограничено.

**Методика диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина.**

*Цель* методики – выявляется самооценка уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека).

*Процедура обследования* является стандартной для всех опросников.

*Обработка и интерпретация результатов*: до 30 баллов – низкая тревожность; 31-45 баллов – умеренная тревожность; 46 и более баллов – высокая тревожность.

***СМОЛ.* Стандартный многофакторный опросник личности.**

Опросник представляет собой сокращенный вариант ММPI, содержит 71 вопрос, 11 шкал. Из них 3 – оценочные.

*Цель методики*: Первые три оценочные шкалы измеряют искренность испытуемого, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекции вносимую чрезмерной осторожностью (шкала лжи - L; шкала достоверности - F; шкала коррекции - К).

Остальные 9 шкал являются базисными и оценивают свойства личности (шкалы: Ипохондрии (Hs), Депрессии (D), Истерии (Hv), Психопатии (Pd), Паранойяльности (Pa), Психоастении (Pt), Шизоидности (Se), Гипомании (Ma))[[72]](#footnote-72).

*Процедура обследования* является стандартной для всех опросников.

*Обработка и интерпретация результатов*: Высокими оценками по всем шкалам, после построения профиля личности. Являются оценки, превышающие 70. Низкими оценками считаются оценки ниже 40.

**Методика исследования личности «Дом – дерево- человек» Дж. Бука**

Относится к типу проективных методов диагностики.

*Целью* является исследование личности**.** По мнению Дж. Бука, по рисункам можно судить об аффективной сфере личности, ее потребностях, уровня психосексульного развития и т.д.

*Инструкция*. Обследуемому предлагается нарисовать дом, дерево и человека. Затем проводится опрос по разработанному плану[[73]](#footnote-73).

**«Несуществующее животное»**

По своему характеру относится к числу проективных методов.

*Цель* – исследование личности. По составу данных тест ориентировочный, и поэтому как единственный метод исследования использован быть не может (требует объединения с другими методами, т.е. использования в качестве «батарейного» инструмента исследования).

*Инструкция*: «Придумайте и нарисуйте несуществующее животное и назовите его несуществующим именем»[[74]](#footnote-74).

### Психокоррекционный этап исследования

Психокоррекционный этап исследования представляет собой применение метода гештальт-терапии в социально-психологической реабилитации, военнослужащих, получивших ранения и увечья в ходе боевых действий в Чеченской республике.

Психологическая реабилитация пострадавших, подвергавшихся воздействию психогенных факторов в экстремальных условиях деятельности или получивших серьезные ранения с ампутацией конечностей, является элементом медико-психологического обеспечения профессиональной деятельности. Ее цель - сохранение профессионального здоровья и восстановление профессиональной пригодности раненых.

*Основной принцип применения методов гештальт-терапии при коррекции постстрессовых состояний* заключается в изменении отношения пострадавшего к самому факту наличия в его жизни психотравмирующей ситуации.

*Применение метода гештальт-терапии наиболее оправдано* тем, что формируемая для проведения психокоррекции группа однородна по имеющейся у ее участников проблематике. Наиболее типичными ситуациями, выделяющимися как психотравмирующие факторы, являются: прощание с родными и близкими перед отъездом в Чечню; гибель на глазах раненых их близких друзей в бою; невозможность из-за страха оказать помощь погибающим сослуживцам; пребывание в плену; предательство со стороны любимой девушки; тяжелое ранение или потеря конечностей.

В исследовании принимали участие 40 человек: экспериментальная группа (20 человек) и контрольная группа (20 человек).

 Местом для проведения сеансов было специальное помещение, оборудованное всеми необходимыми реквизитами.

Перед началом непосредственных занятий по психокоррекции с помощью метода гештальт-терапии было проведено *2 лекции по основным теоретическим положениям гештальт-психологии*.

Сессии гештальт-терапии проводились по следующей *схеме*:

1. Начало сессии. Контакт группы. Участники сессии (включая ведущего) садятся по кругу, берутся за руки. Все по очереди, начиная с ведущего, обсуждают с какими мыслями, чувствами, настроением они пришли на сессию. Ведущий сообщает тему и цели данной сессии.
2. Проведение упражнения.
3. Завершение сессии. Обсуждение пользы, которую каждый участник извлек из данной сессии, что понравилось и не понравилось в проведенном упражнении, с каким настроением участники уходят с сессии.

Продолжительность сессии – 1,5 – 2 часа.

Гештальт-терапия проводилась *как в индивидуальной, так и в групповой форме*. Если сессия проводилась в груп­пе, то психотерапевт обычно работал с одним (реже с двумя) из участников. Остальные члены группы идентифицировали себя с «работающим» участником, оказывать ему эмоциональную поддержку, а в некоторых случаях обеспечивать обратную связь.

В дальнейшем с военнослужащими, получившими ранения, была проведена серия упражнений гештальт-терапии, которую я привожу ниже. Для психокоррекции постстрессовых состояний были *использованы основные техники гештальт-терапии*, в частности «Развитие осознавания», «Концентрация внимания на чувствах», «Принятие ответственности», «Интеграция полярностей», «Работа со сновидениями», «Работа с сопротивлениями».

**Техника «Развитие осознавания»**

Упражнение «Фигура и фон»[[75]](#footnote-75)

Участники сидят в кругу, ведущий читает инструкцию.

Ведущий: *«На некоторое время обратите внимание на какой-нибудь визуальный объект, например стул. Глядя на него, заметьте, как он проясняется, вырисовывается на мутнеющем фоне окружа­ющего пространства и объектов. Затем обратитесь к какому-нибудь соседнему визуальному объекту и понаблюдайте, как он, в свою очередь, «опустошает» фон.*

*Точно так же вслушайтесь в какой-нибудь звук в вашем окружении и заметьте, как другие звуки отходят в фон. Нако­нец, «прислушайтесь» к какому-нибудь телесному ощущению, вроде внезапной боли («колет») или зуда, и заметьте, как и здесь остальные телесные ощущения отступают на задний план».*

После этого терапевт проводит обсуждение упражнения, при этом особо выделяются два аспекта: во-первых, *процесс* выполнения упражнения (как участники его выполняли и что при этом чувствовали), а во-вторых, *содержание* (то, о чем участники говорили, выполняя данное упражнение). Процесс выполнения упражнения более важен, чем содержание, и ино­гда тренер может принимать решение проводить обсуждение *только* процесса[[76]](#footnote-76).

Также терапевт просит всех участников по очереди рассказать о двух вещах, которым, с их точки зрения, они научились, выполняя данное упражнение.

Упражнение «Осознавание эмоций»[[77]](#footnote-77)

Упражнение проводится аналогично предыдущему.

Ведущий: *«Дайте своему вниманию переходить от одного объекта к дру­гому, отмечая фигуры и фоны в объекте — и свои эмоции. Каж­дый раз выражайте эмоции словами вроде: «Мне это нравится» или «Мне это не нравится». Разделяйте объекты на части: «Это мне в объекте нравится, а это не нравится». Наконец, если это приходит естественно, дифференцируйте свои эмоции, напри­мер: «Это вызывает у меня отвращение» и т. п.*

*Во время этого эксперимента вы можете встретиться с та­кими сопротивлениями в себе, как замешательство, смущение, опасение быть слишком грубым, слишком бесцеремонным или нескромным; или, может быть, вы обнаружите в себе желание скорее быть объектом внимания, чем уделять свое внимание. Если по отношению к людям, с которыми вы входите в сопри­косновение, эти сопротивления становятся настолько сильны­ми, что заставляют вас оставить эксперимент, переключитесь на время на животных и неживые объекты».*

Упражнение «Непосредственное осознавание» [[78]](#footnote-78)

Всех участников просят разбиться на пары, затем члены каждой пары должны сесть друг напротив друга. После этого один из членов пары начинает описывать все, что ему попада­ется на глаза. Такое описание может быть весьма подробным. Рассказ может строиться, например, так: «Сейчас я осознаю, что ты сидишь напротив меня. Я могу видеть твое лицо и твою улыбку. Я вижу, что у тебя карие глаза и светлые волосы с не­сколькими темными прядями. Ты сидишь на старом сером сту­ле, ковер под ним зеленого цвета, на нем красивый узор...»

Это все, что требуется от участников. Их цель — описать, как можно больше всего за пять минут. По прошествии этого вре­мени члены пары меняются ролями и еще раз повторяют дан­ную процедуру.

После этого тренер просит всех участников сесть в общий круг. Далее проводится обсуждение упражнения.

Тренер должен также помочь группе в опре­делении способов, при помощи которых знания, приобретен­ные в результате выполнения данного упражнения, могут быть соотнесены с личной или профессиональной жизнью участни­ков. По возможности тренер также участвует в выполнении уп­ражнения.

Тренер просит всех участников по очереди рассказать о двух вещах, которым, с их точки зрения, они научились, выполняя данное упражнение.

Упражнение «Перемещающееся осознавание» [[79]](#footnote-79)

Все участники разбиваются на пары, члены каждой пары са­дятся друг напротив друга. Один из них начинает описывать сво­ему партнеру то, каким образом перемещается фокус его внима­ния с течением времени. Он пытается вербализировать все то, что он видит, чувствует, о чем думает, — любые изменения в фо­кусе внимания. Рассказ может строиться, например, следующим образом: «Я осознаю, что сейчас смотрю на тебя... а сейчас я слег­ка смущен тем, что ты, улыбаясь, смотришь на меня... Смущение начинает исчезать, как только я тебе о нем сказал. Только что я вспомнил о другой ситуации, произошедшей на другом тренин­ге, в которой я также испытывал смущение. Сейчас я смотрю в окно, находящееся за твоей спиной, вижу людей, прогуливаю­щихся по траве. Я понимаю, что мне очень сильно хотелось бы быть с ними. Сейчас я возвращаю свое внимание к тебе, и у ме­ня создается впечатление, что ты глубоко погружен в какие-то свои мысли...» По возможности тренер также участвует в выпол­нении упражнения. Все это рассказывается в течение пяти ми­нут, затем члены пары меняются ролями.

После этого все участники садятся в общий круг. Как и в пре­дыдущем упражнении, проводится обсуждение. Тренер помогает группе в определении способов, при помо­щи которых знания, приобретенные при выполнении данного упражнения, могут быть соотнесены с личной или профессио­нальной жизнью участников.

Каждый участник по очереди сначала говорит о том, что ему меньше всего понравилось в данном упражнении. Затем участ­ники говорят о том, что им больше всего в нем понравилось. Ведущий группы или тренер также высказывает свое мнение.

Упражнение «Описания»[[80]](#footnote-80)

Все участники разбиваются на пары, и члены каждой пары са­дятся друг напротив друга. Тренер выдает каждому участнику по какому-либо предмету. Для этого можно использовать простые и привычные предметы, такие как фрукты или овощи, бу­тылки, вазы или украшения. Каждого участника просят описать своему партнеру полученный предмет, не оценивая его при этом и даже не рассказывая о его назначении. Например, банку с кон­сервами можно описать следующим образом: «Этот предмет имеет цилиндрическую форму. На него наклеена зеленая этикетка, на которой написаны какие-то слова. Слова на этикетке написаны коричневым и красным цветом...»

Задача участников — как можно более полно и детально опи­сать полученные предметы. Очень часто, выполняя подобные упражнения, люди начинают немного по-новому видеть при­вычные вещи. Такие изменения могут произойти также и в том, что касается восприятия других людей в повседневной жизни. Об этом можно поговорить в ходе дальнейшего обсуждения.

После этого тренер просит всех участников сесть в общий круг для проведения обсуждения упражнения.

Упражнение «Чувственное сознавание»[[81]](#footnote-81)

Упражнение выполняют с закрыты­ми глазами под легкую релаксационную музыку. Ведущий медленно читает текст вслух, делая паузы в местах многоточий. Это упражнение длится тридцать минут.

Ведущий: *«Оглядитесь вокруг себя. Отметьте каждую вещь, которая попала в поле вашего зрения. Како­ва ее форма и фактура... какого она цвета... как ос­вещена... и как падают тени... Обратите внимание на сочетание различных форм... Если вы поймаете себя на том, что мысленно называете вещи («Вот зеленый стул, а вот фотография, эта лампа напо­минает мне мексиканскую»), то вы на ложном пу­ти.*

*В самом по себе назывании вещей нет ничего плохого, но оно снова возвращает вас к вашим мыслям. От вас же требуется только видеть пред­меты, как видит их младенец, не знающий их на­званий... Не сопровождаете ли вы свое наблюдение такими, например, комментариями: «Эта картина висит криво» или «Вентилятор пыльный»? Если да, значит, вы снова погрузились в свои мысли и рассуждаете вместо того, чтобы просто смо­треть... Расслабьте мышцы глаз, даже слегка рас­фокусируйте взгляд... выберите какой-нибудь маленький предмет или мелкую деталь большого, например, ворсинку ковра или фрагмент обоев... задержите взор... Что вы там видите? Можете ли вы позволить себе остаться полностью поглощен­ным наблюдением за этим предметом?*

*Теперь — закройте глаза. Что вы видите?.. От­метьте образы, оставшиеся от наблюдения... прислушайтесь... Что вы слышите?.. Возможно, толь­ко сейчас вы осознали, что все это время, пока вы пытались концентрироваться на зрительных ощу­щениях, существовали какие-то звуки, на которые вы не обращали внимания... Теперь сосредоточь­тесь на слуховых ощущениях, постарайтесь уло­вить все звуки, какие только можете разобрать, вплоть до самых слабых... Представьте, что вы очнулись после глубокого наркотического забы­тья... сознание постепенно возвращается к вам... Постарайтесь определить, используя только свой слух, где вы находитесь... в городе или в деревне?.. в помещении или на улице?.. присутствует ли кто-то еще рядом с вами или вы в одиночестве?.. Если здесь кто-то есть, что вы можете узнать о нем по одним лишь слуховым ощущениям?..*

*А сейчас, продолжая сидеть с закрытыми гла­зами, сосредоточьтесь на обонянии... Запах возду­ха... Поднесите руку к лицу. Знаком ли вам этот запах? Могли бы вы только по нему узнать со­бственную руку?.. Вдохните запах ваших волос, если их длина позволяет это сделать... запах ва­шей одежды... подмышек... Принюхайтесь к запа­хам предметов, окружающих вас... О чем они вам говорят: вот ковер — давно ли его выбивали?.. Сумка — из какой кожи она сделана, натуральной или синтетической?..*

*Не открывая глаз, возьмите в рот кусочек яблока, клубнику, апельсиновую дольку... Почув­ствовали ли вы сначала запах, а затем вкус?.. Про­жевывайте каждый кусочек тщательно и неторо­пливо, отмечая все изменения вкусовых ощуще­ний... Обратите внимание, какой вкус останется во рту после того, как вы проглотите последнюю крошку...*

*Теперь замрите на минуту, направьте внима­ние на руки, особенно — на кончики пальцев, и по­пытайтесь осознать, какую информацию о мире они вам дают. Если бы это был единственный источник информации, каким бы тогда был для вас внешний мир?.. Теперь соедините ваши руки, и пусть одна начнет ощупывать и исследовать другую. Какие ощущения у вас вызывает эта как бы чужая рука? Изучите форму ее костей, суста­вов, ногтей... исследуйте поверхность кожи... А сей­час прислушайтесь к ощущениям, возникающим в той руке, которую вы исследуете... Может быть, стоит изменить способ прикосновения, например не исследовать, а ласково поглаживать ее... Пои­щите самую приятную для нее силу надавливания, самый приятный ритм поглаживающих движе­ний... Теперь попробуйте попеременно направ­лять свое внимание то на одну, то на другую ру­ку... Легко ли вам это удается? Снова перенесите внимание на активную руку... Что вам больше понравилось, осознавать ощущения исследующей руки или той, которая пассивно воспринимала по­глаживания? Снова переключите внимание на пас­сивную руку (Как с известной картинкой, где вы видите то контур вазы, то два профи­ля)… Удаются ли вам эти произвольные переключения?*

*...Пусть ваши руки поменяются ролями... Обра­тите свое внимание на ту из них, которая теперь занимается исследованием... Как она ощущает су­ставы, мышцы, кожу, подушечки пальцев другой руки... Прислушайтесь сейчас к ощущениям, исхо­дящим от пассивной руки... что она чувствует, когда ее изучают, гладят, ласкают... Легко ли ва­ши руки приняли свои новые роли или что-то вы­зывает их сопротивление?..*

*А теперь — займитесь лицом. Пусть ваши руки ощупают его, как руки слепого — лицо незнаком­ца... Удалось ли вам узнать что-нибудь новое о своем лице, которое вы каждый день видите в зеркале?.. А что чувствует ваше лицо? Какие оно испытывает ощущения от прикосновений паль­цев?.. Поищите наиболее приятный способ, силу, скорость и направление касаний... как ему лучше, если дотрагиваться только кончиками пальцев или всей ладонью?.. Как и раньше, попробуйте переключать свое внимание с лица на пальцы и с пальцев на лицо... Что вы чувствуете?.. Меняя попеременно направление своего внимания, уве­личьте зону исследования собственного тела, включите в нее шею, плечи, туловище, ноги... Есть ли разница в ваших ощущениях, когда вы дотра­гиваетесь до обнаженных частей тела или до скры­тых под одеждой? Какое из них интенсивнее, ка­кое приятнее?*

*Не открывая глаз, исследуйте руками то, что вас окружает... стул... ковер... все, что находится рядом... Можете исследовать и все помещение, если хотите... Попробуйте на ощупь те самые предметы, в которые вы всматривались в начале упражнения... Насколько уверенно вы чувствуете себя, двигаясь с закрытыми глазами?.. Движетесь еле-еле, осторожными шажками или чувствуете себя достаточно свободно, чтобы просто идти?.. Отметьте, как при этом вам помогают ориенти­роваться в пространстве ваши руки и ваш слух... Как вам удобнее идти, быстро или медленно?.. Продолжайте ваш путь, по собственному выбору обращая внимание на разные вещи... Если рядом с вами никого нет, чувствуете ли вы от этого не­уверенность... Если есть другие люди, что вы испытываете, когда встречаетесь с ними с закры­тыми глазами или хотя бы только предвосхищае­те возможность такой встречи? Помните, все в ва­ших силах, вы можете выбирать упражнения по собственному вкусу и самостоятельно решать, де­лать или нет те из них, которые вам не нравятся...*

*Заканчивая свои перемещения, попробуйте, не открывая глаз, вернуться на прежнее место... Ка­кие ориентиры помогли вам отыскать его? Вспом­ните то положение, в котором вы находились до начала путешествия.*

*А теперь... откройте глаза... что вы видите?*

*Поделитесь своими впечатлениями, расскажите, чему вы нау­чились. Слушая о впечатлениях других людей, по­старайтесь сравнить их со своими. Может быть, это по­может вам лучше осознать собственные ощущения, от­метить то, что вы не заметили (или попросту сочли не­достойным внимания, ибо многие из нас упускают впе­чатления, которые лежат на поверхности, из-за того, что буквально натренированы быть слишком глубоко­мысленными)».*

Упражнение «Сознавание тела»[[82]](#footnote-82)

Как и в предыдущем упражнении, ведущий читает инструкцию, делая паузы в помечен­ных многоточиями местах. Используется музыкальное сопровождение. Длитель­ность упражнения — тридцать минут.

