МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Факультет психологии

Специальность: психология

**ДИПЛОМНАЯ РАБОТА**

Студентки: Сидоровой М.Е.

Преодоление последствий посттравматического стрессового расстройства

у участников боевых действий, получивших ранения и увечья,

с помощью метода психологического дебрифинга.

Научный руководитель: КПН, доцент,

заместитель начальника 6 –го ЦВКГ МО РФ

Иванов А.Л.

Работа допущена к защите:

Зав. Кафедрой:

Дата представления:

Дата защиты:

МОСКВА

2004 год.

Содержание

[Введение 3](#_Toc72193458)

[ГЛАВА I. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПОЛУЧИВШИХ РАНЕНИЯ И ИХ УЧЕТ В СОЦИАЛЬНО – ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ. 8](#_Toc72193459)

[1.1 Психологические особенности личности военнослужащих, получивших ранения при участии в боевых действиях в Чеченской республике. 8](#_Toc72193460)

[1.2 Основные методы психологической диагностики военнослужащих, получивших ранения. 20](#_Toc72193461)

[1.3 Основные методы социально-психологической реабилитации раненых. 23](#_Toc72193462)

[1.4 Метод психологического дебрифинга в комплексной системе социально-психологической реабилитации раненых. 35](#_Toc72193463)

[Краткие выводы по 1 главе. 44](#_Toc72193464)

[ГЛАВА II. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ДЕБРИФИНГА В КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПОЛУЧИВШИХ БОЕВЫЕ РАНЕНИЯ. 46](#_Toc72193465)

[2.1 Цель, гипотеза и задачи исследования. 46](#_Toc72193466)

[2.2. Методика исследования. 47](#_Toc72193467)

[2.3 Результаты исследования 55](#_Toc72193468)

[2.4 Обсуждения результатов. 65](#_Toc72193469)

[Выводы по 2 главе: 72](#_Toc72193470)

[**Заключение** 74](#_Toc72193471)

[Список литературы. 76](#_Toc72193472)

[Приложение 1. 82](#_Toc72193473)

[Приложение 2 83](#_Toc72193474)

[Приложение 3. 84](#_Toc72193475)

[Приложение 4. 85](#_Toc72193476)

[Приложение 5. 87](#_Toc72193477)

[Приложение6 89](#_Toc72193478)

[Приложение 7 91](#_Toc72193479)

[Приложение 8 93](#_Toc72193480)

# Введение

Чеченская проблема - проблема нашей страны, она не сходила с первых страниц газет, журналов практически на протяжении трех лет. Была темой для многих программ на ТВ. Для большинства людей она так и осталась “непонятной войной”.

При слове Чечня первое, что приходит на ум - это ужасы, кровавые события боевых действий. *Длительность* их воздействия, а также психотравмирующий характер, эмоциональное перенапряжение могут способствовать возникновению изменений в психической деятельности военнослужащего, которые снижают эффективность его жизнедеятельности уже в мирных условиях, приводя к тяжелым психическим расстройствам, в том числе и посттравматическим стрессовым расстройствам.

**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 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.

**Цель исследования:** исследование эффективности метода психологического дебрифинга в комплексной системе социально-психологической реабилитации военнослужащих, получивших боевые ранения.

**Объект:** социально – психологическая реабилитация военнослужащих, пострадавших в боевых действиях на территории Чеченской республики (в условиях 6-го ЦВКГ – Всеармейского Реабилитационного центра.

**Предмет исследования:** метод психологического дебрифинга в комплексной системе социально-психологической реабилитации военнослужащих, получивших боевые ранения.

**Гипотеза:** применение метода психологического дебрифинга в комплексной системе социально-психологической реабилитации военнослужащих, получивших боевые ранения, позволяет глубоко изучить и выявить у обследуемых психические травмы, полученные в условиях боевой обстановки и провести их коррекцию при прохождении социально-психологической реабилитации в условиях многопрофильного реабилитационного центра.

**Задачи:**

1. Провести анализ теоретических исследований по влиянию боевых действий на психику военнослужащих, обобщить накопленный опыт их социально – психологической реабилитации.
2. Раскрыть систему методов социально – психологической реабилитации раненых.
3. Применить психологический дебрифинг как метод социально–психологической реабилитации военнослужащих в условиях 6 ЦВКГ.
4. Изучить динамику личностных особенностей раненых до и после прохождения курса реабилитации.
5. Оценить эффективность использования метода психологического дебрифинга в социально – психологической реабилитации военнослужащих в условиях 6 ЦВКГ.

**Методика исследования.** В соответствии с основной целью исследования и для решения поставленных задач проведено комплексное клинико-психологическое обследование. Затем группа испытуемых была разделена на контольную и экспеиментальную.

Составлена следующая схема социально-психологической реабилитации 40 военнослужащих в возасте 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 психологического дебрифинга.
1. Психокоррекционный этап: применение метода психологического дебрифинга 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 психологического дебрифинга в реабилитации инвалидов боевых действий в условиях Всеармейского реабилитационного центра – 6 Центрального военного клинического госпиталя.

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. 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).

Метод дебрифинга стресса критических инцидентов разработан американским психологом Дж. Митчеллом в 1983 г. для работников «опасных профессий» (спасатели, полицейские, пожарные, военнослужащие во время боевых действий, и др.)

6 ЦВКГ, как крупнейший в мире многопрофильный реабилитационный центр, специализирующийся на медико-психологической реабилитации военнослужащих, получивших ранения в период военной службы, является главным методологическим центром военной реабилитации. Поэтому данная работа, выполненная в рамках программы 6 ЦВКГ, имеет определенную практическую значимость.

**Практическая значимость проблемы.**Выявленные особенности психологических проблем у военнослужащих, пострадавших в боевых действиях, позволяют проводить их дифференцированную психологическую диагностику на позднем госпитальном этапе. Описаны варианты и формы преобладающих у комбатантов психологических проблем невротического уровня, посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), что дает возможность более эффективно прогнозировать и планировать мероприятия социально-психологической реабилитации в условиях многопрофильного госпиталя.

Установлена наибольшая зависимость тяжести психологических проблем от длительности пребывания в боевой обстановке, психологических особенностей личности.

Предложенная классификация нарушений психоэмоционального состояния военнослужащих с последствиями ранений, поступивших на восстановительное лечении в многопрофильный госпиталь, позволило дифференцированно подходить к особенностям исследования психологического дебрифинга.

В связи с тем, что 6 ЦВКГ является ведущим центром реабилитации военнослужащих и их семей , на базе госпиталя работает кафедра медицинской реабилитации Государственного института усовершенствования врачей Министерства Обороны. То данная работа 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.

Эта модель может быть применена в гражданской системе здравоохранения.

# ГЛАВА I. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПОЛУЧИВШИХ РАНЕНИЯ И ИХ УЧЕТ В СОЦИАЛЬНО – ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.

## 1.1 Психологические особенности личности военнослужащих, получивших ранения при участии в боевых действиях 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 подтведило существование зависимости между тяжестью боевого опыта (количеством недель, поведенных 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[[1]](#footnote-1).

Анализ структуры психических расстойств 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[[2]](#footnote-2):

1. *Без признаков психологической дезадаптации*: были включены военнослужащие, не обнаружившие признаков психической дезадаптации и не предъявлявшие при первичном обследовании в госпитале жалоб на состояние здоовья.
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 расстойств, но и не укладывавшиеся в рамки каких-либо психопатологических синдромов.
3. *Военнослужащие, имеющие несвойственные ранее эмоциональные и поведенческие нарушения* (раздажительность, 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-ипохондический.
4. *Военнослужащие с аналогичными психопатологическими проявлениями*, наблюдавшимися в предыдущей группе, с тем отличием, что развитие этих расстойств происходило спустя три - четыре недели после получения ранения и поведения необходимых мероприятий медицинской помощи, ликвидации угозы жизни. Клиническими признаками этих расстройств являлись: наличие распознаваемого стрессоа, 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[[3]](#footnote-3).
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 психотравмиующих переживаний[[4]](#footnote-4).

*Как показали результаты исследования, в комплексном поведении меропиятий медико-психологической реабилитации нуждаются не только лица с пограничными психическими расстойствами, 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 расстойство и д.

**Психическая травма.** Впервые психологические изменения у людей, которые пережили ту или иную экстремальную ситуацию, катастрофу глобального (война, землетятресение, наводнение и т.д.) или личного плана, была описана Da Costa у солдат во вемя Гажданской войны в Амеике (1871 г.). Они были названы «синдром солдатского сердца»[[5]](#footnote-5).

Психотравмиующие факторы воздействуют не только на психику воина, но и на весь оганизм 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.

***Содержание ПТ*** определяется как:

1. следы («остатки», «осадки») аффективных переживаний (З.Фрейд);
2. результат большого и интенсивного раздражения, от «которого нельзя освободиться или которое нельзя переработать нормальным способом» (З.Фрейд);
3. прорыв гипотетического защитного покрова, который предохраняет психику от чрезмерных раздражителей (З.Фрейд);
4. переживание, в котором подавляется актуальное ЭГО (С. Ферст);
5. сильное нарушение медиаторной функции ЭГО (С.Ферст, А.Солнит, м.Крис);
6. изменения представления о собственной неуязвимости, самом себе, других людях и окружающем мире (Р. Янофф-Бульман);
7. разрушение представления о том, что окружающий мир не опасен и наполнен смыслом, что собственная личность достойна уважения, а другие люди достойны доверия (С.Эпштейн);
8. нарушение психологической целостности, сформированной в детские годы (Г.Кудлер);
9. потеря веры в упорядоченность и размеренность жизни;
10. результат воздействия психотравмирующих раздражителей, сила которых определяется значимостью патогенной информации для данного индивида (А.М.Свядощ)[[6]](#footnote-6)
11. результат взаимодействия травматического события, восприятия и оценки его человеком, психической реакции человека на это событие (Б.Грин);[[7]](#footnote-7)
12. нарушение психической защиты и системы значимых переживаний (Ф.В.Бассин, В.Е.Рожнов, М.А.Рожнова);
13. ослабление активности или изменение целостности индивидуального барьера психической адаптации. Сопровождающееся нарушением «психического гомеостаза» и снижением уровня адаптации (Ю.А.Александровский);

Каммерр (1974) привел следующую систематику психических травм:

* потеря близких лиц (матери, отца, брата, сестры);
* потеря материальных ценностей;
* поражение творческой деятельности.

По характеру ПТ может быть внезапной, неожиданной, либо предвидимой, ожидаемой (смерть близкого после продолжительной болезни). При наличии прогрессирующих или регулярных лишений речь идет о фрустрации.

Классификация ПТ с точки зрения их интенсивности, значимости для личности осознанности и возможности преодоления, степени длительности воздействия психотравмирующих факторов (Г.К. Ушаков):[[8]](#footnote-8)

1. Массивные (катострофические), внезапные, острые, неожиданные, потрясающие:
* сверхактуальные для личности;
* неактуальные для личности.
1. Ситуационные острые (подострые), многопланово вовлекающие личность (связанные с утратой социального престижа, с ущербом для самоутверждения).
2. Пролонгированные ситуационные, трансформирующие условия многих лет жизни (ситуации лишения):
* осознаваемые и преодолимые;
* неосознаваемые и непреодолимые.
1. Пролонгированные ситуационные. Приводящие к осознанной необходимости стойкого психического перенапряжения (истощения):
* вызванные самим содержанием ситуации;
* вызываемые чрезмерным уровнем притязания к возможности для достижения цели в обычной деятельности.

Анализ различных точек зрения на ПТ позволил Р.А.Абдурахманову[[9]](#footnote-9) сделать вывод о том, что **под термином ПТ** 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 ресусы. Этим несоответствием порождается *боевой стресс.[[10]](#footnote-10)* 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 психиатических потерь обычно зависит от уровня потерь убитыми и раненными[[11]](#footnote-11). Но немаловажное значение имеют также и социокультурный контекст, популярность войны, фактор социальной поддержки [[12]](#footnote-12).

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

В боевых условиях формиуется 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[[13]](#footnote-13). Могут наблюдаться утрата внимания и внешности, потеря веса, быстрое опьянение. Эти изменения трактуются как «синдом выживания», или апатичная депрессия. Трансфомация 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 окужающее с точки зрения потенциальной опасности, и малейшая провокация может внезапно вызвать агрессию. Частые дисфории приводят к алкоголизации и снижению работоспособности[[14]](#footnote-14).

Посттравматические стрессовые расстойства. (ПТСР) Для обозначения расстойств, возникающих у лиц, перенесших психическую травму, в 1980 г. в понятие «посттравматические стрессоные расстойства» (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 симптомам синдрома ПТСР относятся[[15]](#footnote-15):

* 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[[16]](#footnote-16), выхо­дящего за рамки обычного человеческого опыта и способного вызвать дистресс практически у любого. К такого рода стрессорам, 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[[17]](#footnote-17). Воздействие экстремального стрессора приводит к манифестации ПТСР в виде тех констел­ляций: интрузии, избегания и гиперактивности[[18]](#footnote-18).

***Интрузия.*** Травматическое событие постоянно переживается одним из следующих образов:

1. периодические навязчивые дистрессирующие воспоминания травмирующих событий;
2. периодически повторяющиеся кошмарные сновидения;
3. неожиданные ощущения того, что травматические события как бы вновь переживаются (ощущение обострения в памяти и переживаниях травматических событий, иллюзий, галлюцинаций, диссоциативные эпизоды), возникающие как в состоянии бодрствования, так и опьянения;
4. интенсивный психологический дистресс под воздействием событий, символизирующих или имеющих сходство с аспектами травматических событий (например, годовщина травмы).

***Избегание.*** Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой; возникновение эмоционального оскудения; чувство безразличия к другим людям, что проявляется, по крайней мере, тремя из следующих расстройств:

* умышленные усилия избегать мыслей и чувств, связанных с травмой;
* попытки избегать каких-либо действий или ситуаций, способных стимулировать воспоминания о травме;
* неспособность воспоминать важный аспект травмы (психическая амнезия);
* снижение интереса к значимым ранее для данного человека видам активности;
* чувство отчуждения к окружающим;
* снижение способности к сопереживанию и душевной близости с другими людьми;
* ощущение «укороченного будущего» (неуверенность в будущей карьере, женитьбе или продолжительности жизни).[[19]](#footnote-19)

***Гиперактивность***, проявляющаяся, по крайней мере, двумя из следующих моментов:

* трудность засыпания или поверхностный сон;
* повышенная раздражительность или вспышки гнева;
* трудности с концентрацией внимания;
* повышенная бдительность;
* избыточная реакция на внезапные раздражители;
* повышенный уровень физиологической реактивности на события.

Длительность первичных симптомов — по крайней мере, один месяц.

Особое место среди ПТСР реакций занимают внезапные повторные переживания событий, происходивших в боевой обстановке, которые сопровождаются как бы «включением» из настоящего (flashback). А.Бланк выделил четыре типа повторных переживаний:

1. Яркие сны и ночные кошмары о боевых событиях;
2. Яркие сны, от которых ветеран просыпается, потрясенный ощущением реальности вспомнившихся военных событий и возможными действиями, которые он совершал под воздействием этих воспоминаний;
3. Осознаваемые «флэшбэк» - переживания, в которых ветеран ярко представляет образы военных событий. Они могут иметь независимый характер и сопровождаться воспроизведением различной модальности (визуальные, звуковые, обонятельные и т.д.). При этом ветеран может либо незначительно утратить контакт с реальностью, либо полностью. Во втором случае это может сопровождаться активными действиями. Впоследствии ветеран всегда может описать то, что ему представлялось и осознает различие между тем, что с ним происходило и реальностью;
4. Неосознаваемый «флэшбэк» представляет собой внезапное, абстрактное переживание, сопровождающееся определенными действиями. В данном случае содержание воспоминаний имеет косвенное отношение к войне, может не осознаваться ветераном. Структура неосознаваемого «флэшбэк» подобна снам, имеющим явный и скрытый контекст.

Одним из проявлений ПТСР реакций являются мысли о самоубийстве, которые в некоторых случаях заканчиваются реальным их осуществлением.

Среди других психических явлений, наблюдавшихся у ветеранов войн можно отметить состояние пессимизма, ощущение заброшенности другими; недоверие к другим людям, неспособность говорить о войне; потеря смысла жизни, неуверенность в своих силах, ощущение нереальности того, что происходило на войне; ощущение того, что ты погиб на войне; ощущение неспособности влиять на ход событий, неспособность быть открытым в общении с другими людьми; тревожность; потребность иметь при себе оружие, неприятие ветеранов других войн; негативное отношение к представителям власти; желание выместить на ком-либо злость за то, что был послан на войну и за все, что там происходило; отношения к женщинам только как к объекту сексуального удовлетворения; потребность участвовать в опасных «приключениях»; попытка найти ответ на вопрос о том, почему погибли твои друзья, а не ты и др.