Ведущий: *«Предлагаемое упражнение поможет научиться слу­шать то, что вам хочет сказать ваше собственное тело.*

*Займите удобное положение и закройте глаза. Отметьте, какими местами ваше тело опирается на кресло, кровать или ковер... Они поддержи­вают все ваше тело, доверьтесь им и позвольте се­бе расслабиться... Теперь спокойно отметьте, как вы дышите. Не нужно ничего менять. Просто от­метьте, как вы дышите. Именно сейчас... Следите, как воздух входит и... выходит... Отметьте, как ва­ше тело движется в ритм дыханию... Я буду назы­вать различные части тела. Постарайтесь на вдохе сконцентрироваться на названной части тела, а на выдохе позвольте напряжению выйти из всего те­ла вместе с воздухом...*

*Итак, ваш лоб... Запроки­нута ли голова или опущена на грудь?.. Ваши ве­ки... Неподвижны или подрагивают?.. Ваши гла­за... в покое или в движении? Видятся ли вам ка­кие-нибудь пятна, образы?.. Ваши щеки... рассла­блены или напряжены?.. Ваши уши... Какими вы их сейчас ощущаете, теплее они лица или холод­нее?.. Ваш нос... Можете ли вы почувствовать при дыхании легкое движение волосков в ноздрях?.. Ваши губы... сухие или влажные? Сжаты или чуть приоткрыты? Ваш язык... В каком он сейчас поло­жении, чего касается?.. Ваши зубы... Проверьте каждый... Не чувствуете ли вы неудобства от за­стрявших в них кусочков пищи?.. Ваша шея... Нет ли в ней напряжения от неудобного положения го­ловы? Или голове вполне удобно?..*

*Ваш позво­ночник... Мысленно пройдитесь сверху вниз от шейных позвонков до самого копчика... Какова линия вашего позвоночника?.. Почувствуйте мышцы спины... Они напряжены или расслабле­ны? Теперь перенесите внимание на плечи... Они приподняты или опущены?.. Сведены или рас­правлены?.. Почувствуйте свои плечевые суста­вы... Постарайтесь представить себе, как вы вра­щаете руками в плечевых суставах...*

*Теперь прой­дитесь мысленным взором вдоль своих рук... Плечи... локти... Они выставлены или прижа­ты?.. Предплечья... запястья... кисти рук... паль­цы... Чувствуете ли вы в них какое-нибудь напря­жение?*

*Прислушайтесь к своему сердцу. Не считайте удары, а только почувствуйте ритм его биений... Внутренне отыщите точки в других частях своего тела, пульсирующие в такт с ним, — например, на шее, под коленом, на запястье.*

*Снова вернитесь к дыханию... Мысленно про­делайте тот путь, который совершает вдыхаемый вами воздух, — через нос, по трахее вниз, к лег­ким... Вы чувствуете, как они наполняются возду­хом, а затем выпускают его...*

*Сделайте глотатель­ное движение и попробуйте ощутить свой пище­вод... желудок... Идет ли в нем какая-то работа? Успели ли вы проголодаться с тех пор, как пое­ли?.. По каким ощущениям вы это сейчас узнали?.. Теперь опуститесь ниже... Вот ваш тонкий кишеч­ник... Происходят ли сейчас в нем какие-то про­цессы?.. Толстый кишечник... Он имеет S-образную форму. Справа, в полости живота, он сначала поднимается снизу вверх, затем перехо­дит налево и снова опускается вниз... Чувствуете ли вы, что там что-то происходит?.. Ваша прямая кишка, не переполнена ли она? Как скоро вам за­хочется освободить ее?.. Теперь анус... Сжат ли он или расслаблен?..*

*Попробуйте осознать свои почки... Они распо­ложены по бокам в самом низу спины и по форме напоминают бобы... Каналы, идущие от них к мо­чевому пузырю и сам мочевой пузырь... Насколь­ко он полон? Как скоро вам потребуется опоро­жнить его? Мужчины, почувствуйте свои яички, как они расположены в мошонке?.. Почувствуйте свой пенис...*

*Теперь мысленно перейдите к тазовым костям, предохраняющим ваши внутренние органы... Ощутите форму ваше­го таза... Направьте внимание на тазобедренные суставы... и мысленно представьте себе, что вы поднимаете и опускаете ноги... Теперь вообрази­те, что ваши ноги совершают круговые движения сначала вовнутрь, потом наружу.*

*Почувствуйте ваши бедра... колени... Вы ощу­щаете равномерное тепло вдоль всей ноги?.. Мо­жет быть, колени немного холоднее или теплее? Не напряжены ли ваши икры?.. Теперь ваши ло­дыжки и стопы... Попробуйте подвигать стопой, чтобы определить степень ее подвижности... Ваши пятки и ступни... Если вы обуты, не жмет ли обувь?..*

*Теперь совершите обратное путешествие по своему телу от пяток до макушки. Сравните ле­вую и правую стороны своего тела. Возможно, ва­ши ощущения окажутся различными с одной и другой стороны. Насколько легко вам удается сознавать все свое тело? Нет ли каких-то «слепых пятен» в вашем сознавании?*

*Теперь постарайтесь ощутить тело как единое целое. Произнесите: «Это я. Я — (назовите свое имя). Я здесь живу...»*

*Упражнение закончено. Сделайте глубокий вдох, потянитесь, откройте глаза и медленно встаньте».*

Ведущий проводит обсуждение. *«Поделитесь своими впечатлениями друг с другом, расскажите, чему вы нау­чились. Какой опыт вы только что получили?».*

**Техника «Концентрация внимания на чувствах»**

Упражнение «Воспоминание»[[83]](#footnote-83)

Ведущий: *«Выберите какую-нибудь прошлую ситуацию, не слишком давнюю и не слишком трудную, например, посетите в фантазии дом вашего друга. Закройте глаза. Что вы действительно види­те? Дверь — кто-нибудь ее открывает? Обстановку? Других лю­дей? Не пытайтесь «вытаскивать» что-то из ума, искать что-то, что «должно» быть здесь. Просто «отправьтесь» в то место, кото­рое вы вспоминаете, и замечайте, что там есть».*

Упражнение «Чувственное воспоминание»[[84]](#footnote-84)

Ведущий: *«Теперь повторите эксперимент с воспоминаниями, но на сей раз не концентрируйтесь исключительно на зрении, попы­тайтесь включить как можно больше чувств: вспомните не только то, что вы видели, но и то, что слышали, обоняли, чувст­вовали на вкус, осязанием, как вы переживали собственные движения; попытайтесь восстановить эмоциональный тон, ко­торый сопровождал этот опыт.*

*Избегаете ли вы вспоминать определенного человека? За­мечаете ли вы, что можете вспомнить неживые объекты или фотографии людей, но не самих людей? Когда вы вспоминаете ситуации, остаются ли они статическими или появляется дви­жение? Присутствует ли в этом нечто драматическое? Возни­кают ли только отрывки, или вы можете прослеживать детали, не теряя целого? Удаляются ли образы или затуманиваются?»*

Упражнение «Управление эмоциями»[[85]](#footnote-85)

Ведущий: *«Попробуйте воспроизвести определенное телесное действие. Например, напрягите, а потом расслабьте челюсти, сожмите ку­лаки, начните тяжело дышать. Вы можете заметить, что все это вызывает смутную эмоцию — в данном случае фрустрированный страх. Если к этому переживанию вы можете добавить, скажем, фантазию, представление о каком-то человеке или вещи в вашем окружении, которые фрустрируют вас, эмоция раз­горится с полной силой и ясностью. И, наоборот, в присутствии чего-то или кого-то, фрустрирующего вас, вы замечаете, что не чувствуете эмоции, пока не примете как свои собственные со­ответствующие телесные действия: в сжимании кулаков, воз­бужденном дыхании и т.п. вы начинаете чувствовать гнев».*

Упражнение «Настроения»[[86]](#footnote-86)

Ведущий: *«Попробуйте почувствовать свое лицо. Чувствуете ли вы свой рот? Лоб? Глаза? Челюсти? Обретя эти ощущения, задайте себе вопрос: «Каково выражение моего лица?» Не вмешивай­тесь, просто позвольте этому выражению быть. Сосредоточьтесь на нем, и вы заметите, как быстро оно меняется. В течение мину­ты вы можете почувствовать несколько разных настроений».*

Упражнение «Внутреннее молчание»[[87]](#footnote-87)

Ведущий: *«Постарайтесь поддерживать внутреннее молчание, воздержи­тесь от внутренней речи; при этом оставайтесь пробужденным и осознающим. Поначалу это может удаваться лишь на несколь­ко секунд, «думание» навязчиво возобновится. Для начала хоро­шо, если вы хотя бы почувствуете разницу между внутренним молчанием и внутренней речью; позвольте им сменять друг дру­га. Хороший способ — координировать это с дыханием. Попро­буйте останавливать внутреннюю речь во время вдоха. Затем, во время выдоха, дайте проговориться внутренне возникшим сло­вам. Если вы занимаетесь в одиночестве, то полезным может быть проговаривание этих слов вполголоса, шепотом. Если вы будете настойчивы в этом эксперименте, ваши визуализации станут яр­че, ощущения тела — определеннее, эмоции — яснее, потому что внимание и энергия, используемые обычно в бессмысленном внутреннем говорении, теперь могут быть направлены на выпол­нение этих более простых и более фундаментальных функций».*

Упражнение «Внутренняя речь»[[88]](#footnote-88)

Ведущий: *«Прислушайтесь к своей внутренней речи и постарайтесь ее интерпретировать: ее ритм, тон, «ходовые» фразы. Кому вы гово­рите? С какой целью? Придираетесь и ворчите? Льстите кому-то? Не поворачиваете ли вы фразы так, будто что-то скрываете, сами не зная, что? Стараетесь произвести впечатление? Или это блеф? Или вам нравится, как слова текут, цепляясь друг за дру­га? Есть ли у вашей внутренней речи постоянная аудитория?»*

Упражнение «Визуализация» [[89]](#footnote-89)

Ведущий: *«Это упражнение лучше проделывать, находясь в расслабленном положе­нии, желательно лежа. Образы, которые, казалось бы, самопроизволь­но появляются у вас в голове, на самом деле — в ва­шей власти. Давайте попробуем продемонстрировать это.*

*Закройте глаза и в течение некоторого времени сосредоточьтесь на своем дыхании…*

*Вообразите большой белый экран…*

*Представьте на экране любой цветок. Уберите цветок с экрана, а вместо него поме­стите на экран белую розу…*

*Поменяйте белую розу на красную. (Если у вас возникли трудности, вообразите, что вы кисточкой покрасили розу в красный цвет, как Алиса в Стране Чудес.)*

*Уберите розу и представьте комнату, в кото­рой вы находитесь: всю ее обстановку, мебель, цвет и т. п.*

*Переверните картинку. Посмотрите на комна­ту с потолка. (Если это трудно сделать, то вообра­зите себя на потолке смотрящим на комнату и всю обстановку сверху вниз.)*

*Теперь снова вообразите большой белый экран.*

*Поместите синий фильтр перед источником света так, чтобы весь экран стал ярко-синим.*

*Поменяйте синий фильтр на красный. Сделайте экран зеленым.*

*Представляйте любые цвета и изображения на свое усмотрение».*

Обсуждение: «*Удалось ли вам достигнуть всех эффектов, таких, как, например, поворот комнаты или смена цветов? Ничего страшного, и без подготовки легко вы сможете уви­деть пустой экран, вообразить цветок и представить обстановку вашей комнаты. И уже это достаточное до­казательство того, что продуцируемые вами образы в вашей власти, вы вольны вызывать или не вызывать их. Поэтому, если вы вдруг обнаружите, что «разгля­дываете» некий психический образ, вызывающий у вас беспокойство, попытайтесь осознать, что вы сами за него в ответе, вы сами его создали и сами можете изме­нить его на более приятный, подобно тому как раскра­сили белую розу в красный цвет».*

Упражнение «Эмоционально-коррективное переживание» [[90]](#footnote-90)

*«Запишите тревожащий вас эпизод в виде не­большого рассказа, написанного в настоящем вре­мени от первого лица. Попытайтесь как можно более точно вспомнить все события. Восстановите диалоги. Запишите ваши чувства.*

*Затем перепишите историю так, как вы бы хо­тели, чтобы она произошла. Пойдите навстречу преследователю. Отомстите мучителю. Или полюбите человека, которого вы ненави­дите. Делайте все, что хотите. Создайте новые диалоги. Запишите ваши чувства. Придумайте свой собственный финал и развязку».*

Это упражнение может быть проделано как индивидуально, так и в группе. В результате тягостное событие будет заново пережито, субъективно завершено и перестанет постоянно «прокручиваться» в голове.

**Техника «Принятие ответственности»**

Упражнение «Принятие ответственности» [[91]](#footnote-91)

Участника иногда просят закончить выражение чувств или убеждений словами: «И я беру на себя ответственность за это». Иногда терапевт предлагает принять ответственность, заменив *не могу* на *не хочу* или *но* на *и*. Например, фраза «я хочу похудеть, но продолжаю много есть» звучит иначе, чем «Я хочу похудеть, и я продолжаю много есть». Заменив *но* на *и,* участник говорит более ответственно. Это утверждение ответственности помогает осознать себя обладающими внутренней силой, а не полагаться на контроль извне.

Упражнение «Использование личных местоимений» [[92]](#footnote-92)

Участника поощряют использовать «Я» вместо слов типа *этот, ты* или *нам,* когда он говорит о себе. Это помогает ему признать ответственность за собственное поведение. Например, участник может сказать: «Я ничего не добился в этом году. В следующем году это будет по-другому». Консультант отреагирует: *«Это* будет по-другому? Вы о ком говорите?» Участник мог бы тогда ответить: «О себе. Это Я стану другим».

Упражнение «Преобразование вопросов в утверждения» [[93]](#footnote-93)

Люди часто используют вопросы, чтобы держаться подальше от себя или скрывать то, что они действительно думают. Участник терапии, который спрашивает: «Вы действительно верите этому?» — на самом деле говорит: «Я не думаю, что вы верите в это». Побуждение членов группы к преобразованию вопросов в утверждения заставляет их предъявлять свои системы убеждений и вынуждает их брать на себя ответственность.

Упражнение «Жизнь без себя»[[94]](#footnote-94)

Ведущий: *«Когда забудешься, в первый момент кажется, будто застал мир, живущий без тебя. Представьте сейчас, что жизнь идет без вас, сама по себе. Посмотрите на нее со сторо­ны... Теперь вернитесь к себе».*

Анализ: *«Изменился ли мир в ваше отсутствие? Значимы ли вы в этой ситуации жизни? Как стать живым?»*

Упражнение «Способность к искренности»[[95]](#footnote-95)

Это упражнение предназначено для того, чтобы лучше уз­нать свои способности к искренности. Проводится оно в парах в течение 15 минут.

*«Выберите удобное место. Сядьте лицом друг к другу. Посмо­трите прямо в лицо друг другу.*

*Поделитесь друг с другом действительно важным для вас: своими мыслями, чувствами. Когда рассказываете, старайтесь говорить свободно. Осо­знайте ваши чувства и выразите их. Осознайте, как изменяют­ся ваши чувства. Поочередно поделитесь друг с другом несколько раз».*

Анализ: *«Какие чувства вы испытываете к своему партнеру после эксперимента?»*

**Техника «Интеграция полярностей»**

Упражнение «Два стула»[[96]](#footnote-96)

Ведущий: *«Нередко человек ощущает некоторую двойствен­ность, расщепление противоположностями, чувствует себя в группе этих противоположностей, противостоящих сил. Вам предлагается сыграть диалог между этими сторонами. С каж­дой сменой роли вы будете менять стулья: «дружелюбное Я» и «раздраженное Я».*

Варианты: исполняемая роль может быть ролью человека, какой он сейчас; ролью ребенка, матери, отца, супруги (а) или начальника. Исполняемая роль может быть физическим симп­томом — язвой, головной болью, болью в пояснице, сильным сердцебиением. Она может быть предметом, встретившимся во сне, например, частью мебели, животным и т. д.

Упражнение «Диалог между частями собственной личности»

В технике «пустого стула» участникам дают задание взаимодействовать с другим человеком, представив его сидящим на пустом стуле. Эта ролевая игра помогает соприкоснуться с теми частями себя, которые или не сознавались, или отвергались. Кроме того, участник может также отрепетировать новую роль, которая будет испробована вне ситуации консультирования. Репетиция усиливает веру в то, что новое поведение может быть успешным. Техника пустого стула может также использоваться, когда участник «раздираем» полярными частями его индивидуальности (собака сверху — собака снизу; пассивный — агрессивный). В этом случае консультант может предложить играть обе роли, садясь по очереди то на один, то на другой пустой стул и, таким образом, организуя устный диалог между этими двумя частями. Такой диалог позволяет вынести конфликт наружу, так чтобы индивидуум мог его рассмотреть и преодолеть.

Упражнение «Дублирование»[[97]](#footnote-97)

Вспомогательный игрок вербализует мысли и чувства, кото­рые протагонист затрудняется высказать. Двойник внимательно наблюдает невербальные проявления. Дублер вслух высказыва­ет свои догадки насчет того, что чувствует, о чем думает и что со­бирается сказать протагонисту. Тот, от чьего имени говорят, мо­жет изменить высказывания дублера, дополняя и уточняя их.

Двойник может играть и субличность.

Упражнение «Разыгрывание ролей»[[98]](#footnote-98)

Участники группы по предложению психотерапевта по очере­ди проигрывают некоторые свои внутриличностные конфликты, которые ими до конца не осознаются, но очевидны для окружа­ющих. Например, если участник, не замечая этого, излишне час­то извиняется, говорит негромким голосом, смущается, то ему можно предложить сыграть роль застенчивого, робкого молодо­го человека. При этом его просят несколько утрировать именно те черты характера, которые у него особенно выражены.

Если участник осознает свое поведение и желает от него из­бавиться, ему можно поручить сыграть роль человека с проти­воположными чертами характера, например Хлестакова или Начальника, который разговаривает с подчиненными только в тоне приказания и нравоучений.

Для разыгрывания роли каждому участнику дается по 5-10 минут. Остальное время нужно оставить для обмена впечат­лениями.

Упражнение «Борьба противоположностей»[[99]](#footnote-99)

Психотерапевт определяет тему дискуссии, затем одному из участников поручает роль Нападающего, другому — Защищаю­щегося.

Участники садятся лицом друг к другу и начинают дискус­сию. Каждый из участников должен твердо придерживаться своей роли. Нападающий должен критиковать партнера, ругать его, поучать, говорить твердым, авторитарным голосом. Защи­щающийся — извиняться, оправдываться, объяснять, почему у него не получается все то, что требует от него Нападающий.

Дискуссия длится 10 минут. После этого партнеры меняют­ся ролями. Каждому участнику диалога нужно как можно полнее и глубже осознать чувство власти, агрессии Нападаю­щего и чувство робости, унижения, незащищенности Защища­ющегося. Ведущий: *«Сравните сыгранные вами роли с вашим поведением в ре­альной жизни. Обсудите полученный опыт вместе с группой».*

Упражнение «Круг субличностей» [[100]](#footnote-100)

1. «Перечислите все свои желания. Записывайте все, что приходит вам в голову. Убедитесь, что вы включили и то, что у вас сейчас есть, и то, что вы хотели бы иметь в дальнейшем. Сле­дует учесть, что этот список не похож на список «Чего бы мне хотелось к Рождеству!». Например: не болеть, быть хорошим родителем, иметь много денег, любить и быть любимым, достигнуть успеха в работе, получить хорошее образование, и т.д.
2. *Перечитайте. Теперь сосредоточьтесь на том, что вы чув­ствовали, когда читали список. Есть ли у вас суб­личность, которая говорит вам, что она тоже хо­тела бы иметь все это? Или субличность, осу­ждающая людей, имеющих желания, которых нет у вас или которые для вас являются несуществен­ными. А теперь составьте список ваших собствен­ных желаний.*
3. *Когда в вашем списке наберется двадцать пунктов (или когда вы почувствуете, что записали все желания), просмотрите список и выберите пять-шесть самых существенных. Может быть, вы захотите что-то изменить в нем. Например, мо­жно объединить желания «кататься на лыжах», «плавать», «играть в теннис», «ходить в походы» в одно общее: «заниматься спортом на свежем воздухе». Теперь выделите свои самые важные же­лания и не включайте те, которым хочет отдать предпочтение ваша субличность «Что Подумают Люди?».*
4. *На большом листе бумаги нарисуйте круг диаметром примерно 20 см. Внутри него — круг поменьше. Получилось кольцо, центральная часть которого — ваше «Я». А в самом кольце разместите те пять-шесть субличностей, ко­торые являются выразителями ваших желаний.*
5. *Нарисуйте пастелью или цветными мелка­ми символы, отражающие ваши желания. Отсут­ствие художественных способностей в данном случае не имеет значения. Просто нарисуйте и рас­красьте любые пришедшие в голову символы.*
6. *Когда вы закончите рисование, дайте каж­дой субличности свое индивидуальное имя. Неко­торые из них могут походить на клички: Авантю­рист, Благоразумный, Беззащитная Крошка, Здо­ровяк, Мать-Земля, Герой-Любовник, Лекарь, Знаток. Другие будут более романтичны, напри­мер: Первобытный Любитель Лошадей И Гон­чих, Девушка Из Провинции, Лесной Эльф, Мистер Бо­жество и т. д. Важно придумать свои собственные, имеющие для вас смысл названия.*
7. *Теперь раскрасьте свое «Я»».*

Упражнение «Психодрама субличностей» [[101]](#footnote-101)

*«Выберите из группы тех участников, кто будет исполнять роль ваших субличностей. Дайте им в качестве примера некоторые ваши диалоги, так чтобы они получили достаточную информацию для организации действия и смогли изображать именно ваши, а не свои субличности.*

*Сядьте в центре комнаты и попросите друзей-актеров сесть вокруг вас.*

*По вашему сигналу они должны начать гово­рить с вами — требовать, угрожать, просить, льстить. Оставайтесь в образе своего «Я», обра­щая внимание на то, что вы чувствуете по поводу действий и слов каждого.*

*Будьте внимательны. Как дирижер оркестра, руками останавливайте (или приглушайте) из­лишне напористого и поощряйте и усиливайте робкого.*

*В заключение скажите каждой вашей сублич­ности, что вы чувствовали по поводу ее слов и действий, и расскажите ей о том важном месте, которое она будет занимать в вашей дальнейшей жизни».*

Психодраматический подход позволяет прояснить многие внутренние проблемы. Некоторые люди начинают осознавать силу своего «Я» и понимать, что они действительно *могут* управлять своими внутрен­ними голосами и требованиями своих субличностей в реальной жизни даже больше, чем могли это делать во время психодрамы.