Среди поведенческих особенностей нередко наблюдаются конфликтность в семье, с родственниками, коллегами по работе, вспышки гнева, драки, злоупотребление алкоголем и наркотиками[[20]](#footnote-20)

Общее состояние здоровья при этом часто сопровождается слабостью, головокружением, снижением работоспособности, головными болями, болями в области сердца, сексуальными расстройствами, нарушениями сна, фобическими реакциями и т.д., а у инвалидов дополняется проблемами, связанными с полученными ранениями и травмами.

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-функциониования [[21]](#footnote-21).

Для ПТСР у раненых характерны ***пять фаз***:

1. initial impact – начальное воздействие;
2. resistance/denial – сопротивление/ отрицание;
3. acceptance/repression – допущение/подавление;
4. decompensanion – декомпенсация;
5. trauma mastery and recovery – совладение с травмой и выздоровление

В клинико – динамическом плане различают острые, хронические и отсроченные посттравматические стрессовые расстройства. Острые ПТСР характеризуются фиксацией на перенесенной травме, пониженной реактивностью, когнитивными и вегетативными нарушениями, изменением настроения. Они возникают вслед за прекращением непосредственного воздействия катастрофы. Сходными с острыми по своему клиническому проявлению являются отсроченные ПТСР. Различие между ними состоит лишь во времени возникновения. Отсроченные расстройства характеризуются определенным периодом бессимптомного течения и развиваются спустя известное время после травматизации, которое иногда измеряется месяцами. Острые ПТСР могут либо постепенно редуцироваться, либо перейти в хроническую форму.

Зарубежными исследователями для выявления постстрессовых расстойств используются широко известные методы (клиническая беседа, MMPI, опосник тревоги Ч. Спилбегера, шкала депрессии Бека, Общий опосник здоровья и п.). Известен также ряд специализированных методик: шкала воздействия событий М. Гоовица (1979), шкала ПТСР MMPI Т. Кина (1984), Список 90 симптомов Л. Деогатиса (1983), Миссисиппская шкала пост-боевых стрессовых расстойств Т. Кина (1988) и ряд дугих[[22]](#footnote-22). При обследовании больших контингентов положительно зарекомендовали себя также различные "шкалы самодиагностики", позволяющие человеку самому оценить наличие у себя посттравматической сиптоматики и принять решение об обращении за консультацией психолога. *В нашей стране надежные методические средства психологической диагностики ПТСР практически отсутствуют.* Имеющиеся в распояжении психологов широко известные методы СМОЛ, шкала тревоги Спилбергера-Ханина, тест САН и другие не ориентированы прямо на выявление постсртрессовых расстройств.

## 1.2 Основные методы психологической диагностики военнослужащих, получивших ранения.

Для диагностики личностных особенностей испытуемых используется следующие психологические тесты ( САН, Спилбергер, СМОЛ,[[23]](#footnote-23) а также проективные методы "Дом-Дерево-Человек", "Несуществующее животное").[[24]](#footnote-24)

Комплексное применение тестовых методик позволяет с большей вероятностью определить актуальный психологический статус раненого, определить продолжающие травмировать его психику. *С каждым военнослужащим проводятся индивидуальные беседы, целью которой является первичная диагностика имеющихся проблем и психических травм.*

**Используемые методики:**

САН (Самочувствие, активность, настроение)

*Цель:* оперативная оценка самочувствия, активности и настроения.

*Описание методики:* опросник состоит из 30 пар противоположенных характеристик, по котором испытуемого просят оценить свое состояние. Каждая пара представляет собой шкалу, на которой испытуемый отмечает степень выраженности той или иной характеристики своего состояния.

*Инструкция:* вам предлагается описать свое состояние, которое вы испытываете в настоящий момент, с помощью таблицы, состоящей из 30 полярных признаков. Вы должны в каждой паре выбрать ту характеристику, которая наиболее точно описывает Ваше состояние, и отметить цифру, которая соответствует степени (силе) выраженности данной характеристике.

*Обработка данных:*

Самочувствие (сумма баллов по шкалам): 1,2,7, 8, 13,14, 19.20, 25,26.

Активность (сумма баллов по шкалам): 3,4,9,10,15.16,21,22,27,28.

Настроение (сумма баллов по шкалам): 5,6,11,12,17,18,23,24,29,30.

Полученные результаты по каждой категории делятся на 10. Средний балл шкалы 4. Оценки, превышающие 4 балла, говорят о благоприятном состоянии испытуемого, оценки ниже 4 свидетельствуют об обратном. Нормальные оценки состояния лежат в диапазоне 5,0 – 5,5 баллов.[[25]](#footnote-25)

Методика диагностики самооценки уровня тревожности

Ч.Д.Спилбергера, Ю.Л.Ханина.

*Цель* методики - самооценка уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда нарушение тонкой координации. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями.

*Обработка и интерпретация результатов*: при интерпретации результат можно оценивать так: до 30 – низкая тревожность; 31-45 – умеренная тревожность; 46 и более – высокая тревожность.

СМОЛ (Стандартный многофакторный опросник личности)[[26]](#footnote-26)

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 (1), Депрессии (2), Истерии (3), Психопатии (4), Паранойяльности (6), Психоастении (7), Шизоидности (8), Гипомании (9)[[27]](#footnote-27).

*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

*Целью* является исследование личности.

*Суть* методики заключается в следующем. По мнению Дж. Бука по рисункам можно судить об эффективной сфере личности, ее потребностях, уровня психосексульного развития и т.д. Автор демонстрирует возможность теста определять уровень интеллектуального развития.

*Инструкция*. Обследуемому предлагается нарисовать дом, дерево и человека. Затем поводится опрос по разработанному плану[[28]](#footnote-28).

«Несуществующее животное»

По своему характеру относится к числу проективных методов. Этот тест построен на теории психомоторной связи. Для регистрации состояния психики используется исследование моторики (в частности, моторики рисующей доминантной правой руки, зафиксированной в виде графического следа движения, рисунка

*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»[[29]](#footnote-29).

## 1.3 Основные методы социально-психологической реабилитации раненых.

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[[30]](#footnote-30).

Проблема реабилитации не укладывается в рамках исключительно медицинских знаний, поскольку она представляет собой систему научной и практической деятельности, направленную на восстановление личностного и социального статуса субъекта путем комплексного воздействия на личность с привлечением медицинских, психологических, социальных, педагогических, правовых и иных средств.

***Медицинская реабилитация*** представляет собой систему мероприятий, направленных на профилактику патологических процессов, приводящих к временной утрате трудоспособности, или на возможно раннее и эффективное возвращение больных и инвалидов в общество и к полезному труду[[31]](#footnote-31).

***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[[32]](#footnote-32). Психологическую реабилитацию проводят врачи-психофизиологи, медицинские и социальные психологи, владеющие методами психодиагностики, психокоррекции и психотерапии.

Психологическая реабилитация раненых должна отвечать ***принципам***: про­фессиональности, обоснованности, индивидуальности и оптимальной длительности.

***Профессиональность.*** Мероприятия психофизиологической реабилитации должны проводить врачи-психофизиологи, имеющие специальную подготовку по оценке функциональ­ного состояния человека и владеющие метод социально-психологического изучения и психо­физиологического обследования.

***Обоснованность*** мероприятий психофизиологической реабилитации. Этот принцип предусматривает 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. Основными из них являются: [[33]](#footnote-33).

* 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;
* необходимости — профессиональной переориентации
* Задачи психологической реабилитации решают поэтапно, в соответствии со структу­рой реабилитационных мероприятий.

***Основные этапы*** психологической реабилитации[[34]](#footnote-34)

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 коррегируются 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 применение перечисленных выше техник был использован основной принцип – учет индивидуально-психологических особенностей каждого раненного и соответствие их основным задачамсоциально-психологической реабилитации.

В основу психокоррекционных мероприятий, применяемых в 6 ЦВКГ с ранеными легли cледующие методы социально-психологической реабилитации: суггестивная терапия; рациональная психотерапия; гетеро- и ауторелаксационные техники; психологическое консультирование; психоанализ; трансактный анализ; психодрама; логотерапия, гештальт-терапия, дебрифинг стресса критических инцидентов, и другие[[35]](#footnote-35).

**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.

**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[[36]](#footnote-36).

**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. [[37]](#footnote-37)

**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.[[38]](#footnote-38)

**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 систем. В данной работе основное внимание уделено исследованию влияния метода психологического дебрифинга на индивидуально-личностные особенности психики военнослужащих, получивших увечья в ходе боевых действий.[[39]](#footnote-39)

**Гештальт-терапия** — 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[[40]](#footnote-40).

Гештальт-терапия, представляет собой терапевтический подход, в котором терапевт помогает клиенту достичь самоинтеграции и научиться направлять свою энергию на развитие и самоактуализацию.

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.

*Главная цель* - 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.

*В результате гештальт-терапии* клиент 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.

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[[41]](#footnote-41). Из этого положения и выводится основной принцип применения методов Гештальт-терапии при коррекции постстрессовых состояний. Основная цель психокоррекционной интервенции заключается в изменении отношения пострадавшего к самому факту наличия в его жизни психотравмирующей ситуации. Подобный прием давно применяется на практике людьми, ничего не знающими о Гештальт-терапии, и заключается в том, что человеку, побывавшему в экстремальной ситуации предлагают сравнить ее с более тяжелыми жизненными обстоятельствами, или же воспринимать ее как самый ужасный эпизод в своей жизни[[42]](#footnote-42).

 ***Дебрифинг стресса критических инцидентов[[43]](#footnote-43)*** представляет собой организованное обсуждение стресса, пережитого военнослужащими совместно при решении общей боевой задачи.

*Цель:* минимизация и купирование психических страданий военнослужащих. Достигается путем неуклонного решения задач.

По окончании периода пребывания в психотравмирующей обстановке рекомендуется проводить так называемую деэскалацию или демобилизацию: мероприятия, направленные на уменьшение дистресса, связанного с возвращением к повседневной жизни и обычным условиям деятельности. В рамках короткой 10-15 минутной беседы обсуждаются симптомы постстрессовой реакции, способы их уменьшения, даются соответствующие рекомендации. В конце беседы командир отдает распоряжение о порядке дальнейшей организации службы и прохождения реабилитационного периода. В заключение дается необходимая информация о том, куда обратиться за дополнительной консультацией, о времени и месте проведения полного психодиагностического обследования и (или) полного психологического дебрифинга.

***Трансактный анализ –*** социально ориентированный терапевтический метод, конечной целью которого является формирование гармоничной, социально адаптированной личности, метод социального переучивания с целью разрешения внутренних проблем личности и в тех случаях, когда человек чувствует неэффективность своих привычных способов коммуникаций с д

ругими людьми.[[44]](#footnote-44)

*Цель:*

* подведение человека к осознанию бессознательных механизмов формирования у него определенного сценария;
* реконструкция и создание автономной и свободной личности, которая сама принимает ответственность за собственную судьбу;
* научить человека жить полностью реализуя себя.

Основой ТА являе6тся модель эго – состояний. Эго – состояние – это совокупность связанных друг с другом поведений, мыслей и чувств как способ проявлений нашей личности в данный момент.

*ЗАБОТЛИВЫЙ* **РОДИТЕЛЬ** *КРИТИЧНЫЙ*

**ВЗРОСЛЫЙ**

*ЕСТЕСТВЕННЫЙ* **РЕБЕНОК** *КАПРИЗНЫЙ*

 *ПОСЛУШНЫЙ*

Способы распознавания эго – состояний.(4 диагноза)[[45]](#footnote-45)

1. *Поведенческий диагноз .*Анализируется поведение человека - его слова, тон голоса, жесты, положение тела, выражение лица.
2. *Социальный диагноз.* Анализируется эго – состояние, из которого обращаются к нам в наше эго – состояние люди.
3. *Исторический диагноз.* Проведение анкетирования по специальному опроснику, с помощью которого выясняется роль родительских фигур в детском возрасте человека.
4. *Феноменологический диагноз.* Анализируется оценка социального окружения (родители, близкие) данные индивидууму.

Трансакция имеет место тогда, когда имеет место какой –то вид коммуникации (общения). Начало коммуникации – *стимул,* ответ – *реакция.*

*Параллельная(дополняющая) трансакция* – это такая трансакция, в которой трансакционные векторы параллельны друг другу, а эго – состояние в которое они направлены, является источником реакции.

*Пересекающиеся трансакция-* это такаятрансакция, в которой векторы не параллельны друг другу, или эго – состояние, в которое они напрвлены, не являются источником реакции. Также возможна *скрытая трансакция*, в которой одновременно передаются два сообщения. Одно из них открытое, или сообщение социального уровня (Взрослый – Взрослый) , другое – скрытое, или сообщение психологического уровня (Родитель – Дитя, или Дитя – Родитель).

 Концепция сценария в настоящее является, наряду с моделью эго – состояний, *центральной идеей ТА.(*впервые была разработана Э.Берном в сер. 60-х гг. ХХ в.)

Основные положения концепции сценария в ТА.

* *Сценарий –*это план жизни.
* *Сценарий* - всегда приводит к определенному финалу.
* Человек сам принимает решение о *сценарии.*
* *Сценарий –* подкрепляется родителем.
* *Сценарий –* лежит вне пределов осознания.

Реальность искажается человеком с целью «оправдания» сценария.

***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:[[46]](#footnote-46)*

* 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[[47]](#footnote-47).

Сам Я.Л. Морено считал психодраму методом, позволяющим проживать жизненные ситуации и выходящим далеко за рамки психотерапии[[48]](#footnote-48).

В психодраме участник одновеменно и главный герой своей драмы, и ее творец, и исследователь себя и своей жизни, причем не только реальных событий и жизненных кризисов, но и различных аспектов внутренних психологических событий. В ходе психодрамы человек проявляет весь набор типичных для него моделей поведения и различных эмоциональных состояний.

*Содержанием* драматического действия становятся не вполне осознаваемые и не пережитые в полной мере аспекты его жизни. С помощью специальных техник в ходе драмы реконстуиуются и раскываются не проявленные чувства и неосознанные установки, помогая человеку по-новому увидеть себя, взглянуть на ситуацию и свои возможности. Ключ здесь лежит в проигрывании различных ролей в групповом процессе, в котором есть место для рационального, реального и воображаемого, спонтанного и рефлективного, будущего, настоящего и прошлого, для серьезности и игры, эмоций и мышления, внутреннего и межличностного, духовного и эстетического[[49]](#footnote-49).

*Исцеляющее воздействие* психодрамы как группового метода во многом связано с тем, что психологическая правда человека предъявляется им в ситуации эмоционального отвержения другими, в атмосфере психологической поддержки группы, в условиях, побуждающих его витальность и креативный потенциал, благодаря переживанию радости игы. Все эти качества психодраматического действия способствуют личностному росту, укрепляют надежду на изменения, стимулируют ответственность за свою жизнь и принимаемые решения, помогают преодолевать трудности в общении.

*Задачи психодрамы:*

* восстановление функционального состояния организма;
* снижение психоэмоционального напряжения, уровня тревожности;
* повышение характеристик личностного адаптационного потенциала;
* формирование стереотипа поведения для последующей профессиональной деятельности и личной жизни;
* развитие коммуникативных способностей;
* фомиование положительного отношения к собственной болезни.[[50]](#footnote-50)

## 1.4 Метод психологического дебрифинга в комплексной системе социально-психологической реабилитации раненых.

Метод **«дебрифинга критического инцидента»**, разработанный американским психологом Дж. Митчелом в 1983 году для работников «опасных профессий» (спасатели, полицейские, пожарные, военнослужащие во время боевых действий, и др.)

**Дебрифинг** представляет собой психолого-педагогический групповой метод дискуссии под руководством подготовленного профессионала, это особым образом организованное групповое обсуждение, предназначенное для того, чтобы помочь участникам кризисного инцидента справиться с психологическими последствиями кризиса, а также выработать навыки, которые необходимы в случае повторного столкновения с подобной ситуацией. Дебрифинг относится к мерам экстренной психологической помощи. Он проводится как можно раньше после события, возможно, через несколько часов или дней после трагедии. Экстренная психологическая помощь характерна тем, что проводится с людьми в остром стрессовом состоянии (ОСР – острое стрессовое расстройство). Это состояние представляет собой переживание эмоциональной и умственной дезорганизации.[[51]](#footnote-51) Процедура дебрифинга позволяет участникам в условиях безопасности и конфиденциальности отреагировать на впечатления, реакции и чувства, связанные с событием. Встречая похожие переживания у других людей, участники получают облегчение, – у них снижается ощущение уникальности и ненормальности собственных реакций, уменьшается внутреннее напряжение. В группе появляется возможность получить поддержку от других участников. Действия ведущих направлены к тому, чтобы мобилизовать внутренние ресурсы участников, помочь им подготовиться к переживанию тех симптомов или реакций ПТСР (посттравматического стрессового расстройства), которые могут возникнуть впоследствии. Обязательно участникам сообщается о том, где они впоследствии могут получить помощь.