Упражнение «Разотождествление»[[102]](#footnote-102)

*«Сядьте удобно, выпрямив спину. Закройте глаза. Сделайте несколько глубоких вдохов, мы­сленно следя за своим дыханием. Затем повто­ряйте вслух или про себя:*

* У меня есть тело, но я — это не мое тело. Мое тело может быть больным или здоровым, уста­лым или бодрым, но это не влияет на меня, на мое истинное «Я».
* Мое тело — прекрасный инструмент для ощу­щений и действий во внешнем мире, но оно всего лишь инструмент. Я хорошо с ним обращаюсь, я стараюсь, чтобы оно было здоровым, но мое те­ло — это не «Я».
* У меня есть тело, но я — это не мое тело.
* У меня есть эмоции, но я — это не мои эмо­ции. Мои эмоции многочисленны, изменчивы, противоречивы. Однако я всегда остаюсь собой, своим «Я», радуюсь или горюю, спокоен или взволнован, надеюсь на что-то или отчаиваюсь. Поскольку я могу наблюдать, понимать и оцени­вать свои эмоции и, более того, управлять, вла­деть ими, использовать их, то очевидно, что они не есть мое «Я».
* У меня есть эмоции, но я — это не мои эмо­ции.
* У меня есть интеллект, но я — это не мой ин­теллект. Он достаточно развит и активен. Он является инструментом для познания окру­жающего и моего внутреннего мира, но он — это не мое «Я».
* У меня есть интеллект, но я — это не мой ин­теллект.
* Я — Центр чистого самосознания.
* Я — Центр Воли, способный владеть и управлять моим интеллектом, эмоциями, физи­ческим телом и всеми моими психическими про­цессами.
* Я — это постоянное и неизменное «Я»».

Можно использовать модель этого упражнения для разотождествления с субличностями.

**Техника «Работа со сновидениями»**

Упражнение «Элементы сновидения»[[103]](#footnote-103)

*«Расскажите сон от первого лица. Выделите наиболее «энергетизированные» элементы сна. Последовательно идентифици­руйтесь с каждым «объектом» из сна, произнесите монолог от его имени. Возможна организация диалога между элементами сна. Найдите проекцию этих отношений в «дневной» жизни (это действие называется «челнок»)».*

Упражнение «Рисование сна»[[104]](#footnote-104)

*«Выберите фрагмент сна и нарисуйте его. В паре выберите двух «персонажей» из сна. Вылепите из партнера, как из глины, одного из персонажей вашего сна. Это может быть движущаяся скульптура. Повзаимодействуйте с этой фигурой, действуя от имени второго персонажа. Поменяйтесь ролями — теперь вы сами сыграете ту роль, которую играл ваш помощник, а он сы­грает второго персонажа вашего сна».*

Упражнение «Работа над сном» [[105]](#footnote-105)

*«Превратитесь в персонаж (предмет, эле­мент) вашего сна. Теперь расскажите о се­бе.*

*Что вы делаете в этом сне? Что чувствуете?*

*Каковы твои взаимоотношения с другими пер­сонажами сна или с другими предметами?*

*Что вы хотите?*

*Побеседуйте с другими персонажами или элементами сна».*

**Техника «Работа с сопротивлениями»**

Упражнение «Совершение кругов» [[106]](#footnote-106)

Участнику предлагается пройти по кругу и обратиться к каждому члену группы с волнующим его вопросом. Например выяснить, как его оценивают другие, что о нем думают, или выразить собственные чувства по отношению к членам группы.

Упражнение «Незаконченное дело» [[107]](#footnote-107)

Любой незавершенный гештальт есть незаконченное дело, требующее завершения. По существу, вся гештальт-терапия сводится к завершению незаконченных дел. У большинства людей есть немало неулаженных вопросов, связанных с их родственниками, родителями и т. п. Чаще всего это невысказанные жалобы и претензии. Участнику терапии предлагается с помощью приема «пустого стула» выразить свои чувства воображаемому собеседнику или обратиться непосредственно к тому участнику психотерапевтической группы, который имеет отношение к незаконченному делу. Гештальт-терапевтами замечено, что наиболее частое и значимое невыраженное чувство — чувство обиды. Именно с этим чувством работают в игре, которая начинается со слов: «Я обижен...»

Упражнение «Проективная игра» [[108]](#footnote-108)

Когда участник терапии заявляет, что другой человек имеет некое чувство или черту характера, его просят проверить, не является ли это его проекцией. Участнику предлагается «разыграть проекцию», то есть примерить на самого себя это чувство или черту. Так, члена группы, который заявляет: «Я испытываю к тебе жалость», просят разыграть роль человека, вызывающего жалость, подходя к каждому из участников и вступая с ним во взаимодействие. Постепенно входя в роль, человек раскрывает себя, при этом может произойти интеграция прежде отвергаемых сторон личности.

Упражнение «Выявление противоположного (реверсия)» [[109]](#footnote-109)

Явное поведение члена группы часто носит характер защиты, скрывающей противоположные тенденции. Для осознания скрытых желаний и противоречивых потребностей ему предлагается разыграть роль противоположную той, которую он демонстрирует в группе. Например, участнику терапии с манерами «маменькиного сынка» предлагается разыграть роль независимого, самостоятельного, не терпящего вмешательства в личные дела мужчины. Такой прием позволяет достичь более полного соприкосновения с теми сторонами своей личности, которые прежде были скрыты.

Упражнение «Разыгрывание проекций» [[110]](#footnote-110)

Когда член группы проецирует что-либо на других людей, особенно на консультанта, консультант просит, чтобы участник сыграл роль другого человека. Например, когда кто-то из группы говорит консультанту, возможно, в результате созданной консультантом фрустрирующей ситуации, «Я чувствую, что на самом деле вы мне не нравитесь», консультант может попросить его сыграть роль консультанта и выразить то, что, по ее мнению, чувствует консультант. Сделав это, участник терапии признает, что его чувства к консультанту есть следствие проекции его предположений относительно того, что консультант чувствует.

Упражнение 7 «Заброшенный магазин» [[111]](#footnote-111)

Упражнения на воображение иллюстрируют процесс проекции и помогают участникам группы идентифицироваться с отвергаемыми аспектами личности. Среди таких упражнений наиболее популярна игра *«Старый, заброшенный магазин»*. Участнику предлагают закрыть глаза, расслабиться, затем представить, что поздно ночью он проходит по маленькой улочке мимо старого, заброшенного магазина. Его окна грязные, но если заглянуть, можно заметить какой-то предмет. Участнику предлагают тщательно его рассмотреть, затем отойти от заброшенного магазина и описать предмет, обнаруженный за окном. Далее ему предлагается вообразить себя этим предметом и, говоря от первого лица, описать свои чувства, ответить на вопрос, почему он оставлен в магазине, на что похоже его существование в качестве этого предмета. Идентифицируясь с предметами, члены группы проецируют на них какие-то свои личностные аспекты.

## 2.4. Результаты исследования

### Результаты обследования раненых до реабилитации

**Методика САН:** Средние значения по всем шкалам методики САН находятся в пределах статистической нормы. Но нельзя говорить о благоприятном состоянии испытуемых, т.к. оценки, свидетельствующие о благоприятном состоянии, находятся в диапазоне от 5, 0 до 5,5 баллов[[112]](#footnote-112).

**Методика «Личностный опросник Бехтеревского института» (ЛОБИ)**

Наиболее выраженными у раненых являются типы отношения к болезни:

* *Сенситивный* (С), основными особенностями которого являются чрезмерная озабоченность о возмож­ном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни; опасения, что окру­жающие станут избегать, считать неполноценным, пренебре­жительно или с опаской относиться, распускать сплетни о причине и природе болезни; боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожела­тельного отношения с их стороны в связи с этим.
* *Обсессивно-фобический (О).* Тревожная мнительность прежде всего касающаяся опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют больше, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ри­туалы.

Наименее выраженными у раненых являются типы отношения к болезни:

* *Меланхолический (М).* Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.
* *Апатический (А).* Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчине­ние процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что ранее волновало.
* *Эргопатический (Р)* - «Уход от болезни в работу». Даже при тяжести болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало работу продолжать. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы[[113]](#footnote-113).

**Методика диагностики самооценки уровня тревожности Ч. Д. Спилбергера - Ю. Л. Ханина:**

Полученные данные говорят о наличии:

* Умеренной личностной тревожности (личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагирование на такие ситуации состоянием тревоги). Умеренный показатель личностной тревожности может быть объяснен тем, что военнослужащие после выведения их из зоны боевых действий и перед поступлением в 6 ЦВКГ находились в госпитале им. Н. Бурденко.
* Высокой реактивной тревожности: реактивная тревожность - напряжение, беспокойство, нервозность в данный момент[[114]](#footnote-114).

**Методика СМОЛ:**

Сравнение средних значений СМОЛ у испытуемых контрольной и экспериментальной групп позволило выявить несколько характерных тенденций.

При анализе оценочных шкал было установлено, что военнослужащие дают достаточно искренние ответы. Степень достоверности ответов так же соответствует норме; результаты по шкале коррекции говорят о неосознанной тенденции к контролю поведения, осторожности.

Анализ результатов базисных шкал показал наличие тенденций к:

* *ипохондрии:* испытуемые медлительны, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах, близки к астено-невротическому типу;
* *депрессии:* склонны к тревогам, неуверенности в себе, при малейших неудачах впадают в отчаяние. Высокие значения по шкале 2 (D - Депрессии) говорят о чувствительности и сензитивности.
* *психоастении:* тревожно-мнительный тип характера, которым свойственны тревожность, боязливость, нерешительность и постоянные сомнения. Все остальные значения шкал лежат в пределах среднестатистической нормы[[115]](#footnote-115).

Для обследования *подсознательной*части психики в исследовании используются следующие проективные тестовые методики: рисунки **"Дом - дерево - человек"**[[116]](#footnote-116)**, "Несуществующее животное"**[[117]](#footnote-117)**:**

При обследовании у испытуемых контрольной и экспериментальной групп были выявлены следующие тенденции:

* *к агрессии* (основные клинические признаки: наличие в рисунках острых углов, зубов, клыков, когтей и пр. угрожающих деталей; в рисунке человека – сжатых кулаков, боксерских перчаток.) обнаружены у 80% испытуемых;
* *к тревоге* (основные клинические признаки: обилие штриховки в рисунках, неровные штрихи, выпуклые глаза, прорисовка радужки у животного, тучи, подчеркнутые линии, стирания и др.) обнаружены у 67% испытуемых.
* *к защите* (основные клинические признаки: водопроводные трубы, двери с огромным замком, яркий контур крыши) обнаружены у 53% испытуемых.
* *к отчуждению* (основные клинические признаки: дом вдали, закрытые окна, одномерная перспектива боковой стены, двери с огромным замком, маленькие глаза у человека и др.) обнаружены у 80% испытуемых.
* *к общительности* (основные клинические признаки: дом вблизи, открытые окна, двери; хорошие пропорции дорожки к дому) обнаружены у 20% испытуемых.
* *ориентации на будущее* (основные признаки: направленность рисунка в правую сторону) обнаружены у 20% испытуемых.
* *положительный эмоциональный фон* (основные признаки: хвосты, или детали их заменяющие направлены вверх) обнаружены у 20% испытуемых.

### Результаты обследования раненых после реабилитации

**Методика САН.**

После повторного обследования испытуемых контрольной и экспериментальной групп с помощью методики САН были получены следующие результаты (см. таблицу 1).

*Таблица 1*

*Результаты обследования испытуемых после реабилитации*

*с помощью методики САН (в баллах)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Самочувствие | Активность | Настроение |
| Норма | 5,0 – 5,5 | 5,0 – 5,5 | 5,0 – 5,5 |
| Ср. знач. контр. гр. | 4,32 | 4,5 | 4,7 |
| Ср. знач. экспер. гр. | 5,09 | 5,32 | 5,69 |

По результатам повторного обследования с помощью методики САН средние значения контрольной группы по всем шкалам находятся в пределах статистической нормы. Но нельзя говорить о благоприятном состоянии испытуемых, т.к. оценки, свидетельствующие о благоприятном состоянии, находятся в диапазоне от 5, 0 до 5,5 баллов.

По результатам повторного обследования с помощью методики САН средние значения экспериментальной группы по шкалам «Активность» и «Настроение» выше среднестатистических показателей, что говорит о наличии положительной динамики, состояние испытуемых улучшается[[118]](#footnote-118).

**Методика ЛОБИ.**

В результате обследования испытуемых контрольной и экспериментальной групп через 6 месяцев пребывания в госпитале были получены следующие данные (см. таблицу 2).

*Таблица 2*

*Результаты обследования испытуемых*

*после реабилитации с помощью методики ЛОБИ*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Типы | Г | Т | И | М | А | Н | О | С | Я | Ф | З | Р | П |
| Мах | 21 | 26 | 21 | 18 | 16 | 19 | 27 | 27 | 23 | 22 | 26 | 28 | 16 |
| Min | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 |
| Ср. знач. контр. гр. | 7,4 | 9,4 | 10 | 4,6 | 5,3 | 7,8 | 14,7 | 14,8 | 8,2 | 11,1 | 6,1 | 7 | 6,8 |
| Ср. знач. эксп. гр. | 10,3 | 6,6 | 7,3 | 2,7 | 3,2 | 4,9 | 8,6 | 8,6 | 7,1 | 7,1 | 6,3 | 8,9 | 3,2 |

Примечание: Мах – максимальное значение показателей шкал методики, Min – минимальное значение показателей шкал методики, Ср. знач. контр. гр.– среднее значение показателей шкал контрольной группы в баллах; Ср. знач. эксп. гр. – среднее значение показателей шкал экспериментальной группы в баллах. Типы: Г – гармоничный, Т – тревожный, И – ипохондрический, М - меланхолический, А – апатический, Н – неврастенический, О – обессивно-фобический, С - сензитивный, Я – эгоцентрический, Ф – эйфорический, З – анозогнозический, Р – эргопатический, П – паранойяльный.

Наиболее выраженными у испытуемых контрольной группы являются типы отношения к болезни:

* *Сенситивный (С),* основными особенностями которого являются чрезмерная озабоченность о возмож­ном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни; опасения, что окру­жающие станут избегать, считать неполноценным, пренебре­жительно или с опаской относиться, распускать сплетни о причине и природе болезни; боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожела­тельного отношения с их стороны в связи с этим.
* *Эйфорический (Ф).* Необоснованно повышенное настрое­ние, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отно­шение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все обойдется». Желание получать от жизни все, несмотря на бо­лезнь. Легкость нарушений режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни.

Наименее выраженными типами отношения к болезни у испытуемых контрольной группы:

* *Меланхолический (М).* Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.
* *Анозогнозический (3*). Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоя­тельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание «обойтись своими средст­вами».

Наиболее выраженными у испытуемых экспериментальной группы являются типы отношения к болезни:

* *Гармоничный (Г).* Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В слу­чае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации — переключение интересов на те области жизни, которые оста­нутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе quo ad vitam сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, своего дела.
* *Эргопатический (Р).* «Уход от болезни в работу». Даже при тяжкой болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало работу продолжать. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы.

Наименее выраженными типами отношения к болезни у испытуемых экспериментальной группы являются:

* *Меланхолический (М).* Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.
* *Апатический (А).* Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчине­ние процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что ранее волновало.
* *Паранойяльный (П).* Уверенность, что болезнь — резуль­тат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекар­ствам и процедурам. Стремление приписывать возможные ос­ложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала. Обвинения и требова­ния наказаний в связи с этим.

**Методика исследования самооценки уровня тревожности**

**Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина**

У испытуемых контрольной группы при повторном обследовании были получены следующие результаты: показатели личностной тревожности находятся в пределах средних значений; показатели уровня реактивной тревожности превышают среднестатистический уровень.

У испытуемых экспериментальной группы при повторном обследовании были получены следующие результаты: средние значения по шкалам личностной и реактивной тревожности находятся в пределах среднего уровня (см. таблицу 3 и приложение 6).

*Таблица 3*

*Результаты обследования испытуемых после реабилитации*

*по методике исследования самооценки уровня тревожности*

*Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина (в баллах)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Личностная тревожность | Реактивная тревожность |
| Ср. уровень тревожности | 31-45 | 31-45 |
| Ср. знач. контр. гр. | 35,6 | 45,2 |
| Ср. знач. экспер. гр. | 34,8 | 40,6 |

**Методика СМОЛ**

Анализ результатов базисных шкал контрольной группы показал наличие следующих тенденций:

* *ипохондрия:* испытуемые медлительны, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах, близки к астено-невротическому типу;
* *депрессия:* склонны к тревогам, неуверенности в себе, при малейших неудачах впадают в отчаяние. Высокие значения по шкале D (Депрессии) говорят о чувствительности и сензитивности.
* *психоастения:* лица с тревожно-мнительным типом характера, которым свойственны тревожность, боязливость, нерешительность и постоянные сомнения.

Все остальные значения шкал лежат в пределах среднестатистической нормы[[119]](#footnote-119).

Анализ полученных результатов по контрольной группе показал наличие *слабовыраженной* тенденции к снижению показателей практически по всем шкалам методики СМОЛ (см. таблицу 4 и приложение 8).

Анализ базисных шкал экспериментальной группы показал, что показатели шкал, имевших высокие значения (шкалы ипохондрии (Hs), депрессии (D), психоастении (Pt)) после проведения реабилитации с использованием метода гештальт-терапии снизились до среднестатистических параметров (см. таблицу 4, приложение 8).

*Таблица 4*

*Результаты обследования испытуемых после реабилитации*

 *по методике СМОЛ (в баллах)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкалы | L | F | K | Hs | D | Hy | Pd | Pa | Pt | Se | Ma |
| Max | 76 | 54 | 60 | 66 | 73 | 65 | 75 | 70 | 75 | 72 | 64 |
| Min | 38 | 39 | 38 | 45 | 46 | 46 | 25 | 38 | 44 | 36 | 35 |
| Ср. знач. контр. гр. | 45,8 | 46,3 | 51,7 | 56,8 | 60,1 | 52,2 | 49,9 | 50,4 | 58,3 | 53,6 | 50,8 |
| Ср. знач. экспер. гр. | 44,8 | 46,4 | 50,5 | 51,2 | 51,9 | 49,9 | 48,2 | 46,4 | 48,4 | 51,5 | 49,3 |

Примечание: Мах – максимальное значение показателей шкал методики, Min – минимальное значение показателей шкал методики, Ср. знач. контр. гр. – среднее значение показателей шкал в контрольной группе, Ср. знач. экспер. гр. – среднее значение показателей шкал в экспериментальной группе. Шкалы: L - лжи, F – достоверности, K - коррекции, Hs - ипохондрии, D - депрессии, Hy -истерии , Pd - психопатии, Pa - паранойяльности, Pt - психоастении, Se - шизоидности, Ma - гипомании.

**Проективные методики «Дом-дерево-человек»**

**и «Несуществующее животное»**

При обследовании у испытуемых контрольной группы были выявлены тенденции к:

* *агрессии* (основные признаки: наличие в рисунках острых углов, зубов, клыков, когтей и пр. угрожающих деталей; в рисунке человека – сжатых кулаков, боксерских перчаток), обнаружены у 73 % испытуемых;
* *тревоге* (основные признаки: обилие штриховки в рисунках, неровные штрихи, выпуклые глаза, прорисовка радужки у животного, тучи, подчеркнутые линии, стирания и др.), обнаружены у 53% испытуемых.
* *защите* (основные признаки: водопроводные трубы, двери с огромным замком, яркий контур крыши), обнаружены у 60% испытуемых.
* *отчуждению* (основные признаки: дом вдали, закрытые окна, одномерная перспектива боковой стены, двери с огромным замком, маленькие глаза у человека и др.), обнаружены у 53% испытуемых.
* *общительности* (основные признаки: дом вблизи, открытые окна, двери; хорошие пропорции дорожки к дому), обнаружены у 33% испытуемых.
* *ориентации на будущее* (основные признаки: направленность рисунка в правую сторону), обнаружены у 40% испытуемых.
* *положительный эмоциональный фон* (основные признаки: хвосты, или детали их заменяющие направлены вверх), обнаружены у 40% испытуемых.

При обследовании у испытуемых экспериментальной группы были выявлены следующие тенденции к:

* *агрессии* (основные признаки: наличие в рисунках острых углов, зубов, клыков, когтей и пр. угрожающих деталей; в рисунке человека – сжатых кулаков, боксерских перчаток.), обнаружены у 40% испытуемых;
* *тревоге* (основные признаки: обилие штриховки в рисунках, неровные штрихи, выпуклые глаза, прорисовка радужки у животного, тучи, подчеркнутые линии, стирания и др.), обнаружены у 33% испытуемых.
* *защите* (основные признаки: водопроводные трубы, двери с огромным замком, яркий контур крыши), обнаружены у 27% испытуемых.
* *отчуждению* (основные признаки: дом вдали, закрытые окна, одномерная перспектива боковой стены, двери с огромным замком, маленькие глаза у человека и др.), обнаружены у 13% испытуемых.
* *общительности* (основные признаки: дом вблизи, открытые окна, двери; хорошие пропорции дорожки к дому), обнаружены у 73% испытуемых.
* *ориентации на будущее* (основные признаки: направленность рисунка в правую сторону), обнаружены у 67% испытуемых.
* *положительный эмоциональный фон* (основные признаки: хвосты, или детали их заменяющие направлены вверх), обнаружены у 73% испытуемых.

## 2.5. Обсуждение результатов исследования

В ходе исследования эффективности применения метода гештальт-терапии в условиях Всеармейского реабилитационного центра с военнослужащими, получившими ранения и увечья в Чеченской республике, были использованы методики САН, методика Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина, ЛОБИ, СМОЛ, проективные методики «Дом–дерево–человек», «Несуществующее животное».

**Методика САН**

*Диаграмма 1*

*Результаты обследования контрольной группы по методике САН (в баллах)*



При сопоставлении полученных результатов обследования военнослужащих, получивших ранения в Чеченской республике, до реабилитации и после реабилитационных мероприятий у испытуемых контрольной группы не обнаружено значимых различий по показателям шкал «Самочувствие», «Активность», «Настроение» (см. диаграмма 1). Это позволяет нам сделать вывод о том, что реабилитационная работа без психологической поддержки приводит к незначительным улучшениям в оценке функционального, а также и психологического состояния раненых.

*Диаграмма 2*

*Результаты экспериментальной группы по методике САН (в баллах)*



При сопоставлении полученных результатов обследования до и после применения метода гештальт-терапии у испытуемых экспериментальной группы обнаружены значимые различия по показателям шкал «Самочувствие», «Активность», «Настроение» (см. диаграмму 2). Это позволяет нам сделать вывод о том, что социально-психологическая реабилитация с применением метода гештальт-терапии приводит к значительным улучшениям функционального и психологического состояния военнослужащих, получивших ранения в Чеченской республике.

**Методика ЛОБИ**

При сопоставлении результатов до и после реабилитации у испытуемых контрольной группы не было обнаружено значимых различий по всем шкалам методики (см. диаграмму 3).

*Диаграмма 3.*

 *Результаты контрольной группы по методике ЛОБИ (в баллах).*



При сопоставлении результатов до и после применения метода гештальт-терапии у испытуемых экспериментальной группы можно сделать следующие выводы:

* снизилось количество испытуемых имеющих типы отношения к болезни: сензитивный, тревожный и обессивно-фобический;
* повысилось количество испытуемых, имеющих гармонический и эргопатический типы отношения к болезни.

Это говорит о положительном влиянии проведенной реабилитации (см. диаграмму 4).

*Диаграмма 4.*

*Результаты экспериментальной группы по методике ЛОБИ (в баллах).*



**Методика исследования реактивной и личностной тревожности**

**Ч.Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина**

*Диаграмма 5.*

*Результаты контрольной группы*

*по методике Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина (в баллах)*



При сопоставлении полученных результатов обследования до реабилитации и после реабилитации у испытуемых контрольной группы не было обнаружено значимых изменений по шкалам «личностной» и «реактивной» тревожности (см. диаграмму 5).

*Диаграмма 6.*

 *Результаты экспериментальной группы*

*по методике Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина (в баллах)*



При сопоставлении полученных результатов обследования до реабилитации и после реабилитационных мероприятий (включающих применение метода гештальт-терапии) у экспериментальной группы были обнаружены значимые изменения по шкале «реактивной тревожности», что говорит о снижении уровня ситуативной тревоги (см. диаграмму 6). Подобный результат может свидетельствовать о положительном влиянии применения метода гештальт-терапии в реабилитации раненых.

**Стандартизированный многофакторный опросник личности (СМОЛ)**

При сопоставлении результатов на начальном этапе нахождения в госпитале и через 6 месяцев у испытуемых контрольной группы значительной динамики к улучшению психического состояния не выявилось. Анализ полученных результатов показал наличие слабовыраженной тенденции к снижению показателей практически по всем шкалам методики СМОЛ (см. диаграмму 7).

*Диаграмма 7*

*Результаты контрольной группы по методике СМОЛ (в баллах)*



Это позволяет сделать вывод о том, что реабилитационная работа в госпитале без психологической поддержки приводит к незначительным улучшениям психологического состояния раненых.

При сопоставлении результатов до и после применения метода гештальт-терапии у испытуемых экспериментальной группы были выявлены тенденции к снижению уровня ипохондрии, депрессии и психоастении (см. диаграмму 8).

Это подтверждает гипотезу о том, что реабилитация, включающая гештальт-терапию, позволяет значительно улучшить психологическое состояние раненых.

*Диаграмма 8.*

*Результаты экспериментальной группы по методике СМОЛ (в баллах)*



**Описательная характеристика результатов обследования с помощью проективных методов «Несуществующее животное», «Дом-дерево-человек»**

*Контрольная группа.*

Количество испытуемых, имеющих тенденцию к*:*

* *агрессии* снизилось на 7%;
* *тревоге* - уменьшилось на 13%;
* *защите* - увеличились на 7%;
* *отчуждению* – снизилось на 7%,
* *общительности* - увеличилось на 13%;
* *ориентации на будущее* – увеличилось на 15%.

Из этого можно сделать вывод о том, что реабилитационные мероприятия не включающие гештальт-терапию приводят к незначительному улучшению состояния раненых.

*Экспериментальная группа.*

Количество испытуемых, имеющих тенденцию к*:*

* *агрессии* снизилось на 24%;
* *тревоге* - снизилось на 28%;
* *защите* - уменьшилось на 26%;
* *отчуждению* – снизилось на 33%;
* *общительности* - увеличилось на 34%;
* *ориентации на будущее* – увеличилось на 37%.

Из этого можно сделать вывод о том, что реабилитационные мероприятия, включающие метод гештальт-терапии, оказывают положительное влияние на психологическое состояние военнослужащих, получивших ранения и увечья.

## 2.6. Статистический анализ результатов обследования

### Статистический анализ результатов обследования контрольной и экспериментальной групп до прохождения реабилитации

Для вычисления значимых различий между контрольной и экспериментальной группами использовался t-критерий Стьюдента[[120]](#footnote-120). Критические значения показателя t = 2,02; для р <= 0,05 (см. таблицу 1).

*Таблица 1.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Средние значения | t-критерий |
| контрольная группа | экспериментальная группа |
| Самочувствие | 4,2 | 4,1 | 0,27 |
| Активность | 4,2 | 4,1 | 0,32 |
| Настроение | 4,5 | 4,3 | 0,63 |
| Личностная тревожность | 36,5 | 36,6 | 0,05 |
| Реактивная тревожность | 46,1 | 46,4 | 0,18 |
| Шкала лжи (L) | 44 | 44,1 | 0,03 |
| Достоверность (F) | 44,9 | 44,2 | 0,63 |
| Коррекция (К) | 54,1 | 52,9 | 0,83 |
| Ипохондрия (Hs) | 58,5 | 59,3 | 0,34 |
| Депрессия (D) | 60,2 | 58,0 | 0,81 |
| Истерия (Hv) | 53,5 | 53,6 | 0,06 |
| Психопатия (Pd) | 50,0 | 48,9 | 0,31 |
| Паранойяльность (Pa) | 50,7 | 50,4 | 0,08 |
| Психоастения (Pt) | 59,2 | 56,1 | 0,89 |
| Шизоидность (Se) | 54,0 | 53,6 | 0,11 |
| Гипомания (Ma) | 51,0 | 50,4 | 0,23 |

Сопоставительный анализ обследования контрольной и экспериментальной групп свидетельствует об отсутствии между группами статистически значимых различий по всем шкалам методик САН, СМОЛ, шкалы самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина.

### Статистический анализ результатов обследования контрольной и экспериментальной групп

### после прохождения реабилитации

Для вычисления значимых различий использовался t-критерийСтьюдента[[121]](#footnote-121)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатель** | **К. г.** | **Э.г.** | **p** | **tкр.** | **t** | **Результат** |
| **Самочувствие** | **4,3** | **5,1** | <=0,01 | 2,70 | **4,39** | Выборки значимо отличаются друг от друга. Выборка Э превосходит выборку К по уровню признака. |
| **Активность** | **4,5** | **5,3** | <=0,01 | 2,70 | **3,83** | Выборки значимо отличаются друг от друга. Выборка Э превосходит выборку К по уровню признака |
| **Настроение** | **4,7** | **5,7** | <=0,01 | 2,70 | **4,02** | Выборки значимо отличаются друг от друга. Выборка Э превосходит выборку К по уровню признака. |
| Личностная тревожность | 35,6 | 34,8 | <=0,05 | 2,02 | 0,55 | Выборки статистически не отличаются друг от друга. |
| **Реактивная****тревожность** | **45,2** | **40,6** | <=0,01 | 2,70 | **3,02** | Выборки значимо отличаются друг от друга. Выборка К превосходит выборку Э по уровню признака. |
| Шкала лжи (L) | 45,8 | 44,8 | <=0,05 | 2,02 | 0,56 | Выборки статистически не отличаются друг от друга |
| Достоверность(F) | 46,3 | 46,4 | <=0,05 | 2,02 | 0,11 | Выборки статистически не отличаются друг от друга |
| Коррекция (К) | 51,7 | 50,5 | <=0,05 | 2,02 | 0,70 | Выборки статистически не отличаются друг от друга |
| **Ипохондрия (Hs)** | **56,8** | **51,2** | <=0,05 | 2,02 | **2,82** | Выборки значимо отличаются друг от друга. Выборка К превосходит выборку Э по уровню признака. |
| **Депрессия (D)** | **60,1** | **51,9** | <=0,05 | 2,02 | **3,72** | Выборки значимо отличаются друг от друга. Выборка К превосходит выборку Э по уровню признака. |
| Истерия (Hv) | 52,2 | 49,9 | <=0,05 | 2,02 | 1,56 | Выборки статистически не отличаются друг от друга |
| Психопатия (Pd) | 49,9 | 48,2 | <=0,05 | 2,02 | 0,42 | Выборки статистически не отличаются друг от друга |
| Паранойяльность (Pa) | 50,4 | 46,4 | <=0,05 | 2,02 | 1,30 | Выборки статистически не отличаются друг от друга |
| **Психоастения (Pt)** | **58,3** | **48,4** | <=0,01 | 2,70 | **3,78** | Выборки значимо отличаются друг от друга. Выборка К превосходит выборку Э по уровню признака. |
| Шизоидность (Se) | 53,6 | 51,5 | <=0,05 | 2,02 | 0,79 | Выборки статистически не отличаются друг от друга |
| Гипомания (Ma) | 50,8 | 49,3 | <=0,05 | 2,02 | 0,64 | Выборки статистически не отличаются друг от друга |

Примечание: **Э** – Среднее значение показателя экспериментальной группы, **К** - Среднее значение показателя контрольной группы; **р** - вероятность допустимой ошибки; **tкр**. – Критическое значение t-критерия Стьюдента; **t** – значение t-критерия Стьюдента. **Результат** - обсуждение полученных данных; **выделенным шрифтом** обозначены шкалы, по которым были обнаружены статистически значимые различия, свидетельствующие о положительной динамике в состоянии испытуемых.

При сопоставлении полученных результатов обследования контрольной и экспериментальной групп обнаружены статистически значимые различия по показателям **«Самочувствие», «Активность», «Настроение»,** что позволяет нам сделать вывод о том, что реабилитация раненых, включающая гештальт-терапию, приводит к значительным улучшениям психологического состояния военнослужащих, получивших ранения.

При сопоставлении полученных результатов обследования контрольной и экспериментальной групп по тесту Ч.Д. Спилбергера обнаружены статистически значимые различия по показателю **«реактивная тревожность»,** что позволяет нам сделать вывод о том, что реабилитация, с использованием метода гештальт-терапии приводит к снижению уровня реактивной тревожности.

При сопоставлении результатов по тесту СМОЛ у испытуемых контрольной и экспериментальной групп обнаружены статистически значимые различия по показателям **«ипохондрия», «депрессия» и «психоастения».** Это свидетельствует о том, что использование гештальт-терапии в системе социально-психологической реабилитации раненых военнослужащих позволяет снизить уровень ипохондрии, психоастении и депрессии.

### Краткие выводы по 2-ой главе.

1. Для военнослужащих, получивших ранения и увечья в Чеченской республике, характерно наличие таких особенностей индивидуально-личностной сферы, как высокий уровень реактивной тревожности, сниженное самочувствие, активность, настроение. Они имеют тенденции к депрессии, ипохондрии, агрессии, отчуждению. В отношении к своей болезни у комбатантов преобладает страх стать обузой для окружающих и боязнь их неблагожелательного отношения; тревожная мнительность относительно маловероятных неудач лечения.
2. После проведения социально-психологической реабилитации, включающей применение метода гештальт-терапии, у раненых:
* повысились активность на 14,8%, настроение на 16,5%, улучшилось самочувствие на 18,3%;
* снизился уровень реактивной тревожности на 12,8%,
* выявились тенденции снижению уровня ипохондрии на 11,5%, депрессии на 18,7% и психоастении на 14,5%.
* уменьшилось число испытуемых с тенденциями к агрессивности на 24%, к отчуждению на 33%;
* увеличилось количество испытуемых, имеющих гармонический (на 23%) и эргопатический (на 24,5%) типы отношения к болезни.
1. Гештальт-терапия является эффективным методом социально-психологиче­ской реабилитации военнослужащих, получивших ранения и увечья во время участия в боевых действиях на территории Чеченской республики.
2. Метод гештальт-терапии может быть использован практикующими психологами в любом учреждении медико-психолого-социальной реабилитации как для работы с ранеными, принимавшими участие в боевых действиях, так и для всех участников боевых действий.

# Выводы

1. Социально-психологическая реабилитация является одним из необходимых компонентов медицинской реабилитации военнослужащих, получивших ранения и увечья в ходе боевых действий.
2. Для комбатантов характерно наличие психической травмы, как результата воздействия психотравмирующих раздражителей.
3. Для военнослужащих, получивших ранения и увечья в Чеченской республике, характерно наличие таких особенностей индивидуально-личностной сферы, как высокий уровень реактивной тревожности, сниженное самочувствие, активность, настроение. Они имеют тенденции к депрессии, ипохондрии, психоастении, агрессии, отчуждению. В отношении к своей болезни у комбатантов преобладает страх стать обузой для окружающих и боязнь их неблагожелательного отношения; тревожная мнительность относительно маловероятных неудач лечения.
4. После проведения социально-психологической реабилитации, включающей применение метода гештальт-терапии, у раненых снизился уровень тревожности, агрессивности, отчуждения; повысились активность и настроение, улучшилось самочувствие; выявились тенденции снижению уровня ипохондрии, психоастении и депрессии. Также увеличилось количество испытуемых, имеющих гармонический и эргопатический типы отношения к болезни.
5. Гештальт-терапия является эффективным методом социально-психологиче­ской реабилитации военнослужащих, получивших ранения и увечья во время участия в боевых действиях на территории Чеченской республики.
6. Метод гештальт-терапии может быть использован практикующими психологами в любом учреждении медико-психолого-социальной реабилитации как для работы с ранеными, принимавшими участие в боевых действиях, так и для всех участников боевых действий.

# Заключение

Социально-психологическая реабилитация является одним из необходимых компонентов медицинской реабилитации военнослужащих, получивших ранения и увечья в ходе боевых действий.

Гештальт-терапия является одним из методов социально-психологической реабилитации. Проведенное на базе 6 Центрального военного клинического госпиталя – Всеармейского реабилитационного центра исследование эффективности использования метода гештальт-терапии в социально-психоло­гической реабилитации военнослужащих, получивших ранения в Чеченской республике, показало, что данный метод оказывает положительное влияние на индивидуально-психологические особенности раненых. Выдвинутая гипотеза подтвердилась.

Поскольку раненые находятся на лечении в госпитале длительный период, имелась возможность оценить эффективность применения метода психодрамы через шесть месяцев после первичного обследования.

В целом, результаты обследования позволяют говорить о том, что, более полное осознание себя и внешнего мира, приобретение способности сознательно выбирать свое поведение помогает раненым во многом избавиться от невротических и других болезненных симптомов. После проведения серии игр и упражнений гештальт-терапии у раненых снизился уровень тревожности, агрессивности, эмоционального дискомфорта; повысились активность и настроение, улучшилось самочувствие; снизились тенденции к ипохондрии, депрессии. Также увеличилось количество испытуемых, имеющих гармоничный тип отношения к болезни.

Участие раненых в гештальт-группах позволяет психологам решить следующие задачи психокоррекционной программы: оказать помощь раненым в осознании и эмоциональном отреагировании психотравмирующего опыта, преодолеть имеющиеся психические травмы, внутриличностные конфликты, повысить уровень адекватности самовосприятия и самооценки; снизить уровень личностной тревожности, психической напряженности, эмоциональной неустойчивости и неуверенности в себе в трудных жизненных ситуациях.

Более полное познание себя и внешнего мира, приобретение способности сознательно выбирать свое поведение, осознание и эмоциональное отреагирование ранеными военнослужащими психотравмирующего опыта позволяет им быстрее и эффективнее проходить курс лечения и реабилитации в госпитале и адаптироваться к «новой» жизни.

Практическая значимость данной работы заключается в том, что гештальт-терапия как метод социально-психологической реабилитации может быть использована и рекомендована как для работы с ранеными, принимавшими участие в боевых действиях, так и для всех участников боевых действий.

Дальнейшие исследования могут быть направлены на изучение возможности применения гештальт-терапии, в различных соотношениях с другими методами психотерапии и психической коррекции; изучению динамики развития личностных качеств комбатантов; методам реабилитации психических травм и последствий посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих, участвовавших в боевых действиях.