***Цель дебрифинга*** – снизить тяжесть психологических последствий после пережитого стресса и. предупредить развитие синдрома посттравматических стрессовых расстройств..[[52]](#footnote-52)

***Задачи дебрифинга:***

* Отреагирование впечатлений, реакций, чувств.
* Способствование когнитивной организации переживаемого опыта путем понимания как событий, так и реакций.
* Уменьшение индивидуального и группового напряжения.
* Уменьшение ощущения уникальности и патологичности собственных реакций.
* Мобилизация внутренних и внешних групповых ресурсов, усиление групповой поддержки, солидарности, понимания.
* Подготовка к переживанию тех симптомов или реакций, которые могут возникнуть.
* Информирование участников о том, где они в дальнейшем могут получить помощь.

Проводить дебрифинг возможно в любом месте, но нужно стремиться к тому, чтобы помещение было удобным, доступным и изолированным. Оптимальное количество участников в группе от 10 до 15 человек. Проводится дебрифинг под руководством двух подготовленных специалистов-дибриферов. Не допускается присутствие посторонних лиц, не имеющих непосредственного отношения к событию.

Время проведения четко обозначается вначале и составляет 2–2,5 часа без перерыва. Ограничение вводится по той причине, что за это время происходит очень интенсивная переработка опыта, в которой задействованы достаточно сильные эмоции.

Дебрифинг имеет четкую структуру и включает в себя ***семь последовательных фаз:***[[53]](#footnote-53)

1. вводная фаза;
2. фаза описания фактов;
3. фаза описания мыслей;
4. фаза описания переживаний;
5. фаза описания симптомов;
6. фаза обучения;
7. завершающая фаза

Вводная фаза.

Начинается процедура со знакомства – дебриферы и участники представляются. Ведущие выражают сожаление по поводу случившегося.

Затем устанавливаются цели дебрифинга – помочь справиться с последствиями травмирующего события. Следует подчеркнуть, что дебрифинг – это не психотерапия, эта процедура позволяет поделиться своими чувствами и реакциями, помочь себе и другим, узнать о том, какие бывают обычно реакции на подобные события и как с ними справляться.

Для создания атмосферы безопасности принимаются правила. Рекомендуемые правила:

* Оставаться в течение всего времени (два часа).
* Говорить только от себя (не обобщать высказывания).
* Не уходить от темы.
* Право не высказываться.
* Относиться друг у другу с уважением, не высказывать оценочных суждений.
* Сохранение конфиденциальности.

Участники могут дополнить этот список. Могут задать уточняющие вопросы. Правила обозначаются для того, чтобы уменьшить тревогу, которая естественным образом может возникать у участников. Декларируется, что ни одного из членов группы не могут принуждать говорить что-либо против его воли. Единственное условие участия – они должны назвать свое имя и выразить свое отношение к катастрофе или тому событию, участником или свидетелем которого они были. Однако от них требуется умение выслушивать, не перебивая и давая возможность высказаться всем желающим.

Члены группы должны быть уверены в соблюдении конфиденциальности содержания встречи. Ведущий дает гарантию, что все сказанное не выйдет за рамки этого круга. Членов группы также просят соблюдать конфиденциальность. Однако, можно обсудить возможность публикации обобщенных фактов. Возможно, что тогда они смогут помочь другим людям, вовлеченным в данную ситуацию или подобные, избавиться от ощущения уникальности собственных переживаний, которое ведет к замкнутости в себе и изоляции.

Нужно, чтобы участники знали, что дебрифинг не предполагает оценок, критики, споров.

Имеет смысл проговорить то, что во время процедуры возможно оживление сильных переживаний. Из-за этого участники могут почувствовать себя хуже. Но это необходимый этап проработки травматического опыта, без которого невозможно от этих переживаний освободиться. Однако это этап, и он будет иметь завершение.

Ведущие должны убедиться, что в помещении нет никого из посторонних – например, любопытствующих журналистов или представителей администрации, не имеющих непосредственного отношения к событию.

Фаза фактов.

Участникам предлагается по кругу ответить на следующие вопросы:

* Кто вы и как связаны с событием (или с жертвой)?
* Где вы были, когда случилось событие?
* Что случилось?
* Что вы видели? Слышали?

Таким образом, каждый человек кратко описывает то, что произошло с ним во время инцидента: как он увидел событие и какова была последовательность произошедшего.[[54]](#footnote-54)

Здесь возможны перекрестные вопросы участников друг другу, помогающие прояснить и сформировать объективную картину произошедшего. Это дает возможность восстановить ощущение ориентации в ситуации, что может способствовать упорядочиванию мыслей и чувств. Знание всех событий и их последовательности создает ощущение когнитивной организации.

Продолжительность фазы фактов может варьироваться. Чем дольше длился инцидент, тем длиннее должна быть эта фаза однако следует помнить, что это лишь этап работы. Стремление создать единое представление может привести к застреванию на ней. Так или иначе, человек может иметь собственное видение ситуации, которое определяется разными факторами: его местоположением в этот момент, длительностью участия, замеченными мелочами и др. Собственное видение определяет личный смысл случившегося для данного конкретного человека и становится впоследствии источником страданий.

Фаза мыслей.

На этой фазе дебрифинг фокусируется на процессах принятия решений и мышления.

Участники отвечают на вопросы:

* Какова была ваша первая мысль, когда вы осознали, что произошло? (вопрос для свидетелей события, спасателей, пострадавших).
* Какова была ваша первая мысль, когда вы узнали, что произошло? (вариант для тех, кто не был непосредственным свидетелем).
* Какие решения вы принимали? Почему?

Первая мысль зачастую содержит то, что составляет сердцевину тревоги. Однако высказать эти мысли для участников может быть затруднительно, потому что эти мысли кажутся неуместными или причудливыми или недостойными. Тем более важно поделиться ими. Сопоставление своей реакции с подобными реакциями других людей ***снижает напряжение и формирует общность*.**

Фаза чувств.

Обычно это самая длительная фаза дебрифинга. Предыдущие фазы актуализировали переживания, которые достаточно сильны и могут быть разрушительны для человека.

Задача этого этапа – создать такие условия, при которых участники могли бы ***вспомнить и выразить сильные чувства*** в условиях поддержки группы и в то же время поддержать других участников, которые также испытывают сильные страдания.

На этой фазе могут помочь такие вопросы, как:

* Как вы реагировали?
* Что было для вас самым ужасным из случившегося?
* Что запомнилось вам наиболее ярко?
* Какие телесные ощущения вы испытывали во время события?
* Что вы сказали бы погибшему, если у вас была бы такая возможность?

Желательно, чтобы все высказались по порядку. Однако, если группа большая, то отвечать можно в произвольном порядке.

Задача ведущих – поддерживать выражение чувств со стороны участников. При этом нужно поощрять участников отвечать друг другу, высказывать поддержку и выражать ее другими средствами (прикосновением, объятием, взглядом). Особенно важно мобилизовать групповую поддержку в моменты, когда состояние говорящего ухудшается.

Участники должны чувствовать, что любые их эмоции имеют право на существование, что они важны и достойны уважения.

Часто звучат такие чувства как ужас, страх, беспомощность, бессилие, одиночество. Очень характерное чувство для переживших катастрофу – чувство вины. Люди осуждают себя за те решения, которые им приходилось принимать в условиях недостатка информации, суеты и паники. Если кто-то из бывших с ними погиб, возможно возникновение переживания, которое называется «вина выжившего» – когда человек ощущает ответственность за их гибель, вину за неспособность помочь им и спасти погибших, переживает мысленные установки типа: «лучше бы вместо него погиб я».

Если у кого-то из участников ухудшается состояние, то это – ключевой момент для мобилизации групповой поддержки, сигнал соседу: положить руку на плечо или взять его руку в свою; сказать о том, что слезы здесь совершенно уместны и приемлемы.

Прикосновения являются очень мощным средством выражения поддержки. Люди, которые работают вместе, особенно если это мужчины, часто испытывают затруднения, когда нужно прикоснуться к коллеге, даже чтобы утешить, поэтому они нуждаются в особом разрешении.

Если кто-то выходит за дверь, один из ведущих должен последовать за ним и поговорить с ним какое-то время, чтобы поддержать и дать выразить сильные чувства. Выражение интенсивных чувств снизит напряжение и позволит вернуться в группу.

Важно обратить внимание на тех, кто кажется наиболее травмированными, кто молчит или у кого есть особенно выраженные симптомы. Это могут быть те, кто более всего подвергался риску. К таким участникам следует подойти после окончания и поговорить индивидуально.

Фаза симптомов.

Иногда эта фаза объединяется с предыдущей или последующей фазой. Но иногда имеет смысл выделить ее в отдельный этап работы. Некоторые реакции из-за своей необычайности должны быть обсуждены более детально.

Участников просят описывать симптомы (эмоциональные, когнитивные и физические), которые они пережили на месте действия; после завершения опасной ситуации; когда они возвратились домой; в течение последующих дней и в настоящее время.