# Список литературы

1. Абдурахманов Р.А. Психологические трудности в общении, их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане. Дисс. канд. психол. наук. – М.: ВПА, 1994. – 223 с.
2. Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных трудов /Под ред. Иванова В.Н., Голова Ю.С., Щеголькова А.М. – Т.3. – М.: Изд. 6 ЦВКГ МО РФ,1998. – 281 с.
3. Александров А.А. Личностно-ориентированные методы психотерапии. – СПб.: Речь, 2000 – 186 с.
4. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. — М.: Медицина, 1993. - 400 с.
5. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин В.П. Психогении в экстремальных условиях — М.: Медицина, 1991 - 96 с.
6. Бассин Ф.В., Рожнов В.Е., Рожнова М.А. Психическая травма (к современному пониманию ее природы и общих принципов ее психотерапии): Руководство по психотерапии под ред. Рожнова В.Е. Ташкент, Медицина, 1979. – 192 с.
7. Белинский А.В., Иванов В.Н., Голов Ю.С., Лямин М.В. Результаты медико-психологической реабилитации участников боевых действий //Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных трудов /Под ред. Иванова В.Н., Голова Ю.С., Щеголькова А.М. – Т. 3. – М.: Изд. 6 ЦВГК МО РФ, 1998. – 281 с.
8. Березовец В.В. Социально-психологическая реабилитация ветеранов. Дисс. канд. психол. наук, М.,1997. – 165 с.
9. Боченков А.А. Основные принципы и положения системы психофизиологической реабилитации пострадавших //Вопросы психологии и физиологии труда корабельных специалистов: Материалы и тезисы докладов 2-й научно-практической конференции врачей-психофизиологов ВМФ. - СПб.: ВМФ, 1992. - 211 с.
10. Бурлачук Л.Ф. Основы психотерапии: Учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальностям «Психология» и «Социальная педагогика». – М.: Алетейа; Киев: Ника – Цент, 1999. – 317 с.
11. Василюк Ф.Е. Психотехника переживания, М., 1994. – 23 с.
12. Голов Ю.С., Иванов В.Н., Белинский А.В. Оценка эффективности мероприя­тий медико-психологической реабилитации в госпитальных условиях //Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных тру­дов /Под ред. Иванова В.Н., Голова Ю.С., Щеголькова А.М. – Т. 3. – М.: Изд. 6 ЦВГК МО РФ, 1998. – 281 с.
13. Голов Ю.С., Ситников А.Г., Иванов А.Л., Дыбов М.Д., Кожекин И.Г. Подсоз­нательная диагностика психики пациентов с применением компью­терных технологий. //Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных трудов /Под ред. Иванова В.Н., Голова Ю.С., Щеголькова А.М. – Т. 3. – М.: 6 ЦВГК МО РФ, 1998. с.205-207.
14. Групповая психотерапия /Под ред. Б.Д. Карвасарского, Ледера С. – М.: Медицина, 1990. – 384 с.
15. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности. – СПб.: Питер, 2001. – 560 с.
16. Захаров В.И., Стрельников А.А., Цыган В.Н*.* Клинико-патофизиологические особенности периода реабилитации у раненых //Общая патология боевой травмы. — СПб, 1994. — 145 c.
17. Иванов А.Л. (соавт. Голов Ю.С., Дыбов М.Д., Иванов В.Н., Белинский А.В., Марогулов Н.Л., Иванов А.Л., Созыкина И.В.) Роль рациональной и разъяснительной психотерапии в комплексных реабилитационных программах //Современные направления психотерапии и их клиническое применение. Материалы I Всероссийской конференции по психотерапии. - М.: Институт психотерапии, 1996. - С.33.
18. Иванов А.Л. Современные технологии социальной и медико-психологиче­ской реабилитации военнослужащих, получивших тяжелые ранения и увечья в Чеченской республике, в условиях Всеармейского реабилитационного центра. //Материалы Всероссийского съезда практических психологов образования 24-30 июня 2003г. М.: Управление учебных заведений Минздравмедпрома России, 2003.- с.37.
19. Иванов А.Л. Трансактный анализ в системе комплексной медико-психологической реабилитации больных кардиологического профиля в условиях Всеармейского реабилитационного центра. //Материалы III Всероссийской конференции по психотерапии. М.: Институт психотерапии, 1999.- с.60-61.
20. Иванов А.Л., Голов Ю.С., Дыбов М.Д. Опыт применения метода психодрамы в медико-психологической реабилитации военнослужащих, получивших ранения в Чеченской республике. //Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных тру­дов /Под ред. Иванова В.Н., Голова Ю.С., Щеголькова А.М. – Т. 3. – М.: Изд. 6 ЦВГК МО РФ, 1998. – с.268-270.
21. Иванов А.Л., Дыбов М.Д., Мягков Ю.А. Использование проективных методик (графических тестов) в психологической диагностике лиц, с функциональными нарушениями сексуальной сферы //Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных трудов /Под ред. Иванова В.Н., Голова Ю.С., Щеголькова А.М. – Т. 3. – М.: Изд. 6 ЦВГК МО РФ, 1998. – 281 с.
22. Иванов А.Л., Жуматий Н.В. Психологическая реабилитация военнослужащих, получивших тяжелые ранения и увечья в Чеченской республике методами психологического консультирования и психодрамы. //Материалы V Всероссийской научно-практической конференции по психотерапии и клинической психологии “Душевное здоровье человека - духовное здоровье нации“ 24-30 июня 2002 г. М.: Институт психотерапии, 2002., 318 с.- с.79
23. Иванов А.Л., Жуматий Н.В., Развитие личности военнослужащих, пострадавших в боевых действиях в Чеченской республики, в процессе их медико-психолого-социальной реабилитации. //Журнал «Развитие личности», № 1, 2004 г., 256 с., с. 133-145.
24. Иванов А.Л., Жуматий Н.В., Рубцов В.В. Психологические последствия уча­стия военнослужащих в боевых действиях в Чеченской республике и их ме­дико-психолого-социальная коррекция в условиях Всеармейского реабили­тационного центра. //Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилита­ционной работы, № 4, 2003 г., М., Консорциум «Социальное здоровье Рос­сии», с. 32-44.
25. Иванов А.Л., Жуматий Н.В., Рубцов В.В., Давлетшина М.В. Психологические последствия участия военнослужащих в боевых действиях в Чеченской республике и их медико-психолого-социальная коррекция. //Московский психотерапевтический журнал, № 4, 2003 г., 176 с., с. 146-163.
26. Иванов А.Л., Смекалкина Л.В. Психологическое сопровождение медико-социальной реабилитации инвалидов, получивших тяжелые ранения и увечья в Чеченской республике. //Материалы V Всероссийской научно-практической конференции по психотерапии и клинической психологии “Душевное здоровье человека - духовное здоровье нации“ 24-30 июня 2002 г. М.: Изд. Института психотерапии. 2002., 318 с.- с.81.
27. Иванов В.Н., Голов Ю.С., Белинский А.В., Лямин М.В., Радостева Л.В., Дыбов М.Д. Динамика психофизиологических показателей в процессе медицинской реабилитации у военнослужащих, пострадавших в ходе боевых действий в Чеченской республике //Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных трудов /Под редакцией Иванова В.Н., Голова Ю.С., Щеголькова А.М. – Т. 3. – М.: Изд. 6 ЦВГК МО РФ, 1998. – 281 с.
28. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. - Л-д: «Медицина», 1983 –210с.
29. Конторович В.А., Анцупова Г.Л*.* Гештальт-терапия как одна из форм помощи вскоре после участия в кризисной ситуации //Особенности проявления посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих - участников боевых действий и членов их семей. Стратегия психологической помощи: Сборник статей. - Ростов-на-Дону, 2001.
30. Короткова Н.В. Психологическая и медицинско-психологические особенности ветеранов. Дисс. канд. психол. наук., СПб., 2000 – 174с.
31. Кроль Л.М., Михайлова Е.Л. О том, что в зеркалах: Очерки групповой психотерапии и тренинга. – М.: Класс, 1999. – 225 с.
32. Лямин М.В. Медико-психологическая реабилитация военнослужащих, участников боевых действий в Чечне в условиях многопрофильного госпиталя. Дисс. канд. мед. наук – М.: 6 ЦВКГ, 1999. – 164 с.
33. Маклаков А.Г*.* Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослужащих: Автореф. дисс. докт. психол. наук. — СПб.: ЛГУ, 1996.— 37 с.
34. Маслоу А. Психология бытия /Пер. с англ. М.: Рефл-Бук, 1997.
35. Медицинская реабилитация раненых и больных /Под ред. Ю.Н. Шанина. – СПб.: Специальная литература, 1997. – 960 с.
36. Методы современной психотерапии: Учебное пособие для студентов вузов /Л.М. Кроль, Е.Л. Михайлова, Е.А. Пуртова и др.; сост. Л.М. Кроль, Е.А. Пуртова. – М.: Класс, 2001. – 477 с.
37. Мошкина М. В., Иванов А.Л., Иванов В.Н., Голов Ю.С., Ситников А.Г., Шев­ченко В.Ф. Применение компьютерной технологии психоанализа в пси­хологической диагностике. //Материалы I Всероссийской учебно-практиче­ской конференции по психотерапии “Современные направления психотера­пии и их клиническое применение“ 24-30 июня 1996г. М.: Управление учебных заведений Минздравмедпрома России, 1996.- с.116.
38. Наенко Н. И. Психическая напряженность.— М.: МГУ, 1976.— 112 с.
39. Наранхо К. Техники гештальт-терапии. Практическое руководство для профессионалов. СПб., 1995
40. Наследов А.Д., Тарасов С.Г. Применение математических методов в психологии: Учебное пособие. – СПб.: Изд. СПб. университета, 2001.– 208 с.
41. Новицкий А.А. Синдром хронического эколого-профессионального перенапряжения и проблемы сохранения здоровья личного состава в процессе военно-профессиональной деятельности //Труды Военно-мед. акад.- СПб., 1994.- Т. 235.- С. 8-17.
42. Основные направления современной психотерапии: Учебное пособие /Е.С. Калмыкова, Х. Кэхеле, Н.Д. Семенова и др.- М.: Когито-Центр, 2000.– 377с.
43. Основные типы психической дезадаптации у бывших воинов-интернационали­стов. Психологическая диагностика и психотерапия: Мето­дические рекомендации /Карвасарский Б.Д., Алексеева Д.А., Ташлыков В.А. и др. — Л-д, 1990. — 18 с.
44. Перлз Ф. Гештальт-подход и свидетель терапии /Пер. с англ. М. Папуш. М.: Изд. Института Психотерапии, 2003
45. Перлз Ф., Гудмен П., Хефферлин Р. Практикум по гештальт-терапии. М.: Изд. Института психотерапии, 2001
46. Пограничные нервно-психические нарушения у ветеранов войны в Афгани­стане (посттравматические стрессовые нарушения): Методические рекомен­дации /Цыганков Б. Д., Белкин А. И., Веткина В. А. и др. - М., 1992. - 16 с.
47. Польстер И., Польстер М., Интегрированная гештальт-терапия: контуры тео­рии и практики. М.: Класс, 1999
48. Попов В.Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстре­мальных воздействий. Дисс. канд. психол. наук, М., 1992. -214 с.
49. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: Учеб­ное пособие //Под ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. - СПб: Питер, 2000. - 560 с.
50. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Са­мара: Изд. Бахрах,1998 – 672 с.
51. Проблемы социальной реабилитации участников войны в Афганистане (1979 – 1989 гг.): Сб. Рос. акад. наук. М.: Институт социологии, 1995. – 139с.
52. Раневая болезнь и медицинская реабилитация. /Сборник научных трудов. — СПб.: Военно-мед. академия, Межгосударственный НИИ реабилитации участников войн, 1995. — 143 с.
53. Рейнуотер Дж. Это в ваших силах. Как стать собственным психотерапевтом: Пер. с англ. /Общ. ред. Ф.Е. Василюка. – 2 изд. – М.: Прогресс, 1993. – 240 с.
54. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека /Общ. ред. и пред. Е.И. Исениной. М.: Прогресс-Универс, 1994.
55. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии. – СПб.: Речь, 2002. – 416 с.
56. Рудестам К.Э. Групповая психотерапия. Психокоррекционная группа: теория и практика. М., Прогресс, 1993.
57. Свядощ А.М. Неврозы. - М., 1982.-336 с.
58. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб.: ООО «Речь», 2002. – 350 с.
59. Ситников А.Г., Квасовец С.В., Шевченко В.Ф., Дмитриев С.П., Иванов А.Л., Дыбов М.Д., Голов Ю.С. Неосознаваемая вербальная аудио- и визосуггестия в реабилитации военнослужащих. //Сборник научных трудов, посвященных 65-летию военного санатория Чемитоквадже “Достижения и перспективы медицинской реабилитации“. Сочи, 1999.- с.299-302.
60. Ситников А.Г., Квасовец С.В., Шевченко В.Ф., Дмитриев С.П., Иванов А.Л., Дыбов М.Д., Голов Ю.С. Неосознаваемая психодиагностика подсознания в оптимизации медицинской реабилитации раненых и больных. //Сборник научных трудов, посвященных 65-летию военного санатория Чемитоквадже “Достижения и перспективы медицинской реабилитации“. Сочи, 1999.- с.296-299.
61. Словарь практического психолога /Сост. С.Ю. Головин. – Минск: Харвест, 1998. – 800 с.
62. Снетков В. Н., Литвинцев С. В., Фастовцев Г. А*.* Стрессогенные психические расстройства у раненых //Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. - СПб.: Военно-мед. ак., 1995 - С. 79-82.
63. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003 – С. 378-479
64. Техники консультирования и психотерапии. Тексты. /Ред. И сост. У.С. Сахакиан. Пер. с англ.- М.: Апрель-пресс, изд. Эксмо-пресс, 2000. – 624 c.
65. Удинцов Е. И. Социально-гигиенические аспекты инвалидности. — М.: Медицина, 1985. — 125 с.
66. Шанин В. Ю., Стрельников А. А. Типические патологические процессы периода реабилитации после ранений и пребывания в условиях боевой обстановки //Раневая болезнь и медицинская реабилитация. - СПб.: Глаголъ, 1995. - С. 116-120.

# Приложение 1.

## Основные понятия гештальт-терапии

К основным понятиям гештальт-терапии относятся: фигура и фон, осознание и сосредоточение на настоящем, полярности, защитные функции и зрелость[[122]](#footnote-122).

**Отношение фигуры и фона.** В процессе саморегуляции здо­ровый человек из всего обилия информации выбирает ту, кото­рая для него в данный момент наиболее важна и значима. Это фигура. Остальная информация временно отодвигается на зад­ний план. Это фон. Нередко фигура и фон меняются местами.

Отношение между фигурой и фоном — одно из центральных понятий гештальт-психологии. Фредерик Перлз применил это положение к описанию функционирования личности. В его понимании фигура выступает в качестве доминирую­щей потребности, а ритмическая смена фигур и фона лежит в основе саморегуляции организма.

В качестве фигуры (гештальта) могут быть желание, чувство или мысль, которые в данный момент преобладают над всеми остальными желаниями, чувствами и мыслями. Как только по­требность удовлетворяется, гештальт завершается, теряет свою значимость и отодвигается на задний план, уступая место новому гештальту. Этот ритм формирования и завершения гешталь­тов является естественным ритмом жизнедеятельности орга­низма, посредством которого он поддерживает свой динамиче­ский баланс, или гомеостазис.

Иногда потребность удовлетворить нельзя. В таком случае ге­штальт остается незавершенным, а поэтому не может быть отре­агирован и не может уступить место другому. Такая неотреагиро­ванная потребность становится, по Перлзу, причиной многих не­завершенных проблем, которые через некоторое время начинают оказывать воздействие на текущие психические процессы. К при­меру, если человек не выразил сразу и прямо свой гнев и злобу, то в последующем эти чувства не исчезнут совсем, а будут прояв­ляться в более скрытых и коварных формах. Полная блокировка незавершенных гештальтов может привести к неврозу.

*Задача гештальт-терапевта* заключается в том, чтобы помочь пациенту осознать свою потребность, сделать ее более четкой (сформировать гештальт) и в конечном итоге — нейтрализо­вать (завершить) ее.

**Осознание и сосредоточение на настоящем.** Основным усло­вием, необходимым для того, чтобы сформировать и завершить гештальт, является способность человека осознавать себя и свою доминирующую потребность в данный момент. Осознание и сосредоточенность на потребности является важным принципом в гештальт-терапии, получившим название здесь и теперь.

«Нет ничего, — учил Перлз, — кроме того, что есть здесь и теперь. Теперь есть настоящее... Прошлого уже нет. Будущее еще не наступило».

Рассматривая организм и среду как единое целое, Перлз вме­сте с тем подчеркивал, что есть контактная граница между ин­дивидуумом и его внутренней и внешней средой. У здорового человека эта граница подвижна. Поэтому возможен как кон­такт со средой, так и отход от нее.

Контакт сопровождается формированием гештальта, от­ход — его завершением.

Движущей силой этого ритма (контакт-отход) Перлз считал иерархию потребностей. Доминирующая потребность является гештальтом, на ограничение, завершение и нейтрализацию ко­торого в данный момент направлены все усилия организма.

Для удовлетворения своих потребностей мы постоянно должны быть в контакте с зонами своего внутреннего и внеш­него мира. Мы отвечаем на свои внутренние потребности, ког­да пьем, ощущая жажду. Мы отвечаем на свои внешние потреб­ности, когда надеваем свитер, ощущая холод.

У невротиков эта саморегулирующаяся подвижность границ нарушается, и индивидуум сталкивается с конгломератом не до конца сформированных и незавершенных гештальтов.

Неврозы, считал Перлз, возникают в результате сосредоточе­ния индивидуума на средней зоне за счет исключения событий, происходящих во внутренней и внешней зонах. Эту среднюю зону Перлз называл *зоной фантазий*. Зона фантазий несет в се­бе незавершенные гештальты из прошлого, а поскольку деструк­тивная природа этих гештальтов проявляется в настоящем, то невротику трудно жить в этом настоящем. Перлз утверждал, что корни невроза лежат в тенденции фантазировать и интеллекту­ализировать там, где нужно просто осознать настоящее.

Саморегуляция организма зависит от степени осознания на­стоящего и от способности жить в полную силу *здесь и теперь*.

*Смысл гештальт-терапии* состоит не в том, чтобы исследовать прошлое в поисках замаскированных травм (как считал Фрейд), а в том, чтобы помочь пациенту сфокусироваться на осознава­нии настоящего.

Такие ключевые понятия перлзовской гештальт-терапии, как *организм как целое*, *здесь и теперь*, *«как» важнее, чем «почему»*, составляют основу и этапы осознавания. Перлз ввел и развил по­нятие континуума осознавания. Поддержание континуума (не­прерывности) осознавания кажется на первый взгляд очень про­стым. Нужно постепенно, от секунды к секунде, осознавать, что именно, какое событие в данный момент переживается. На деле это очень трудно: появляются посторонние мысли, ассоциации... и континуум прерывается.

Осознавать, по Перлзу, означает фиксировать внимание на по­стоянно возникающих и исчезающих в собственном воображе­нии фигурах. Перлз писал, что у человека существуют *три зоны осознания*: осознание себя (внутренняя зона), осознание мира (внешняя зона) и осознание того, что лежит между тобой и ми­ром (третья зона). Исследование этой третьей зоны, зоны фанта­зий, Перлз считал большой заслугой Фрейда. Однако Фрейд, по его мнению, фиксировался только на ней и недооценивал важ­ность осознания первых двух зон — себя и внешнего мира.

**Защитные функции**. В основе всех нарушений лежит ограни­чение способности индивида к поддержанию оптимального рав­новесия со средой, нарушение процесса саморегуляции организ­ма. В гештальт-терапии описываются пять наиболее часто встре­чающихся форм нарушения взаимодействия между индивидом и его окружением, при которых энергия, необходимая для удов­летворения потребностей и для развития, оказалась рассеянной или ошибочно направленной. Ими являются: интроекция, про­екция, ретрофлексия, дефлексия и слияние. Эти формы наруше­ний часто называются также сопротивлениями или защитными механизмами.

*Защитные механизмы* — это такие маневры и способы мыш­ления и поведения, к которым прибегает мозг, чтобы избавить­ся от болезненного эмоционального материала. Некоторой ана­логией понятию защитных механизмов в гештальт-терапии яв­ляется прерывание контакта со средой.

Неким универсальным способом взаимодействия человека с окружающей средой является переживание. В этом смысле чувство — это целостный сигнал об отношении потребности и среды. Для того чтобы переживать, организм должен поддер­живать в себе определенный уровень возбуждения, необходи­мый для обнаружения в среде предмета потребности. Но, к сожа­лению, человеческий организм обладает способностью не только к саморегуляции, но и к самоманипуляции. *Самоманипуляция* — способ прекратить нормальный цикл обнаружения и удовлетворения потребности. Это бывает, если человек обнаруживает бо­лезненные или запретные чувства, не обнаруживает чувств вооб­ще и, соответственно, не может сориентироваться, считает, что потребность должна удовлетворяться другими людьми, или на­правляет свои чувства и импульсы не в среду, а на себя. Избегая обнаружения этих чувств и переживаний, человек пытается как бы не опознавать сигнал светофора или дорожные знаки. Это и есть прерывание контакта со средой.

Стиль жизни человека во многом зависит от того, какие при­оритеты у него устанавливаются в его специфических способах прерывания взаимодействия со средой. Эти способы прерыва­ния контакта обычно приводят к потере функции выбора.

**Слияние** — механизм защиты, фиксированный у тех, кто не переносит различий, стараясь умерить неприятные переживания нового и чуждого. При этом нет разницы между Я и не-Я, разли­чий между фигурой и фоном, нет возникающей фигуры собст­венной потребности. Одна из проблем слияния — ненадежность основы отношений. Два человека не могут думать и чувствовать одинаково. Слияние же — это своего рода игра, в которой ско­ванные одной цепью партнеры заключили соглашение не спо­рить. Сам факт негласного договора может быть обнаружен постфактум, если один из участников нарушает установившиеся правила, а второй недоумевает, один негодует, а второй испыты­вает чувство вины. Но человек может пренебречь различиями ради важной цели. Такой шаг отличается от слияния как преры­вания контакта, поскольку сделан по собственному выбору.

При **интроекции** человек пассивно принимает то, что предла­гает среда. Он прилагает мало усилий, чтобы определить свои потребности и желания. В соответствии с перлзовской пищевой метафорой, он «проглотил» все ценности своих родителей, шко­лы и среды и ждет, что дальше в жизни все будет, как было. Ког­да мир или ситуация вокруг него начинает изменяться, он ис­пользует свою энергию не на изменение ситуации, а на поддер­жание интроецированных ценностей.

При интроекции к минимуму сводится различие между тем, что человек заглатывает целиком, и тем, чего он на самом деле хо­чет (если он вообще замечает эти отличия). Даже когда интроек­ция успешна, то есть между ней и жизнью есть согласие, человек утрачивает собственный выбор, то есть его функция выбора не работает. Нейтрализуя собственные чувства, человек избегает аг­рессии, необходимой для изменения того, что существует. Он ведет себя так, как будто все существующее незыблемо, и он должен воспринимать все как есть и ничего не менять. Из новых впечат­лений он выделяет только то, что соответствует прошлому опыту. При интроекции неприятие неизбежных различий между людь­ми на самом деле является непереносимостью агрессии, которая нужна для обновления организма. Нетерпение заставляет челове­ка немедленно все сглатывать, лень не позволяет делать работу, требующую больших усилий, жадность стремится получить все как можно больше и быстрее. Все эти тенденции ведут к интроек­ции. Когда в процессе терапии интроективный человек мобили­зует свою агрессию, он начинает остро чувствовать накопленную горечь. И это понятно, ведь он проглотил много из того, что было для него несъедобным. Для многих это позиция жертвы. В то вре­мя как горечь просто констатирует факт, агрессия побуждает к изменению. *Если интроещия — ведущий механизм прерывания контакта, пациент обычно знает только то, что он не хочет и от чего хочет избавиться.* И только потом, через бунт нежелания, научившись протестовать и освободившись от неприемлемого и чужеродного, приходит к осознаванию желания.

Следующий защитный механизм или тип прерывания кон­такта, прерывания возбуждения, направленного в среду, — **проекция**. Ее определение близко к этому же защитному механиз­му, который описан в психоанализе.

Человек прибегает к проекции, когда не может принять свои чувства и поступки, потому что не должен чувствовать и посту­пать так. Это «не должен», конечно, интроекция, и в этом смыс­ле проекция всегда «сидит» на базе какой-нибудь интроекции. Чтобы решить эту проблему, человек не признает свои собст­венные чувства и поступки, а приписывает их другим. В резуль­тате возникает разница между тем, что он знает о себе, и его ре­альными чувствами и действиями. Так, подозрение о том, что кто-то не любит его, в большинстве случаев может быть основа­но на неприятии того, что он сам так относится к другим людям. Или представления об отвержении другими могут быть проек­цией собственного неосознанного их отвержения. В проекции человек осознает импульс и осознает объект в среде, но не отож­дествляет себя со своим намерением и не осуществляет его, так что он теряет ощущение того, что это вообще его импульс. Вме­сто действия он прерывает возбуждение и стоит неподвижно, ожидая решения своих проблем извне. Однако проекция не все­гда противоречит контакту. Проецирование — это еще и нормальная человеческая реакция, с помощью которой человек уз­нает о мире. Ведь его предположения о «другом» могут быть не лишены оснований, а его деятельность во многом построена на планировании и предвидении ситуации.

Патологическим этот механизм становится тогда, когда воз­никает фиксация и теряется осознавание.

**Ретрофлексия** — это делание себе того, что человек первона­чально делал, пытался или хотел делать другим людям или с другими людьми. Энергия его возбуждения перестает направ­ляться наружу, туда, где он манипулирует людьми и объектами. Вместо этого он подставляет себя, а его личность делится на действующего и испытывающего воздействие. В психоанализе этот способ защиты описан как «обратные чувства». Это проис­ходит в результате встречи с препятствием, оказавшимся непре­одолимым. Но оно сначала *оказывается* непреодолимым, а по­том начинает *казаться* непреодолимым при фиксации этого способа прерывания контакта. Вспышки, горячность, крики или драки детей последовательно искореняются родителями. Ин­троекция «Я не должен злиться на них» направляет импульс на себя и создает ретрофлексивную оборону, поворачивая гнев на самого индивида и превращая его в вину.

Полезная функция ретрофлексии состоит в сдерживании де­структивных импульсов, временном ограничении, соответству­ющем содержанию ситуации. Однако если ретрофлексия стано­вится особенностью характера, возникает ступор из-за противо­положных стремлений человека. Тогда естественная задержка спонтанного поведения, временная и разумная, закрепляется в отказе от действия. Освобождение от ретрофлексии состоит в поиске какого-то иного, применимого к жизни, реального по­ведения, направленного в среду.

**Дефлексия** — способ снятия напряжения контакта. Это разглагольствование и вышучивание, избегание прямого взгляда на собеседника, реплики не по существу, банальности и общие фразы, минимум эмоций вместо живых реакций. Поведение че­ловека не достигает цели, оно вяло и неэффективно. Его отно­шения с людьми не приносят того, чего он больше всего ждет. Иногда такое поведение полезно, поскольку есть ситуации, вы­зывающие слишком большой накал страстей, которого следует избегать (язык дипломатии).

**Полярности**. Разные части личности действуют в разных направлениях. В этой «войне частей» применяются разные средства: одна часть может критиковать, осуждать другую, на­блюдать за ней, наказывать, а другая тем временем — саботи­ровать действия первой. Они «делят территорию» и «поселя­ются» на разных частях тела. Можно, например, наблюдать, как одна рука держит другую, или как борются разные мышцы, когда человек хочет расплакаться и сдерживает плач, бьет се­бя в грудь, порывается уйти, но остается на месте. Как и в слу­чае с другими невротическими механизмами, полярность не всегда патологична. Она проявляется в обычной ситуации, когда человек сдерживает какие-либо импульсы, но при этом действует гибко и произвольно. Автоматизм и неосознанность являются критериями невротического характера данного ме­ханизма.

**Зрелость**. Перлз определяет зрелость, или психическое здо­ровье, как способность перейти от опоры на среду и от регулиро­вания средой к опоре на себя и саморегуляцию. Для того чтобы достичь зрелости, индивидуум должен преодолеть свое стремле­ние получать поддержку из окружающего мира и найти любые источники поддержки в самом себе. Главным условием как для опоры на себя, так и для саморегуляции является состояние рав­новесия. Условием достижения этого равновесия является осо­знавание иерархии потребностей. Основной составляющей рав­новесия является ритм *контактов* и *отходов*. Саморегуляция опирающегося на себя индивидуума характеризуется свободным протеканием и отчетливым формированием гештальта. Таков, по мнению Перлза, путь к зрелости.

Если индивидуум не достиг зрелости, то он, вместо того что­бы попытаться самому удовлетворить свои потребности и брать ответственность за свои неудачи на себя, более склонен манипу­лировать своим окружением.

Зрелость наступает тогда, когда индивидуум мобилизует свои ресурсы для преодоления фрустрации и страха, возникающих из-за отсутствия поддержки со стороны окружающих. Ситуация, в которой индивидуум не может воспользоваться поддержкой окружающих и опереться на себя самого, называется тупиковой. Зрелость заключается в умении пойти на риск, чтобы выбраться из тупика. Некоторые люди, не способные (или не желающие) идти на риск, на долгое время берут на себя защитную роль «бес­помощного» или «дурачка».

Фредерик Перлз полагал, что для достижения зрелости и принятия ответственности за самого себя человек должен тщательно, как бы снимая кожуру с луковицы, проработать все свои невротические уровни.

# Приложение 2.

## Расчет t-критерия Стьюдента

Для статистической обработки данных использовался t–критерий Стьюдента, для оценки статистической значимости разности выборочных средних арифметических двух распределений первичных величин. Он вычисляется по формуле:

Х1- среднее значение контрольной группы;

Х2- среднее значение экспериментальной группы;

m – стандартная ошибка средних величин, она высчитывается по следующей формуле:

Стандартное отклонение (σ) и средние значения (X) считаются в таблице с помощью программы Excel.

 Разность средних арифметических величин, считается статистически значимым, если tкр. > или = tст.; tкр. рассчитывается в зависимости от количества испытуемых по таблице критических значений, по числу степеней свободы

N = n1 + n2-2, оно равно для выборки из 40 человек - 38. Следовательно, tкр. = 2,02 для p = 0,05, и tкр. = 2,70 для p = 0,01.

# Приложение 3.

## Описание шкал и обработка результатов по тесту ЛОБИ

*Диагностируемые типы отношений.* С помощью ЛОБИ могут быть диагностированы следующие типы отношений:

1. *Гармоничный (Г).* Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В слу­чае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации — переключение интересов на те области жизни, которые оста­нутся доступными больному. При неблагоприятном прогнозе quo ad vitam сосредоточение внимания, забот, интересов на судьбе близких, своего дела.
2. *Тревожный (Т).* Непрерывное беспокойство и мнитель­ность в отношении неблагоприятного течения болезни, возмож­ных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной инфор­мации о болезни, вероятных осложнениях, методах лечения, непрерывный поиск «авторитетов». В отличие от ипохондрии более интересуют объективные данные о болезни (результат анализов, заключения специалистов), чем собственные ощуще­ния. Поэтому предпочитают больше слушать высказывания дру­гих, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение, прежде всего, тревожное, угнетенность - вследствие этой тре­воги.
3. *Ипохондрический (И).* Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление по­стоянно рассказывать о них окружающим. На их основе пре­увеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия ле­карств. Сочетание желания лечиться и неверия в успех, требо­ваний тщательного обследования и боязни вреда и болезнен­ности процедур.
4. *Меланхолический (М).* Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидальных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.
5. *Апатический (А).* Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчине­ние процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что ранее волновало.
6. *Неврастенический (Н).* Поведение по типу «раздражи­тельной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, неблаго­приятных данных обследования. Раздражение нередко излива­ется на первого попавшегося и завершается нередко раская­нием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетер­пеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем — раскаяние за беспокойство и несдержанность.
7. *Обсессивно-фобический (О).* Тревожная мнительность, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ри­туалы.
8. *Сенситивный (С).* Чрезмерная озабоченность возмож­ным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасения, что окру­жающие станут избегать, считать неполноценным, пренебре­жительно или с опаской относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагожела­тельного отношения с их стороны в связи с этим.
9. *Эгоцентрический (Я).* «Уход в болезнь». Выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы — все должны забыть и бросить всё и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». В других людях, также требующих вни­мания и заботы, видят только «конкурентов» и относятся к ним неприязненно. Постоянное желание показать свое особое поло­жение, свою исключительность в отношении болезни.
10. *Эйфорический (Ф).* Необоснованно повышенное настрое­ние, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отно­шение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все обойдется». Желание получать от жизни все, несмотря на бо­лезнь. Легкость нарушений режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни.
11. *Анозогнозический (3).* Активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоя­тельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание «обойтись своими средст­вами».
12. *Эргопатический (Р).* «Уход от болезни в работу». Даже при тяжкой болезни и страданиях стараются во что бы то ни стало работу продолжать. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, работе отдают все время, стараются лечиться и подвергаться обследованию так, чтобы это оставляло возможность для продолжения работы.
13. *Паранойяльный (П).* Уверенность, что болезнь — резуль­тат чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекар­ствам и процедурам. Стремление приписывать возможные ос­ложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала. Обвинения и требова­ния наказаний в связи с этим.

Раскодирование результатов:

 Раскодирование удобно осуществлять с помощью графика, где по абсциссе обозначены символы типов (они в скобках даны в при­веденном описании типов), а по ординате отложены крести­ками баллы в пользу каждого из типов:

Каждый буквенный символ в графе «Баллы для раскоди­рования» соответствует 1 баллу в пользу соответствующего типа: Г - гармоничного, Т - тревожного и т. д. Два и более символа за одни выбор, например ТН, ЗФ, означают, что по од­ному баллу начисляется на каждый из этих типов. Сдвоенные символы, например ПП, РР, обозначают, что в пользу данного типа начисляется по два балла. После построения графика диагностика типа осуществляется в соответствии со следую­щими правилами:

1. Диагностироваться могут только типы, в отношении ко­торых набрано такое число баллов, которое достигает или пре­вышает минимальное диагностическое число для данного типа. Минимальные диагностические числа для разных типов неоди­наковы:

Тип отношения: ГТИМАНОСЯФЗРП

Минимальное диагностическое число: 7 4 3 3 3 3 4 3 3 5 5 6 3

1. Если минимальное диагностическое число достигнуто или превышено в отношении нескольких типов, диагностируется 2— 3 типа, где превышение наиболее велико. Если же этого сде­лать не удается, то никакой тип не диагностируется.
2. Гармоничный тип диагностируется только, если согласно правилам 1 и 2 не диагностируется никакой другой тип. В со­четаниях гармоничный тип не диагностируется.

# Приложение 4.

## Описание шкал по методике СМОЛ

*Шкала лжи (L)* – оценивает искренность испытуемого;

*Шкала достоверности (F)* – выявляет недостоверные ответы, чем больше значение по этой шкале, тем менее достоверны результаты.

*Шкала коррекции (К)* – сглаживает искажения, вносимые чрезмерной осторожностью и контролем испытуемого во время тестирования. Высокие показатели по этой шкале говорят о неосознанном контроле поведения. Шкала (К) используется для коррекции базисных шкал, которые зависят от ее величины.

Базисные шкалы:

1. *Ипохондрии (Hs)* – «близость» испытуемого к астено-невротическому типу. Испытуемые с высокими оценками медлительны, пассивны, принимают все на веру, покорны к власти, медленно приспосабливаются, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных конфликтах.
2. *Депрессии (D)* – Высокие оценки имеют чувствительные, сензитивные лица, склонные к тревогам, робкие, застенчивые. В делах они старательны, добросовестны, высокоморальны и обязательны, но не способны принять решение самостоятельно, нет уверенности в себе, при малейших неудачах они впадают в отчаяние.
3. *Истерии (Hy)* – выявляет лиц, склонных к неврологическим защитным реакциям конверсионного типа. Они используют симптомы соматического заболевания как средство избегания ответственности. Все проблемы разрешаются уходом в болезнь. Главной особенностью таких людей является стремление казаться больше, значительнее, чем есть на самом деле, стремление обратить на себя внимание во что бы то ни стало, жажда восхищения. Чувства таких людей поверхностны и интересы не глубоки.
4. *Психопатии (Pd)* – Высокие оценки по этой шкале свидетельствуют о социальной дезадаптации. Такие люди агрессивны, конфликтны, пренебрегают социальными нормами, ценностями. Настроение у них неустойчивое, они обидчивы, возбудимы и чувствительны. Возможен временный подъем по этой шкале, вызванный какой-нибудь причиной.
5. *Паранойяльности (Pa)* – Основная черта людей с высокими показателями по этой шкале – склонность к формированию сверхценных идей. Это люди односторонние, агрессивные и злопамятные. Кто не согласен с ними, кто думает иначе, тот или глупый человек, или враг. Свои взгляды они активно насаждают, поэтому имеют частные конфликты с окружающими. Собственные малейшие удачи они всегда переоценивают.
6. *Психоастении (Рt)* – Диагностирует лиц с тревожно-мнительным типом характера, которым свойственны тревожность, боязливость. Нерешительность, постоянные сомнения.
7. *Шизоидности (Se)* – Лицам с высокими показателями по этой шкале свойственен шизоидный тип поведения. Они способны тонко чувствовать и воспринимать абстрактные образы, но повседневные радости и горести не вызывают у них эмоционального отклика. Таким образом, общей чертой шизоидного типа является сочетание повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях.
8. *Гипомании (Ma)* – Для лиц с высокими оценками по этой шкале характерно приподнятое настроение независимо от обстоятельств. Они активны, деятельны, энергичны и жизнерадостны. Они любят работу с частыми переменами, охотно контактируют с людьми, однако интересы их поверхностны и неустойчивы, им не хватает выдержки и настойчивости.

# Приложение 5.

## Результаты обследования испытуемых по методике САН

|  |
| --- |
| *Контрольная группа (до и после реабилитации)* |
| **№ исп.** | **Самочувствие** | **Активность** | **Настроение** |
| **до** | **после** | **до** | **после** | **до** | **после** |
| 1 | 5,3 | 4,6 | 4,6 | 5,0 | 4,8 | 5,5 |
| 2 | 5,1 | 4,1 | 5,3 | 4,4 | 5,5 | 4,9 |
| 3 | 3,2 | 5,4 | 3,4 | 5,7 | 3,9 | 6,3 |
| 4 | 4,4 | 4,9 | 4,8 | 4,3 | 5,3 | 3,9 |
| 5 | 3,9 | 3,9 | 4,2 | 3,5 | 4,6 | 4,2 |
| 6 | 4,5 | 3,6 | 4,7 | 3,9 | 4,9 | 4,1 |
| 7 | 3,9 | 4,2 | 5,1 | 4,7 | 4,9 | 5,3 |
| 8 | 5,2 | 4,1 | 5,6 | 4,3 | 6,0 | 5,3 |
| 9 | 4,7 | 3,1 | 4,1 | 3,6 | 3,7 | 2,6 |
| 10 | 3,5 | 4,7 | 3,3 | 3,9 | 3,9 | 3,1 |
| 11 | 3,5 | 4,3 | 3,7 | 4,2 | 3,9 | 5,9 |
| 12 | 4,0 | 3,7 | 4,5 | 3,9 | 5,2 | 4,1 |
| 13 | 3,9 | 4,8 | 4,0 | 4,7 | 5,1 | 5,4 |
| 14 | 2,2 | 5,0 | 2,0 | 5,6 | 2,2 | 5,1 |
| 15 | 5,0 | 4,5 | 3,8 | 6,0 | 3,7 | 4,9 |
| 16 | 4,9 | 5,0 | 2,5 | 2,9 | 5,9 | 5,7 |
| 17 | 2,8 | 3,1 | 4,3 | 4,8 | 3,8 | 4,0 |
| 18 | 3,4 | 3,5 | 4,6 | 4,7 | 2,5 | 2,9 |
| 19 | 5,2 | 5,3 | 5,9 | 6,0 | 4,7 | 5,1 |
| 20 | 4,4 | 4,6 | 3,6 | 3,9 | 5,4 | 5,6 |
| **Ср. знач.** | **4,15** | **4,32** | **4,2** | **4,50** | **4,5** | **4,70** |
| *Экспериментальная группа (до и после реабилитации)* |
| **№ исп.** | **Самочувствие** | **Активность** | **Настроение** |
| **до** | **после** | **до** | **после** | **до** | **после** |
| 1 | 4,3 | 4,6 | 3,0 | 5,9 | 4,6 | 5,9 |
| 2 | 3,8 | 4,7 | 5,5 | 5,0 | 5,4 | 5,5 |
| 3 | 3,0 | 5,4 | 4,4 | 4,8 | 2,6 | 5,4 |
| 4 | 3,1 | 5,0 | 3,6 | 5,2 | 3,8 | 6,0 |
| 5 | 4,2 | 5,2 | 3,5 | 5,3 | 4,6 | 5,6 |
| 6 | 3,8 | 5,5 | 4,0 | 5,9 | 4,2 | 5,9 |
| 7 | 4,1 | 4,9 | 3,9 | 5,3 | 4,8 | 5,7 |
| 8 | 3,2 | 4,5 | 3,4 | 4,9 | 3,5 | 5,5 |
| 9 | 3,9 | 5,5 | 3,3 | 5,8 | 3,5 | 6,2 |
| 10 | 4,7 | 4,9 | 5,1 | 5,3 | 5,2 | 6,1 |
| 11 | 3,8 | 4,6 | 4,1 | 4,7 | 3,9 | 4,4 |
| 12 | 3,7 | 5,4 | 5,0 | 5,8 | 4,0 | 5,9 |
| 13 | 4,6 | 5,0 | 3,7 | 5,5 | 3,9 | 5,8 |
| 14 | 5,8 | 5,7 | 3,5 | 5,7 | 5,3 | 5,3 |
| 15 | 5,2 | 5,6 | 5,5 | 5,0 | 5,4 | 6,0 |
| 16 | 3,9 | 4,9 | 5,0 | 6,0 | 4,9 | 5,9 |
| 17 | 4,3 | 5,2 | 2,5 | 4,6 | 5,3 | 5,9 |
| 18 | 2,8 | 4,5 | 3,8 | 4,8 | 3,9 | 5,5 |
| 19 | 4,8 | 5,1 | 5,2 | 5,2 | 3,2 | 5,6 |
| 20 | 4,6 | 5,6 | 4.0 | 5,7 | 4,2 | 5,7 |
| **Ср. знач.** | **4,08** | **5,09** | **4,11** | **5,32** | **4,31** | **5,69** |

# Приложение 6.

## Результаты обследования испытуемых

## по методике диагностики самооценки уровня тревожности

## Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина до и после реабилитации

|  |
| --- |
| *Контрольная группа* |
| № испытуемого | **Личностная тревожность** | **Реактивная тревожность** |
| До реабилитации | После реабилитации | До реабилитации | После реабилитации |
| 1 | 39 | 38 | 46 | 44 |
| 2 | 37 | 37 | 49 | 48 |
| 3 | 42 | 39 | 50 | 47 |
| 4 | 29 | 29 | 39 | 39 |
| 5 | 36 | 36 | 44 | 43 |
| 6 | 37 | 37 | 37 | 36 |
| 7 | 27 | 27 | 36 | 36 |
| 8 | 48 | 44 | 56 | 54 |
| 9 | 42 | 42 | 48 | 48 |
| 10 | 32 | 32 | 45 | 45 |
| 11 | 38 | 38 | 49 | 49 |
| 12 | 34 | 35 | 38 | 38 |
| 13 | 31 | 31 | 44 | 42 |
| 14 | 28 | 28 | 38 | 38 |
| 15 | 45 | 41 | 58 | 56 |
| 16 | 47 | 46 | 52 | 51 |
| 17 | 30 | 28 | 47 | 47 |
| 18 | 38 | 36 | 45 | 44 |
| 19 | 28 | 26 | 50 | 50 |
| 20 | 42 | 42 | 51 | 49 |
| **Сред. значение** | **36,5** | **35,6** | **46,1** | **45,2** |
| *Экспериментальная группа* |
| № испытуемого | **Личностная тревожность** | **Реактивная тревожность** |
| До реабилитации | После реабилитации | До реабилитации | После реабилитации |
| 1 | 38 | 31 | 47 | 44 |
| 2 | 33 | 33 | 52 | 43 |
| 3 | 41 | 37 | 46 | 42 |
| 4 | 48 | 34 | 52 | 43 |
| 5 | 27 | 29 | 38 | 36 |
| 6 | 36 | 31 | 44 | 43 |
| 7 | 35 | 30 | 42 | 41 |
| 8 | 43 | 41 | 47 | 38 |
| 9 | 35 | 35 | 48 | 42 |
| 10 | 37 | 36 | 42 | 36 |
| 11 | 40 | 38 | 46 | 40 |
| 12 | 36 | 36 | 50 | 42 |
| 13 | 38 | 37 | 46 | 47 |
| 14 | 30 | 38 | 39 | 35 |
| 15 | 28 | 33 | 44 | 34 |
| 16 | 44 | 40 | 49 | 39 |
| 17 | 32 | 34 | 46 | 40 |
| 18 | 35 | 32 | 51 | 47 |
| 19 | 40 | 39 | 49 | 39 |
| 20 | 36 | 31 | 50 | 41 |
| **Сред. значение** | **36,6** | **34,8** | **46,4** | **40,6** |