Обязательно нужно задать вопросы о необычных переживаниях, о трудностях возврата к нормальному режиму жизни и работы.

**Обучающая фаза.**

На этой фазе обобщаются реакции участников и предоставляется информация о типичных реакциях на стресс.

Основные проявления посттравматического расстройства (ПТСР)

* Симптомы повторения. Повторяющиеся навязчивые воспоминания трагедии. Эпизоды «оживления» пережитого в форме иллюзий, галлюцинаций, флэшбэк-эпизодов. Повторяющиеся сновидения.
* Симптомы избегания. Стремление избежать разговоров, мыслей, чувств, мест, людей – всего, что может напоминать о трагедии. Блокировка (провалы) памяти. Отчуждение от близких.
* Симптомы возбуждения. Трудности засыпания и сохранения сна. Раздражительность, необоснованные вспышки злости. Трудности концентрации. Сверхбдительность. Преувеличенные реакции испуга.

Информацию можно раздать участникам в письменном виде и попросить их определить, какие из этих реакций они переживают.

Нужно:

* подчеркнуть то, что описанные состояния и симптомы – это нормальная реакция на ненормальную ситуацию, что со временем они пройдут;
* рассказать, каких реакций можно ожидать по прошествии некоторого времени;
* поговорить о методах самопомощи, о том, как участники смогут позаботиться о себе;
* информировать участников о том, где они смогут получить помощь;
* ответить на вопросы участников.

**Завершающая фаза.**

Для «заземления» опыта группы нужно:

* Кратко суммировать то, что было сказано.
* Спросить, не осталось ли чего-то важного, о чем хотелось бы сказать сейчас.
* Поблагодарить всех за участие, за то, что смогли поделиться своими чувствами, поддержать друг друга.
* Напомнить о конфиденциальности.
* Предложить участникам подумать о том, как они смогут поддерживать друг друга в дальнейшем.
* Возможно определить время и место новой встречи, которую они смогут организовать сами или при поддержке ведущих.

Пост-дебрифинг.

В течение 20-30 минут после завершения следует уделить время тем из участников, которые вызвали наибольшее беспокойство у ведущих, поговорить с ними один на один.

Затем необходимо обсудить с лидером проделанную работу, дать друг другу обратную связь, проговорить наиболее важные моменты.

Ведущие должны продумать пути профилактики возникновения у себя вторичной травматизации: каким образом они смогут позаботиться о себе, о самовосстановлении после проделанной работы, которая могла вызвать у них сильные чувства. Где и с кем они смогут отреагировать собственные эмоции от услышанного. Какие методы самопомощи они смогут использовать для себя

## Краткие выводы по 1 главе.

1. Для комбатантов характерно наличие психической травмы, как результата воздействия психотравмирующих раздражителей**.**
2. Социально-психологическая реабилитация является одним из необходимых компонентов медицинской реабилитации военнослужащих, получивших ранения и увечья в ходе боевых действий.
3. Метод «дебрифинга стресса критических инцидентов» один из методов групповой психологической коррекции, может быть использован в социально – психологической реабилитации военнослужащих, получивших ранения и травмы.в боевых действиях.

# ГЛАВА II. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ДЕБРИФИНГА В КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПОЛУЧИВШИХ БОЕВЫЕ РАНЕНИЯ.

## 2.1 Цель, гипотеза и задачи исследования.

**Цель исследования:** исследование эффективности метода психологического дебрифинга в комплексной системе социально-психологической реабилитации военнослужащих, получивших боевые ранения.

**Гипотеза:** применение метода психологического дебрифинга в комплексной системе социально-психологической реабилитации военнослужащих, получивших боевые ранения, позволяет глубоко изучить и выявить у обследуемых психические травмы, полученные в условиях боевой обстановки и провести их коррекцию при прохождении социально-психологической реабилитации в условиях многопрофильного реабилитационного центра.

**Задачи:**

1. Провести анализ теоретических исследований по влиянию боевых действий на психику военнослужащих, обобщить накопленный опыт их социально – психологической реабилитации.
2. Раскрыть систему методов социально – психологической реабилитации раненых.
3. Применить психологический дибрифинг как метод социально – психологической реабилитации военнослужащих в условиях 6 ЦВКГ.
4. Изучить динамику личностных особенностей раненых до и после прохождения курса реабилитации..
5. Оценить эффективность использования метода психологического дибрифинга в социально–психологической реабилитации военнослужащих в условиях 6 ЦВКГ.

## 2.2. Методика исследования.

Общая характеристика испытуемых. Настоящее психологическое исследование проведено в период 01.10.2003г. по 01.04.2004гг. на базе 6 Центрального военного клинического госпиталя – Всеармейского реабилитационного центра.

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 возаст – 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 протезирование, психологическое консультирование, медикаментозное лечение, физиотерапия, музыкотерапия.
* *Экспериментальная группа -* 20 раненых, с которыми проводились те же мероприятия и дополнительно дебрифинг стресса критических инцидентов.

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

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 соответствии с основной целью исследования и для решения поставленных задач было проведено комплексное клинико-психологическое обследование 40 военнослужащих в возрасте от 19 до 23лет (средний возраст – 22,3+1,7 лет), поступивших в госпиталь после ранений полученных при выполнении служебного долга в Чеченской республике. В ходе этого обследования были использованы следующие методики: САН, СМОЛ, шкала оценки уровня тревожности Спилбегера-Ханина, проективные методики: «Дом – дерево –человек»(«ДДЧ»), « Рисунок несуществующего животного» (РНЖ).

### 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[[55]](#footnote-55).
2. Диагностический этап исследования: комплексное психологическое обследование с использованием следующих тестовых методик: опосник САН; опосник Спилбегеа – Ханина; тест СМОЛ; проективные методы «Дом-Дерево-Человек», «Несуществующее животное»[[56]](#footnote-56).
* комплексная психологическая диагностика на этапе общего обследования при поступлении в госпиталь;
* через 6 месяцев – после проведения сеансов психологического дебрифинга.

### Диагностический этап исследования.

Для диагностики личностных особенностей испытуемых используются следующие психологические тесты и методики: (СМОЛ, Спилбегер, САН, а также проективные методы "Дом-Дерево-Человек", "Несуществующее животное", «Дерево»).

Комплексное применение тестовых методик позволяет с большей вероятностью определить актуальный психологический статус раненого, исследовать наиболее остро травмирующие его психику факторы. *С каждым военнослужащим проводятся индивидуальные беседы, целью которых являются первичная диагностика имеющихся проблем и психических травм.*

**Используемые методики:**

Методика САН

*Цель****:***оперативная оценка самочувствия, активности и настроения.

*Описание методики:* опросник состоит из 30 пар противоположенных характеристик, по котором испытуемого просят оценить свое состояние. Каждая пара представляет собой шкалу, на которой испытуемый отмечает степень выраженности той или иной характеристики своего состояния.

*Инструкция:* вам предлагается описать свое состояние, которое вы испытываете в настоящий момент, с помощью таблицы, состоящей из 30 полярных признаков. Вы должны в каждой паре выбрать ту характеристику, которая наиболее точно описывает Ваше состояние, и отметить цифру, которая соответствует степени (силе) выраженности данной характеристике.

*Обработка данных:*

Самочувствие (сумма баллов по шкалам): 1,2,7, 8, 13,14, 19.20, 25,26.

Активность (сумма баллов по шкалам): 3,4,9,10,15.16,21,22,27,28.

Настроение (сумма баллов по шкалам): 5,6,11,12,17,18,23,24,29,30.

Полученные результаты по каждой категории делятся на 10. Средний балл шкалы 4. Оценки, превышающие 4 балла, говорят о благоприятном состоянии испытуемого, оценки ниже 4 свидетельствуют об обратном. Нормальные оценки состояния лежат в диапазоне 5,0 – 5,5 баллов.

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

*Цель:* методики - самооценка уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда нарушение тонкой координации. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями.

*Обработка и интерпретация результатов*: при интерпретации результат можно оценивать так: до 30 – низкая тревожность; 31-45 – умеренная тревожность; 46 и более - 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 (1), Депрессии (2), Истерии (3), Психопатии (4), Паранойяльности (6), Психоастении (7), Шизоидности (8), Гипомании (9)[[57]](#footnote-57).

*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.

Тест « Несуществующее животное» («РНЖ»)

По своему характеру относится к числу проективных методов. Этот тест построен на теории психомоторной связи. Для регистрации состояния психики используется исследование моторики (в частности, моторики рисующей доминантной правой руки, зафиксированной в виде графического следа движения, рисунка

*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

Комплексный рисуночный тест «Дом – дерево – человек» («ДДЧ»)

Предложен Дж. Буком в 1948 году. Суть методики заключается в следующем, обследуемому предлагается нарисовать дом, дерево, человека. Затем проводится опрос по разработанному плану. По мнению Дж. Бука, по рисункам можно судить об аффективной сфере личности, ее потребностях, и др. Автор демонстрирует возможность теста определять уровень интеллектуального развития.