# Приложение 7.

## Результаты обследования испытуемых по методике ЛОБИ

## до и после реабилитации

*Контрольная группа (до реабилитации)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | **Г** | **Т** | **И** | **М** | **А** | **Н** | **О** | **С** | **Я** | **Ф** | **З** | **Р** | **П** |
| 1 | 17 | 0 | 3 | 2 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 5 | 6 | 1 |
| 2 | 7 | 4 | 5 | 2 | 2 | 3 | 1 | 21 | 5 | 3 | 8 | 6 | 2 |
| 3 | 10 | 3 | 15 | 13 | 9 | 17 | 12 | 12 | 3 | 12 | 5 | 4 | 12 |
| 4 | 12 | 3 | 3 | 0 | 0 | 5 | 26 | 3 | 7 | 12 | 0 | 24 | 6 |
| 5 | 1 | 21 | 19 | 12 | 9 | 19 | 12 | 12 | 23 | 4 | 2 | 4 | 16 |
| 6 | 21 | 2 | 7 | 0 | 1 | 3 | 4 | 2 | 3 | 5 | 5 | 3 | 3 |
| 7 | 4 | 26 | 21 | 15 | 16 | 15 | 17 | 18 | 3 | 17 | 0 | 3 | 12 |
| 8 | 0 | 0 | 3 | 0 | 0 | 2 | 18 | 20 | 7 | 18 | 26 | 28 | 1 |
| 9 | 0 | 4 | 16 | 3 | 5 | 5 | 15 | 13 | 14 | 13 | 0 | 0 | 5 |
| 10 | 15 | 17 | 14 | 0 | 1 | 0 | 10 | 10 | 7 | 10 | 0 | 0 | 12 |
| 11 | 3 | 21 | 20 | 11 | 12 | 16 | 8 | 19 | 14 | 19 | 3 | 5 | 11 |
| 12 | 0 | 23 | 10 | 0 | 0 | 3 | 17 | 13 | 19 | 13 | 0 | 0 | 4 |
| 13 | 0 | 4 | 3 | 3 | 5 | 0 | 27 | 27 | 11 | 3 | 26 | 0 | 7 |
| 14 | 17 | 5 | 7 | 0 | 0 | 9 | 22 | 24 | 2 | 22 | 11 | 11 | 7 |
| 15 | 0 | 9 | 4 | 5 | 15 | 12 | 9 | 14 | 7 | 11 | 0 | 0 | 3 |
| 16 | 10 | 8 | 3 | 9 | 5 | 17 | 24 | 25 | 6 | 26 | 17 | 0 | 2 |
| 17 | 3 | 20 | 5 | 0 | 2 | 0 | 15 | 26 | 19 | 12 | 8 | 20 | 7 |
| 18 | 0 | 4 | 18 | 11 | 9 | 2 | 19 | 9 | 17 | 4 | 15 | 13 | 4 |
| 19 | 8 | 17 | 13 | 0 | 0 | 0 | 22 | 16 | 7 | 10 | 10 | 10 | 7 |
| 20 | 0 | 24 | 11 | 6 | 10 | 0 | 26 | 19 | 22 | 5 | 8 | 15 | 14 |
| **Ср. знач.** | **6,4** | **10,8** | **10** | **4,6** | **5,3** | **6,5** | **15,3** | **15,3** | **9,9** | **11,1** | **7,3** | **7,6** | **6,8** |

*Контрольная группа (после реабилитации)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Г** | **Т** | **И** | **М** | **А** | **Н** | **О** | **С** | **Я** | **Ф** | **З** | **Р** | **П** |
| 1 | 17 | 0 | 3 | 2 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 3 | 4 | 4 | 1 |
| 2 | 8 | 2 | 5 | 1 | 2 | 5 | 5 | 18 | 4 | 3 | 6 | 5 | 2 |
| 3 | 11 | 1 | 15 | 13 | 9 | 17 | 14 | 11 | 3 | 12 | 3 | 3 | 12 |
| 4 | 12 | 2 | 3 | 0 | 0 | 5 | 23 | 5 | 7 | 12 | 0 | 22 | 6 |
| 5 | 2 | 20 | 19 | 12 | 9 | 19 | 11 | 10 | 22 | 4 | 2 | 4 | 16 |
| 6 | 21 | 2 | 7 | 0 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 5 | 3 | 2 | 3 |
| 7 | 4 | 24 | 21 | 17 | 16 | 19 | 16 | 15 | 3 | 17 | 0 | 5 | 12 |
| 8 | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | 2 | 18 | 19 | 6 | 18 | 23 | 24 | 1 |
| 9 | 2 | 3 | 16 | 3 | 5 | 8 | 13 | 10 | 12 | 13 | 0 | 0 | 5 |
| 10 | 17 | 17 | 14 | 0 | 1 | 3 | 9 | 8 | 6 | 10 | 0 | 0 | 12 |
| 11 | 2 | 15 | 20 | 11 | 12 | 18 | 6 | 17 | 12 | 19 | 3 | 5 | 11 |
| 12 | 0 | 22 | 10 | 0 | 0 | 5 | 15 | 12 | 19 | 13 | 0 | 0 | 4 |
| 13 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 3 | 24 | 25 | 11 | 3 | 23 | 0 | 7 |
| 14 | 21 | 5 | 7 | 0 | 0 | 9 | 23 | 25 | 0 | 22 | 11 | 9 | 7 |
| 15 | 0 | 9 | 4 | 5 | 15 | 11 | 6 | 15 | 1 | 12 | 0 | 6 | 3 |
| 16 | 12 | 5 | 2 | 8 | 5 | 19 | 26 | 23 | 3 | 24 | 14 | 0 | 2 |
| 17 | 3 | 19 | 6 | 0 | 2 | 0 | 17 | 26 | 15 | 12 | 6 | 18 | 7 |
| 18 | 1 | 2 | 18 | 11 | 9 | 4 | 16 | 10 | 14 | 4 | 12 | 11 | 4 |
| 19 | 10 | 17 | 13 | 0 | 0 | 0 | 23 | 19 | 4 | 10 | 7 | 9 | 7 |
| 20 | 0 | 20 | 11 | 6 | 10 | 2 | 24 | 21 | 19 | 5 | 5 | 13 | 14 |
| **Ср. знач.** | **7,4** | **9,4** | **10** | **4,6** | **5,3** | **7,8** | **14,8** | **14,7** | **8,2** | **11,1** | **6,1** | **7** | **6,8** |

*Экспериментальная группа (до реабилитации)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Г** | **Т** | **И** | **М** | **А** | **Н** | **О** | **С** | **Я** | **Ф** | **З** | **Р** | **П** |
| 1 | 14 | 12 | 3 | 2 | 5 | 3 | 5 | 12 | 2 | 3 | 5 | 3 | 1 |
| 2 | 0 | 8 | 5 | 2 | 2 | 4 | 24 | 21 | 3 | 3 | 26 | 6 | 2 |
| 3 | 2 | 11 | 15 | 13 | 9 | 17 | 0 | 12 | 4 | 12 | 5 | 4 | 12 |
| 4 | 4 | 26 | 21 | 18 | 16 | 19 | 17 | 17 | 17 | 14 | 0 | 3 | 12 |
| 5 | 1 | 21 | 19 | 8 | 9 | 19 | 12 | 12 | 22 | 4 | 2 | 0 | 16 |
| 6 | 21 | 2 | 7 | 0 | 12 | 5 | 5 | 2 | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 |
| 7 | 0 | 12 | 5 | 18 | 14 | 3 | 14 | 12 | 2 | 5 | 1 | 2 | 0 |
| 8 | 0 | 22 | 3 | 0 | 5 | 2 | 20 | 5 | 7 | 12 | 12 | 5 | 1 |
| 9 | 0 | 4 | 16 | 3 | 5 | 5 | 13 | 13 | 14 | 13 | 0 | 1 | 5 |
| 10 | 15 | 17 | 14 | 0 | 1 | 0 | 0 | 10 | 7 | 4 | 0 | 2 | 12 |
| 11 | 3 | 21 | 13 | 11 | 12 | 16 | 22 | 17 | 2 | 19 | 3 | 4 | 11 |
| 12 | 0 | 26 | 10 | 0 | 0 | 3 | 13 | 13 | 19 | 13 | 0 | 0 | 4 |
| 13 | 0 | 4 | 3 | 4 | 5 | 3 | 14 | 27 | 11 | 14 | 24 | 1 | 5 |
| 14 | 21 | 5 | 7 | 2 | 0 | 9 | 22 | 22 | 2 | 3 | 11 | 8 | 7 |
| 15 | 21 | 4 | 3 | 0 | 0 | 4 | 5 | 3 | 2 | 3 | 2 | 5 | 0 |
| 16 | 12 | 8 | 3 | 9 | 5 | 14 | 24 | 25 | 6 | 16 | 17 | 0 | 2 |
| 17 | 8 | 20 | 6 | 0 | 2 | 2 | 0 | 26 | 19 | 12 | 8 | 8 | 8 |
| 18 | 0 | 4 | 18 | 12 | 9 | 12 | 19 | 9 | 9 | 4 | 11 | 0 | 4 |
| 19 | 14 | 15 | 13 | 0 | 0 | 2 | 22 | 16 | 11 | 12 | 10 | 10 | 7 |
| 20 | 0 | 18 | 10 | 12 | 15 | 10 | 26 | 19 | 20 | 5 | 0 | 3 | 12 |
| **Ср. знач.** | **6,8** | **13** | **9,7** | **5,7** | **6,3** | **7,6** | **13,9** | **14,7** | **9,1** | **8,7** | **7,1** | **3,4** | **6,2** |

*Экспериментальная группа (после реабилитации)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Г** | **Т** | **И** | **М** | **А** | **Н** | **О** | **С** | **Я** | **Ф** | **З** | **Р** | **П** |
| 1 | 14 | 8 | 3 | 2 | 5 | 3 | 5 | 12 | 2 | 5 | 5 | 8 | 1 |
| 2 | 0 | 3 | 5 | 2 | 2 | 4 | 15 | 16 | 3 | 3 | 18 | 12 | 2 |
| 3 | 2 | 11 | 14 | 8 | 9 | 17 | 12 | 6 | 14 | 12 | 5 | 11 | 7 |
| 4 | 11 | 2 | 6 | 3 | 2 | 9 | 4 | 3 | 3 | 3 | 6 | 5 | 3 |
| 5 | 12 | 4 | 19 | 3 | 9 | 13 | 3 | 3 | 18 | 4 | 7 | 15 | 4 |
| 6 | 21 | 4 | 2 | 5 | 3 | 2 | 5 | 2 | 3 | 3 | 5 | 6 | 3 |
| 7 | 3 | 12 | 6 | 3 | 0 | 3 | 4 | 3 | 2 | 5 | 8 | 11 | 1 |
| 8 | 11 | 7 | 3 | 1 | 3 | 2 | 4 | 5 | 7 | 12 | 1 | 5 | 1 |
| 9 | 0 | 4 | 16 | 3 | 5 | 5 | 13 | 7 | 14 | 13 | 0 | 9 | 1 |
| 10 | 15 | 3 | 14 | 0 | 1 | 2 | 7 | 7 | 3 | 10 | 0 | 18 | 3 |
| 11 | 14 | 3 | 3 | 3 | 2 | 6 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 6 | 2 |
| 12 | 6 | 20 | 10 | 0 | 0 | 3 | 13 | 13 | 16 | 13 | 0 | 7 | 4 |
| 13 | 1 | 4 | 3 | 3 | 5 | 5 | 14 | 15 | 10 | 14 | 20 | 7 | 7 |
| 14 | 21 | 4 | 3 | 0 | 0 | 2 | 4 | 3 | 2 | 5 | 5 | 1 | 3 |
| 15 | 21 | 2 | 3 | 0 | 0 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 6 | 1 |
| 16 | 12 | 3 | 3 | 5 | 5 | 8 | 14 | 20 | 3 | 8 | 11 | 0 | 2 |
| 17 | 15 | 15 | 4 | 0 | 2 | 2 | 10 | 17 | 13 | 12 | 6 | 18 | 5 |
| 18 | 0 | 2 | 11 | 7 | 5 | 4 | 14 | 7 | 7 | 4 | 12 | 11 | 4 |
| 19 | 10 | 8 | 10 | 0 | 0 | 2 | 7 | 12 | 4 | 6 | 10 | 9 | 4 |
| 20 | 17 | 13 | 8 | 6 | 6 | 2 | 17 | 16 | 13 | 5 | 0 | 13 | 6 |
| **Ср. знач.** | **10,3** | **6,6** | **7,3** | **2,7** | **3,2** | **4,9** | **8,6** | **8,6** | **7,1** | **7,1** | **6,3** | **8,9** | **3,2** |

# Приложение 8.

## Результаты обследования испытуемых по методике СМОЛ

## до и после реабилитации

*Контрольная группа (до реабилитации)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ исп.** | **L** | **F** | **K** | **Hs** | **D** | **Hy** | **Pd** | **Pa** | **Pt** | **Se** | **Ma** |
| 1 | 38 | 42 | 51 | 65 | 59 | 53 | 54 | 38 | 63 | 46 | 43 |
| 2 | 46 | 45 | 56 | 52 | 62 | 51 | 45 | 44 | 55 | 45 | 60 |
| 3 | 38 | 47 | 59 | 57 | 73 | 55 | 55 | 67 | 75 | 71 | 63 |
| 4 | 49 | 45 | 58 | 58 | 48 | 48 | 52 | 44 | 67 | 52 | 50 |
| 5 | 46 | 39 | 59 | 65 | 72 | 61 | 65 | 61 | 75 | 60 | 52 |
| 6 | 42 | 41 | 60 | 46 | 46 | 65 | 37 | 41 | 44 | 72 | 35 |
| 7 | 38 | 40 | 59 | 60 | 53 | 55 | 55 | 67 | 75 | 71 | 63 |
| 8 | 46 | 48 | 53 | 59 | 59 | 48 | 50 | 44 | 51 | 49 | 49 |
| 9 | 41 | 47 | 54 | 55 | 70 | 46 | 61 | 38 | 57 | 48 | 54 |
| 10 | 38 | 46 | 50 | 68 | 46 | 54 | 45 | 44 | 47 | 49 | 49 |
| 11 | 38 | 45 | 51 | 65 | 57 | 53 | 54 | 38 | 53 | 45 | 43 |
| 12 | 50 | 48 | 57 | 62 | 61 | 57 | 36 | 49 | 59 | 45 | 40 |
| 13 | 54 | 39 | 55 | 45 | 50 | 52 | 27 | 46 | 40 | 36 | 57 |
| 14 | 38 | 50 | 51 | 68 | 72 | 58 | 75 | 67 | 75 | 72 | 55 |
| 15 | 46 | 48 | 45 | 52 | 67 | 46 | 42 | 70 | 53 | 49 | 56 |
| 16 | 40 | 45 | 56 | 66 | 59 | 53 | 54 | 38 | 53 | 45 | 43 |
| 17 | 54 | 47 | 50 | 62 | 61 | 60 | 36 | 49 | 59 | 49 | 35 |
| 18 | 54 | 47 | 60 | 47 | 50 | 52 | 25 | 46 | 55 | 55 | 57 |
| 19 | 38 | 46 | 51 | 66 | 72 | 57 | 75 | 67 | 75 | 72 | 60 |
| 20 | 46 | 43 | 47 | 52 | 67 | 46 | 57 | 56 | 53 | 49 | 56 |
| **Ср. знач.** | **44** | **44,9** | **54,1** | **58,5** | **60,2** | **53,5** | **50** | **50,7** | **59,2** | **54** | **51** |

*Контрольная группа (после реабилитации)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ исп.** | **L**  | **F**  | **K** | **Hs** | **D** | **Hy** | **Pd** | **Pa** | **Pt** | **Se** | **Ma** |
| 1 | 40 | 42 | 50 | 63 | 57 | 48 | 54 | 40 | 63 | 48 | 44 |
| 2 | 45 | 46 | 51 | 52 | 60 | 51 | 43 | 40 | 55 | 47 | 56 |
| 3 | 38 | 49 | 54 | 52 | 73 | 49 | 55 | 65 | 75 | 68 | 59 |
| 4 | 50 | 45 | 59 | 58 | 49 | 46 | 52 | 45 | 67 | 54 | 50 |
| 5 | 42 | 45 | 55 | 62 | 70 | 57 | 63 | 55 | 72 | 57 | 52 |
| 6 | 50 | 39 | 58 | 46 | 46 | 58 | 46 | 41 | 41 | 72 | 35 |
| 7 | 47 | 45 | 55 | 60 | 64 | 55 | 55 | 66 | 70 | 71 | 63 |
| 8 | 44 | 48 | 45 | 57 | 56 | 45 | 50 | 44 | 51 | 53 | 61 |
| 9 | 46 | 47 | 54 | 50 | 71 | 48 | 61 | 38 | 57 | 50 | 50 |
| 10 | 49 | 46 | 46 | 66 | 48 | 50 | 45 | 44 | 47 | 49 | 49 |
| 11 | 40 | 46 | 49 | 65 | 55 | 49 | 54 | 38 | 53 | 48 | 43 |
| 12 | 56 | 48 | 55 | 60 | 60 | 55 | 36 | 49 | 59 | 47 | 38 |
| 13 | 52 | 50 | 49 | 45 | 52 | 53 | 28 | 46 | 44 | 40 | 57 |
| 14 | 42 | 48 | 56 | 65 | 69 | 64 | 74 | 66 | 74 | 72 | 49 |
| 15 | 44 | 49 | 55 | 52 | 66 | 47 | 43 | 65 | 54 | 45 | 56 |
| 16 | 41 | 45 | 51 | 64 | 59 | 53 | 54 | 38 | 53 | 46 | 43 |
| 17 | 52 | 47 | 50 | 59 | 61 | 55 | 37 | 49 | 59 | 45 | 38 |
| 18 | 54 | 47 | 38 | 45 | 50 | 52 | 32 | 46 | 44 | 38 | 57 |
| 19 | 38 | 49 | 51 | 63 | 70 | 63 | 73 | 66 | 75 | 72 | 60 |
| 20 | 46 | 45 | 53 | 52 | 66 | 46 | 43 | 67 | 53 | 50 | 56 |
| **Ср. знач.** | **45,8** | **46,3** | **51,7** | **56,8** | **60,1** | **52,2** | **49,9** | **50,4** | **58,3** | **53,6** | **50,8** |

*Экспериментальная группа (до реабилитации)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ исп.** | **L**  | **F**  | **K** | **Hs** | **D** | **Hy** | **Pd** | **Pa** | **Pt** | **Se** | **Ma** |
| 1 | 39 | 46 | 48 | 59 | 55 | 54 | 42 | 54 | 55 | 44 | 49 |
| 2 | 49 | 39 | 52 | 62 | 61 | 46 | 44 | 48 | 44 | 47 | 46 |
| 3 | 41 | 51 | 55 | 66 | 66 | 55 | 57 | 58 | 69 | 61 | 38 |
| 4 | 53 | 43 | 58 | 62 | 72 | 58 | 60 | 69 | 75 | 70 | 39 |
| 5 | 38 | 41 | 57 | 58 | 51 | 65 | 64 | 64 | 65 | 46 | 55 |
| 6 | 50 | 46 | 58 | 62 | 58 | 54 | 50 | 40 | 44 | 59 | 60 |
| 7 | 42 | 39 | 57 | 64 | 55 | 52 | 58 | 52 | 65 | 67 | 53 |
| 8 | 47 | 50 | 56 | 60 | 60 | 56 | 44 | 58 | 70 | 70 | 52 |
| 9 | 46 | 45 | 54 | 59 | 54 | 48 | 46 | 62 | 48 | 47 | 62 |
| 10 | 38 | 48 | 47 | 65 | 58 | 59 | 44 | 45 | 57 | 49 | 59 |
| 11 | 54 | 40 | 52 | 65 | 72 | 50 | 55 | 60 | 64 | 68 | 40 |
| 12 | 41 | 45 | 46 | 58 | 46 | 55 | 47 | 38 | 44 | 56 | 52 |
| 13 | 47 | 40 | 58 | 50 | 52 | 49 | 32 | 39 | 49 | 44 | 60 |
| 14 | 40 | 44 | 57 | 46 | 50 | 58 | 38 | 38 | 44 | 49 | 44 |
| 15 | 38 | 49 | 43 | 59 | 49 | 46 | 40 | 40 | 45 | 39 | 48 |
| 16 | 39 | 47 | 51 | 65 | 57 | 53 | 39 | 54 | 53 | 45 | 43 |
| 17 | 43 | 46 | 50 | 62 | 59 | 51 | 49 | 38 | 59 | 54 | 38 |
| 18 | 51 | 41 | 59 | 45 | 48 | 52 | 46 | 39 | 44 | 36 | 57 |
| 19 | 39 | 39 | 51 | 66 | 72 | 65 | 52 | 70 | 75 | 72 | 60 |
| 20 | 46 | 45 | 49 | 52 | 65 | 46 | 70 | 42 | 53 | 49 | 53 |
| **Ср. знач.** | **44,1** | **44,2** | **52,9** | **59,3** | **58,0** | **53,6** | **48,9** | **50,4** | **56,1** | **53,6** | **50,4** |

*Экспериментальная группа (после реабилитации)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ исп.** | **L**  | **F**  | **K** | **Hs** | **D** | **Hy** | **Pd** | **Pa** | **Pt** | **Se** | **Ma** |
| 1 | 38 | 44 | 45 | 49 | 46 | 49 | 54 | 42 | 46 | 36 | 45 |
| 2 | 45 | 48 | 49 | 53 | 50 | 57 | 48 | 34 | 44 | 62 | 43 |
| 3 | 52 | 50 | 55 | 58 | 60 | 52 | 58 | 48 | 49 | 57 | 38 |
| 4 | 49 | 46 | 54 | 45 | 59 | 48 | 60 | 45 | 47 | 49 | 39 |
| 5 | 40 | 41 | 54 | 52 | 56 | 46 | 64 | 56 | 55 | 46 | 55 |
| 6 | 46 | 42 | 60 | 48 | 45 | 52 | 40 | 50 | 44 | 57 | 60 |
| 7 | 42 | 51 | 45 | 55 | 50 | 47 | 52 | 49 | 50 | 45 | 53 |
| 8 | 49 | 50 | 49 | 45 | 49 | 51 | 28 | 44 | 46 | 59 | 52 |
| 9 | 39 | 47 | 55 | 47 | 52 | 46 | 62 | 46 | 48 | 47 | 62 |
| 10 | 41 | 46 | 42 | 57 | 54 | 53 | 45 | 38 | 57 | 54 | 56 |
| 11 | 46 | 45 | 56 | 45 | 46 | 51 | 60 | 44 | 44 | 60 | 40 |
| 12 | 56 | 49 | 52 | 59 | 46 | 49 | 34 | 47 | 47 | 56 | 51 |
| 13 | 42 | 47 | 55 | 46 | 53 | 46 | 32 | 50 | 49 | 48 | 60 |
| 14 | 41 | 46 | 47 | 45 | 46 | 53 | 28 | 39 | 44 | 44 | 44 |
| 15 | 40 | 40 | 40 | 50 | 46 | 59 | 40 | 42 | 45 | 59 | 36 |
| 16 | 38 | 45 | 51 | 56 | 59 | 52 | 54 | 38 | 53 | 45 | 43 |
| 17 | 54 | 50 | 56 | 60 | 57 | 47 | 36 | 45 | 59 | 45 | 38 |
| 18 | 54 | 47 | 55 | 45 | 50 | 46 | 35 | 42 | 44 | 46 | 55 |
| 19 | 38 | 49 | 51 | 58 | 55 | 48 | 70 | 64 | 45 | 61 | 58 |
| 20 | 46 | 45 | 39 | 51 | 59 | 46 | 64 | 65 | 51 | 49 | 54 |
| **Ср. знач.** | **44,8** | **46,4** | **50,5** | **51,2** | **51,9** | **49,9** | **48,2** | **46,4** | **48,4** | **51,5** | **49,3** |

1. *Боченков А. А.* Основные принципы и положения системы психофизиологической реабилитации пострадавших //Вопр. психологии и физиологии труда корабельных специалистов: Материалы и тезисы докладов 2-й научно-практической конференции врачей-психофизиологов ВМФ. — СПб.: ВМФ, 1992. — С.114-120. [↑](#footnote-ref-1)
2. Медицинская реабилитация раненых и больных /под ред. Ю.Н. Шанина. – СПб.: Специальная литература, 1999. С. 219. [↑](#footnote-ref-2)
3. *Маклаков А. Г.* Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослужащих: Автореф. дисс. докт. психол. наук.— СПб.: ЛГУ, 1996.— 37с. [↑](#footnote-ref-3)
4. Медицинская реабилитация раненых и больных / под редакцией Ю.Н. Шанина. – СПб.: Специальная литература, 1999. С. 159. [↑](#footnote-ref-4)
5. Медицинская реабилитация раненых и больных / под редакцией Ю.Н. Шанина. – СПб.: Специальная литература, 1999. С. 159. [↑](#footnote-ref-5)
6. Медицинская реабилитация раненых и больных / под редакцией Ю.Н. Шанина. – СПб.: Специальная литература, 1999. С. 159. [↑](#footnote-ref-6)
7. Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных трудов / Под ред. Иванова В.Н., Голова Ю.С., Щеголькова А.М. – Т.3. – М.: Изд. 6 ЦВКГ МО РФ, 1998. – 281 с. [↑](#footnote-ref-7)
8. Рудестам К.Э. Групповая психотерапия. Психокоррекционная группа: теория и практика. М., Прогресс, 1993. [↑](#footnote-ref-8)
9. Конторович В. А., Анцупова Г. Л. Гештальт-терапия как одна из форм помощи вскоре после участия в кризисной ситуации // Особенности проявления посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих – участников боевых действий и членов их семей. Стратегия психологической помощи: Сборник статей. - г. Ростов-на-Дону, 2001. [↑](#footnote-ref-9)
10. Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных трудов / Под ред. Иванова В.Н., Голова Ю.С., Щеголькова А.М. – Т.3. – М.: Изд. 6 ЦВКГ МО РФ, 1998. С. 268. [↑](#footnote-ref-10)
11. Словарь практического психолога / Сост. С.Ю. Головин. – Минск: Харвест, 1998. С. 269 [↑](#footnote-ref-11)
12. Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных трудов / Под ред. Иванова В.Н., Голова Ю.С., Щеголькова А.М. – Т.3. – М.: Изд. 6 ЦВКГ МО РФ, 1998. С. 119. [↑](#footnote-ref-12)
13. Иванов А.Л. Трансактный анализ в системе комплексной медико-психологической реабилитации больных кардиологического профиля в условиях Всеармейского реабилитационного центра. Материалы III Всероссийской конференции по психотерапии. Издательство Института Психотерапии, М., 1999.- с.60-61 [↑](#footnote-ref-13)
14. Лейтц Г. Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я.Л. Морено. М., Прогресс, 1994.- 347 с. [↑](#footnote-ref-14)
15. Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных трудов / Под ред. Иванова В.Н., Голова Ю.С., Щеголькова А.М. – Т.3. – М.: Изд. 6 ЦВКГ МО РФ, 1998. С. 268. [↑](#footnote-ref-15)
16. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003 – С. 378-479 [↑](#footnote-ref-16)
17. Конторович В. А., Анцупова Г. Л*.* Психологический дебрифинг как одна из форм помощи вскоре после участия в кризисной ситуации // Особенности проявления посттравматического стрессового расстройства у

военнослужащих - участников боевых действий и членов их семей. Стратегия психологической помощи: Сборник статей. - г. Ростов-на-Дону, 2001. [↑](#footnote-ref-17)
18. Раневая болезнь и медицинская реабилитация. Сборник научных трудов. – СПб.: ВМА, Межгосударственный НИИ реабилитации участников войн, 1995. – 143 с. [↑](#footnote-ref-18)
19. Лямин М.В. Медико-психологическая реабилитация военнослужащих, участников боевых действий в Чечне в условиях многопрофильного госпиталя. Дисс. канд. мед. наук – М.: 6 ЦВКГ, 1999. – 164 с. [↑](#footnote-ref-19)
20. *Белинский А.В., Иванов В.Н., Голов Ю.С., Лямин М.В.* Результаты медико-психологической реабилитации участников боевых действий // Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных трудов / Под редакцией Иванова В.Н., Голова Ю.С., Щеголькова А.М. – Т. 3. – М.: Изд. 6 ЦВГК МО РФ, 1998. С.18 [↑](#footnote-ref-20)
21. *Лямин М.В.* Медико-психологическая реабилитация военнослужащих, участников боевых действий в Чечне в условиях многопрофильного госпиталя. Дисс. канд. мед. наук – М.: 6 ЦВКГ, 1999. – 164 с. [↑](#footnote-ref-21)
22. Медицинская реабилитация раненых и больных /Под ред. Ю.Н. Шанина. – СПб: «Специальная Литература», 1997. С. 224. [↑](#footnote-ref-22)
23. Абдурахманов Р.А. Психологические трудности в общении, их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане. Дисс. Канд. Психол. Наук, М., 1994. [↑](#footnote-ref-23)
24. Медицинская реабилитация раненых и больных / Под ред. Ю.Н. Шанина. – СПб: «Специальная Литература», 1997. С. 197. [↑](#footnote-ref-24)
25. *Снетков В.Н., Литвинцев С.В., Фастовцев Г.А*. Стрессогенные психические расстройства у раненых // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. - СПб.: ВмедА, 1995. – С.79-82. [↑](#footnote-ref-25)
26. *Белинский А.В., Иванов В.Н., Голов Ю.С., Лямин М.В.* Результаты медико-психологической реабилитации участников боевых действий // Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных трудов / Под редакцией Иванова В.Н., Голова Ю.С., Щеголькова А.М. – Т. 3. – М.: Изд. 6 ЦВГК МО РФ, 1998. С. 187. [↑](#footnote-ref-26)
27. *Абдурахманов Р.А.* Психологические трудности в общении, их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане. Дисс. Канд. Психол. Наук, М., 1994 [↑](#footnote-ref-27)
28. Медицинская реабилитация раненых и больных / Под ред. Ю. Н. Шанина. – СПб: «Специальная литература», 1997. С. 230. [↑](#footnote-ref-28)
29. *Наенко Н.И*. Психическая напряженность. – М.: МГУ, 1976. С. 54. [↑](#footnote-ref-29)
30. *Захаров В.И., Стрельников А.А., Цыган В.Н*. Клинико-патофизиологические особенности периода реабилитации у раненых //Общая патология боевой травмы. – СПб, 1994. С. 140-147. [↑](#footnote-ref-30)
31. *Новицкий А.А.* Синдром хронического эколого-профессионального перенапряжения и проблемы сохранения здоровья личного состава в процессе военно-профессиональной деятельности //Труды ВМА. – СПб., 1994. С. 27. [↑](#footnote-ref-31)
32. *Захаров В.И., Стрельников А.А., Цыган В.Н*. Клинико-патофизиологические особенности периода реабилитации у раненых // Общая патология боевой травмы. – СПб, 1994. С. 140-147. [↑](#footnote-ref-32)
33. Голов Ю.С., Иванов В.Н., Белинский А.В. Оценка эффективности мероприятий медико-психологической реабилитации в госпитальных условиях // Актуальные проблемы медицинской реабилитации: Сборник научных трудов / Под редакцией Иванова В.Н., Голова Ю.С., Щеголькова А.М. – Т. 3. – М.: Изд. 6 ЦВГК МО РФ, 1998. С.186. [↑](#footnote-ref-33)
34. Раневая болезнь и медицинская реабилитация. Сборник научных трудов. – СПб.: ВМА, Межгосударственный НИИ реабилитации участников войн, 1995. – 143 с. [↑](#footnote-ref-34)
35. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-35)
36. Техники консультирования и психотерапии. Тексты. /Ред. И сост. У.С. Сахакиан. Пер. с англ.- М.: Апрель-пресс, изд. Эксмо-пресс, 2000. – 624 c. [↑](#footnote-ref-36)
37. Александров А.А. Личностно-ориентированные методы психотерапии. – СПб.: Речь, 2000 – 186 с. [↑](#footnote-ref-37)
38. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-38)
39. Александров А.А. Личностно-ориентированные методы психотерапии. – СПб.: Речь, 2000 – 186 с. [↑](#footnote-ref-39)
40. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-40)
41. Конторович В. А., Анцупова Г. Л*.* Гештальт-терапия как одна из форм помощи вскоре после участия в кризисной ситуации //Особенности проявления посттравматического стрессового расстройства у военнослужащих - участников боевых действий и членов их семей. Стратегия психологической помощи: Сборник статей. - Ростов-на-Дону, 2001. [↑](#footnote-ref-41)
42. Техники консультирования и психотерапии. Тексты. /Ред. И сост. У.С. Сахакиан. Пер. с англ.- М.: Апрель-пресс, изд. Эксмо-пресс, 2000. – 624 c. [↑](#footnote-ref-42)
43. Техники консультирования и психотерапии. Тексты. /Ред. И сост. У.С. Сахакиан. Пер. с англ.- М.: Апрель-пресс, изд. Эксмо-пресс, 2000. – 624 c. [↑](#footnote-ref-43)
44. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-44)
45. Техники консультирования и психотерапии. Тексты. /Ред. И сост. У.С. Сахакиан. Пер. с англ.- М.: Апрель-пресс, изд. Эксмо-пресс, 2000. – 624 c. [↑](#footnote-ref-45)
46. Техники консультирования и психотерапии. Тексты. /Ред. И сост. У.С. Сахакиан. Пер. с англ.- М.: Апрель-пресс, изд. Эксмо-пресс, 2000. – 624 c. [↑](#footnote-ref-46)
47. Александров А.А. Личностно-ориентированные методы психотерапии. – СПб.: Речь, 2000 – 186 с. [↑](#footnote-ref-47)
48. Техники консультирования и психотерапии. Тексты. /Ред. И сост. У.С. Сахакиан. Пер. с англ.- М.: Апрель-пресс, изд. Эксмо-пресс, 2000. – 624 c. [↑](#footnote-ref-48)
49. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-49)
50. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-50)
51. Подробнее см. Приложение 1. [↑](#footnote-ref-51)
52. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-52)
53. *Рудестам* ***К*.** Групповая психотерапия. СПб.: Питер, 1998 [↑](#footnote-ref-53)
54. *Польстер И., Польстер М.,* Интегрированная гештальт-терапия: контуры теории и практики. М.: Класс, 1999 [↑](#footnote-ref-54)
55. Перлз Ф. Гештальт-подход и свидетель терапии /Пер. с англ. М. Папуш. - М.: Изд. Института Психотерапии, 2003 [↑](#footnote-ref-55)
56. Перлз Ф.Гештальт-подход и свидетель терапии /Пер. с англ. М. Папуш. - М.: Изд. Института Психотерапии, 2003 [↑](#footnote-ref-56)
57. Перлз Ф., Гудмен П., Хефферлин Р. Практикум по гештальт-терапии. М.: Изд-во Института психотерапии, 2001 [↑](#footnote-ref-57)
58. *Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г.* Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-58)
59. *Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г.* Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-59)
60. *Наранхо К*. Техники гештальт-терапии. Практическое руководство для профессионалов. СПб., 1995 [↑](#footnote-ref-60)
61. *Маслоу* *А.* Психология бытия /Пер. с англ. М.: Рефл-Бук, 1997. [↑](#footnote-ref-61)
62. *Роджерс К.* Взгляд на психотерапию. Становление человека /Общ. ред. и пред. Е.И. Исениной. М.: Прогресс-Универс, 1994. [↑](#footnote-ref-62)
63. *Перлз Ф., Гудмен П., Хефферлин Р.* Практикум по гештальт-тераии. М.: Изд-во Института психотерапии, 2001 [↑](#footnote-ref-63)
64. *Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г.* Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-64)
65. Техники консультирования и психотерапии. Тексты. /Ред. И сост. У.С. Сахакиан. Пер. с англ.- М.: Апрель-пресс, изд. Эксмо-пресс, 2000. – 624 c. [↑](#footnote-ref-65)
66. *Перлз Ф.* Гештальт-подход и свидетель терапии /Пер. с англ. М. Папуш. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003 [↑](#footnote-ref-66)
67. Техники консультирования и психотерапии. Тексты. /Ред. И сост. У.С. Сахакиан. Пер. с англ.- М.: Апрель-пресс, изд. Эксмо-пресс, 2000. – 624 c. [↑](#footnote-ref-67)
68. Этот этап выполнялся лечащими врачами 6 ЦВКГ по мере поступления больных в госпиталь. [↑](#footnote-ref-68)
69. Практическая диагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «Бахрах», 1998 – 672 с. [↑](#footnote-ref-69)
70. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ», 1988. – С. 18 [↑](#footnote-ref-70)
71. Подробное описание шкал дано в приложении 3. [↑](#footnote-ref-71)
72. Описание всех шкал методики представлено в приложении 4. [↑](#footnote-ref-72)
73. *Романова Е.С.* Графические методы в практической психологии. – СПб.: Речь, 2002. С.278. [↑](#footnote-ref-73)
74. *Романова Е.С.* Графические методы в практической психологии. – СПб.: Речь, 2002. С.241. [↑](#footnote-ref-74)
75. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-75)
76. Это утверждение верно для всех упражнений. [↑](#footnote-ref-76)
77. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-77)
78. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-78)
79. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-79)
80. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-80)
81. Рейнуотер Дж. Это в ваших силах. Как стать собственным психотерапевтом: Пер. с англ. /Общ. ред. Василюка Ф.Е. – 2 изд. – М.: Прогресс, 1993. – 240 с. [↑](#footnote-ref-81)
82. Рейнуотер Дж. Это в ваших силах. Как стать собственным психотерапевтом: Пер. с англ. /Общ. ред. Василюка Ф.Е. – 2 изд. – М.: Прогресс, 1993. – 240 с. [↑](#footnote-ref-82)
83. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-83)
84. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-84)
85. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-85)
86. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-86)
87. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-87)
88. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-88)
89. Рейнуотер Дж. Это в ваших силах. Как стать собственным психотерапевтом: Пер. с англ. /Общ. ред. Василюка Ф.Е. – 2 изд. – М.: Прогресс, 1993. – 240 с. [↑](#footnote-ref-89)
90. Рейнуотер Дж. Это в ваших силах. Как стать собственным психотерапевтом: Пер. с англ. /Общ. ред. Василюка Ф.Е. – 2 изд. – М.: Прогресс, 1993. – 240 с. [↑](#footnote-ref-90)
91. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-91)
92. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-92)
93. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-93)
94. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-94)
95. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-95)
96. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-96)
97. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-97)
98. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-98)
99. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-99)
100. Рейнуотер Дж. Это в ваших силах. Как стать собственным психотерапевтом: Пер. с англ. /Общ. ред. Василюка Ф.Е. – 2 изд. – М.: Прогресс, 1993. – 240 с. [↑](#footnote-ref-100)
101. Рейнуотер Дж. Это в ваших силах. Как стать собственным психотерапевтом: Пер. с англ. /Общ. ред. Василюка Ф.Е. – 2 изд. – М.: Прогресс, 1993. – 240 с. [↑](#footnote-ref-101)
102. Рейнуотер Дж. Это в ваших силах. Как стать собственным психотерапевтом: Пер. с англ. /Общ. ред. Василюка Ф.Е. – 2 изд. – М.: Прогресс, 1993. – 240 с. [↑](#footnote-ref-102)
103. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-103)
104. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-104)
105. Рейнуотер Дж. Это в ваших силах. Как стать собственным психотерапевтом: Пер. с англ. /Общ. ред. Василюка Ф.Е. – 2 изд. – М.: Прогресс, 1993. – 240 с. [↑](#footnote-ref-105)
106. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-106)
107. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-107)
108. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-108)
109. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-109)
110. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-110)
111. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-111)
112. См. приложение 5 [↑](#footnote-ref-112)
113. См. приложение 7. [↑](#footnote-ref-113)
114. См. приложения 6. [↑](#footnote-ref-114)
115. См. приложение 8. [↑](#footnote-ref-115)
116. Романова Е.С.. Потемкина С.Ф. Графические методы в психологической диагностике. – М.: Дидакт, 1992. – 256 с. [↑](#footnote-ref-116)
117. Практическая диагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Бахрах, 1998 – 672 с. [↑](#footnote-ref-117)
118. См. приложение 5. [↑](#footnote-ref-118)
119. См. приложение 8. [↑](#footnote-ref-119)
120. Для вычислений использовалась программа «Microsoft Excel» [↑](#footnote-ref-120)
121. Для вычислений использовалась программа «Microsoft Excel» [↑](#footnote-ref-121)
122. Таланов В.Л., Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога – СПб.: Сова, М.: ЭКСМО, 2003. С. 388-479 [↑](#footnote-ref-122)