Р. Бернс при использовании данного теста просит изобразить дерево, дом и человека в одном рисунке, в одной происходящей сцене. Считается, что взаимодействие между домом, деревом и человеком представляет собой зрительную метафору. Если привести весь рисунок в действие, вы увидите, что действительно происходит в нашей жизни.

Другим способом интерпретации может быть порядок, в котором рисуется дом, дерево и человек.[[58]](#footnote-58)

### Психокоррекционный этап:

### применение метода психологического дебрифинга в работе с ранеными.

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 здоровья и восстановление профессиональной пригодности раненых.

 Применение метода психологического дебрифинга наиболее оправдано тем, что фомируемая группа однородна по имеющейся у ее участников проблематике. Наиболее типичными ситуациями, выделяющимися как психотавмиующие 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 принимала участие экспериментальная группа (20 человек).

Местом для проведения сеанса может быть любое помещение удобное, доступное и изолированное. *Его цель* – минимизация и купирование психологических страданий военнослужащих и предупреждение развития синдрома посттравматических стрессовых расстройств. Процесс дебрифинга обычно состоит из трех основных частей: «вентиляции» чувств в группе и оценивания стресса; подробного обсуждения «симптоматики», психологической поддержки; мобилизация личностных ресурсов, предоставления необходимой информации и планирования дальнейшей помощи.

Выделяются от 5 до 7 обязательных фаз через которые проходит группа:

1. Вводная*:* представление ведущего, разъяснение целей, задач и правил дебрифинга, снятие тревоги у участников по поводу «необычности» процедуры.
2. Факт: каждый рассказывает о том, что происходило с ним: что он видел , где находился и что делал. Восстанавливается полная картина инцидента и хронология событий. Согласие относительно фактов способствует осмыслению пережитых событий, осознанию и систематизации полученного опыта. Выражения эмоций на этой фазе допускать не следует.
3. Мысли, эмоции, чувства: ведущий просит перейти от описания событий к рассказу о внутренних психологических реакциях во время пережитых событий. Очень важно припомнить самые первые впечатления, пронесшиеся в голове мысли, импульсивные поступки и эмоциональные реакции. Несмотря на то, что рассказы могут приобретать весьма драматический характер, нельзя допускать, чтобы доминировали чувства кого - либо из участников, а все остальные превратились бы в слушателей: каждый должен получить возможность высказаться и постараться выразить свои переживания. Ведущий поддерживает в группе понимание того, что, высказываясь, участники вновь переживают сильный стресс, однако это происходит в ситуации, когда реальная опасность миновала, а их чувства находят понимание и поддержку группы.
4. Симптомы: обсуждаются основные эмоциональные, поведенческие и физиологические проявления постстрессового периода, отмечаемые участниками изменения в восприятии своего «Я» и окружающего мира. Ключевой вопрос этой фазы - « Что изменилось в Вас, в Вашем восприятии и оценке людей и событий?» «Составляется перечень симптомов, описывающий психологические последствия критического инцидента в данной конкретной группе. Каждый участник получает возможность лучше разобраться в своем состоянии, отмечая и те симптомы, о которых в силу разных причин он не высказывался.
5. Образование (информирование): разъяснение участникам природы постстрессовых как «нормальных реакций на экстремальную ситуацию»; обсуждение вариантов и способов преодоления имеющих место и возможных в будущем отрицательных психологических последствий.
6. «Закрытие прошлого и новое начало»: подводится своеобразный итог под тем, что было пережито. Прошлое нельзя просто забыть, оно требует активного к себе отношения с тем, чтобы найти в себе силы для жизни в изменившихся условиях. Ритуалы «закрытия прошлого» выработаны в культуре (поминовения, годовщины, посещения мест, связанных с событиями и пр.), однако они предполагают и собственное творческое участие: например, многие из переживших катастрофу посвящают себя тому, чтобы помочь избежать новых катастроф или уменьшить их травматические последствия, используют свой опыт при оказании помощи, участвуют в деятельности добровольных спасательных бригад и т.п.

## 2.3 Результаты исследования

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

Для вычисления значимых различий использовался t-критерий Стъюдента[[59]](#footnote-59) Критические значения показателя t = 2,05; для *р* <= 0,05

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Показатель* | *Среднее значение контрольной группы* | *Среднее значение экспериментальной группы* | *t-критерий* |
| Самочувствие | 4,07 | 4,13 | 0,25 |
| Активность | 4,1 | 4,0 | 0,33 |
| Настроение | 4,5 | 4,2 | 0,15 |
| Личностная тревожность | 37,6 | 37,3 | 0,17 |
| Реактивная тревожность | 44,2 | 43,6 | 0,15 |
| Шкала лжи (L) | 49,9 | 45,2 | 0,87 |
| Достоверность (F) | 50,2 | 48,2 | 0,09 |
| Коррекция (К) | 54,5 | 54,9 | 0,18 |
| Ипохондрия (1) | 56,4 | 57,5 | 0,38 |
| Депрессия (2) | 60,3 | 58,8 | 0,57 |
| Истерия (3) | 52,4 | 53,3 | 0,46 |
| Психопатия (4) | 48,0 | 48,1 | 0,02 |
| Паранойяльность (6) | 51,4 | 51,0 | 0,13 |
| Психоастения (7) | 58,1 | 54,9 | 0,81 |
| Шизоидность (8) | 54,0 | 55,9 | 0,38 |
| Гипомания (9) | 52,0 | 49,8 | 0,56 |

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.

### 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[[60]](#footnote-60).

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.

Методика СМОЛ**.**

*Сравнение средних значений СМОЛ у испытуемых контрольной и экспериментальной групп позволило выявить несколько характерных тенденций: [[61]](#footnote-61).*

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[[62]](#footnote-62).

Для обследования *подсознательной*части психики в исследовании используются следующие проективные тестовые методики (рисунки „Дом - дерево - человек”, „Несуществующее животное”[[63]](#footnote-63):

Основные показатели, полученные с помощью графических методов (контрольная группа до реабилитации.)

* *тревожность* (основные признаки: акцентированный контур основы, размещение рисунка над центром листа, открытый рот, большие глаза, контур фигуры затемнен, сильный нажим и др.) обнаружены у 76% испытуемых;
* *уверенность в себе* (основные признаки: широкая листва ветви вверх, широкие ветви, широкие плечи, смещение рисунка вправо и др.) обнаружены у 9,3%исп.;
* *доверие* (дом вблизи, открытые двери, наличие крыльев) обнаружены у 7% испытуемых;
* *мнительность* (основные признаки: контур фигуры удвоен, ноздри, волосы не заштрихованы, не закрашены, рот с зубами) обнаружены у 11,3% испытуемых;
* *общительность* (основные признаки: дом вблизи, открытые двери, много окон, широкая листва, наличие крыльев и др.) обнаружены у 7% испытуемых;
* *замкнутость* (основные признаки: дом вдали, отсутствие дверей, ствол сужается к низу, контур фигуры в острых углах) обнаружены у 36,3% исп.;
* *низкая самооценка (* основные признаки: ветви вниз *,* руки за спиной, руки в карманах, рисунок ближе к нижнему краю листа и др.)обнаружены у 76% исп.;
* *высокая самооценка* (основные признаки: земля, изображенная несколькими различными чертами, положение рисунка в верхнем крае листа) обн. у 4,6%исп.;
* *адаптация*(основные признаки: широкая листва, земля, изображенная одной чертой, наличие ушей, крепкие лапы и др.) обнаружены у 11, 6% испытуемых;
* *дезадаптация (агрессия, пассивность)* (основные признаки: дом вдали, смещение рисунка влево, наличие рогов, когтей, зубов) обнаружено у 73,6%испытуемых

Основные показатели, полученные с помощью графических методов (экспериментальная группа до реабилитации.) [[64]](#footnote-64)

* *тревожность* (основные признаки: акцентированный контур основы, размещение рисунка над центром листа, открытый рот, большие глаза, контур фигуры затемнен, сильный нажим и др.) обнаружены у 73% испытуемых;
* *уверенность в себе* (основные признаки: широкая листва ветви вверх, широкие ветви, широкие плечи, смещение рисунка вправо и др.) обнаружены у 10%испытуемых;
* *доверие* (дом вблизи, открытые двери, наличие крыльев) обнаружены у 7,3% испытуемых;
* *мнительность* (контур фигуры удвоен, ноздри, волосы не заштрихованы, не закрашены, рот с зубами) обнаружены у 12,6 % испытуемых;
* *общительность* (основные признаки: дом вблизи, открытые двери, много окон, широкая листва, наличие крыльев и др.) обнаружены у 9 % испытуемых;
* *замкнутость* (основные признаки: дом вдали, отсутствие дверей, ствол сужается к низу, контур фигуры в острых углах) обнаружены у 33% исп.;
* *низкая самооценка (* основные признаки: ветви вниз *,* руки за спиной, руки в карманах, рисунок ближе к нижнему краю листа и др.)обнаружены у 76,3% испытуемых;
* *высокая самооценка* (основные признаки: земля, изображенная несколькими различными чертами, положение рисунка в верхнем крае листа)обнаружено у 5% испытуемых;
* *адаптация*(основные признаки: широкая листва, земля, изображенная одной чертой, наличие ушей, крепкие лапы и др.) обнаружены у 11, 3% испытуемых;
* *дезадаптация(агрессия, пассивность)* (основные признаки: дом вдали, смещение рисунка влево, наличие рогов, когтей, зубов) обнаружено у 75%испытуемых.

### Результаты обследования раненых после реабилитации

Методика САН

После повторного обследования испытуемых контрольной группы с помощью методики САН были получены следующие результаты (см. таблицы 1, 2).

Таблица 1. Результаты обследования испытуемых

контрольной группы с помощью методики САН

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Самочувствие | Активность | Настроение |
| Норм. | 5,0 – 5,5 | 5,0 – 5,5 | 5,0 – 5,5 |
| Ср. знач. | 4,4 | 4,6 | 4,6 |

По результатам повторного обследования с помощью методики САН средние значения контрольной группы 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.

Таблица 2 Результаты обследования испытуемых

экспериментальной группы с помощью методики САН.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Самочувствие | Активность | Настроение |
| Норм. | 5,0 – 5,5 | 5,0 – 5,5 | 5,0 – 5,5 |
| Ср. знач. | 5,4 | 5,3 | 5, 9 |

По результатам повторного обследования с помощью методики САН средние значения экспериментальной группы по шкалам «Активность» и «Настроение» выше среднестатистических показателей[[65]](#footnote-65).

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 (см. таблицу 3).

Таблица 3Результаты обследования испытуемых контрольной группы

с помощью методики исследования самооценки уровня тревожности

Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Личностная тревожность | Реактивная тревожность |
| Средний уровень тревожности | 31-45 | 31-45 |
| **Среднее значение** **по группе** | **36,6** | **43,0** |

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 4)

Таблица 4. Результаты обследования испытуемых экспериментальной группы с помощью методики исследования самооценки уровня тревожности Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Личностная тревожность | Реактивная тревожность |
| Средний уровень тревожности | 31-45 | 31-45 |
| **Среднее значение** **по группе** | **35,7** | **37,7** |

Методика СМОЛ

Таблица 5. Результаты обследования испытуемых

контрольной группы по методике СМОЛ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Шкалы*** | **L** | **F** | **K** | **1** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***6*** | ***7*** | ***8*** | ***9*** |
| **Max.** | 76 | 54 | 60 | 66 | 73 | 65 | 75 | 70 | 75 | 72 | 64 |
| **Min.** | 38 | 39 | 38 | 45 | 46 | 46 | 25 | 38 | 44 | 36 | 35 |
| **Среднее** | ***46*** | ***47,4*** | ***51,6*** | ***56,7*** | ***60,1*** | ***52,7*** | ***51,5*** | ***52,1*** | ***58,2*** | ***55,5*** | ***50,5*** |

Примечание: мах – максимальное значение показателей шкал, помещенных в приложении,

мin – минимальное значение показателей шкал, помещенных в приложении,

среднее – среднее значение показателей шкал в группе.

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.

Все остальные значения шкал лежат в пределах среднестатистической нормы[[66]](#footnote-66).

Анализ полученных результатов показал наличие *слабовыраженной* тенденции к снижению показателей практически по всем шкалам методики СМОЛ (см. таблицу 5 и приложение 10).

Таблица 6. Результаты обследования испытуемых

экспериментальной группы по методике СМОЛ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкалы | L | F | K | 1 | 2 | 3 | 4 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Max. | 59 | 59 | 60 | 61 | 68 | 55 | 62 | 64 | 59 | 67 | 62 |
| Min. | 38 | 37 | 40 | 35 | 37 | 39 | 34 | 35 | 31 | 32 | 35 |
| Среднее | 44,5 | 47,4 | 49,8 | 50,3 | 50,6 | 48,5 | 48,4 | 46,3 | 47,8 | 51,5 | 47,9 |

Примечание: мах – максимальное значение показателей шкал, помещенных в приложении,

мin – минимальное значение показателей шкал, помещенных в приложении,

среднее – среднее значение показателей шкал в группе.

Анализ базисных шкал показал, что показатели шкал, имевших высокие значения (шкалы ипохондрии (1), депрессии (2), психоастении (7) после проведения реаблитации с использованием метода психологического дебрифинга снизились до среднестатистических параметров (см. таблицу 6, приложение 13).

Основные показатели, полученные с помощью графических методов

(контрольная группа после реабилитации) [[67]](#footnote-67)

* *тревожность* (основные признаки: акцентированный контур основы, размещение рисунка над центром листа, открытый рот, большие глаза, контур фигуры затемнен, сильный нажим и др.) обнаружены у 55 % испытуемых;
* *уверенность в себе* (основные признаки: широкая листва ветви вверх, широкие ветви, широкие плечи, смещение рисунка вправо и др.) обнаружены у 27,3%исп.;
* *доверие* (дом вблизи, открытые двери, наличие крыльев) обнаружены у 19% испытуемых;
* *мнительность* (основные признаки: контур фигуры удвоен, ноздри, волосы не заштрихованы, не закрашены, рот с зубами) обнаружены у 4,3% испытуемых;
* *общительность* (основные признаки: дом вблизи, открытые двери, много окон, широкая листва, наличие крыльев и др.) обнаружены у 22 % испытуемых;
* *замкнутость* (основные признаки: дом вдали, отсутствие дверей, ствол сужается к низу, контур фигуры в острых углах) обнаружены у 24,6% исп.;
* *низкая самооценка (* основные признаки: ветви вниз *,* руки за спиной, руки в карманах, рисунок ближе к нижнему краю листа и др.)обнаружены у 58 % исп.;
* *высокая самооценка* (основные признаки: земля, изображенная несколькими различными чертами, положение рисунка в верхнем крае листа)обнаружены у 17,6%испытуемых;
* *адаптация*(основные признаки: широкая листва, земля, изображенная одной чертой, наличие ушей, крепкие лапы и др.) обнаружены у 26,3 % испытуемых;
* *дезадаптация(агрессия, пассивность)* (основные признаки: дом вдали, смещение рисунка влево, наличие рогов, когтей, зубов) обнаружено у 55%испытуемых

Основные показатели, полученные с помощью графических методов

(экспериментальная группа после реабилитации)[[68]](#footnote-68)

* *тревожность* (основные признаки: акцентированный контур основы, размещение рисунка над центром листа, открытый рот, большие глаза, контур фигуры затемнен, сильный нажим и др.) обнаружены у 45,6 % испытуемых;
* *уверенность в себе* (основные признаки: широкая листва ветви вверх, широкие ветви, широкие плечи, смещение рисунка вправо и др.) обнаружены у 28,3%исп.;
* *доверие* (дом вблизи, открытые двери, наличие крыльев) обнаружены у 22,6% испытуемых;
* *мнительность* (основные признаки: контур фигуры удвоен, ноздри, волосы не заштрихованы, не закрашены, рот с зубами) обнаружены у 2,3% испытуемых;
* *общительность* (основные признаки: дом вблизи, открытые двери, много окон, широкая листва, наличие крыльев и др.) обнаружены у 25,6 % испытуемых;
* *замкнутость* (основные признаки: дом вдали, отсутствие дверей, ствол сужается к низу, контур фигуры в острых углах) обнаружены у 21,6% исп.;
* *низкая самооценка (* основные признаки: ветви вниз *,* руки за спиной, руки в карманах, рисунок ближе к нижнему краю листа и др.)обнаружены у 47,6 % исп.;
* *высокая самооценка* (основные признаки: земля, изображенная несколькими различными чертами, положение рисунка в верхнем крае листа)обнаружены у 28,3 %испытуемых;
* *адаптация*(основные признаки: широкая листва, земля, изображенная одной чертой, наличие ушей, крепкие лапы и др.) обнаружены у 32,3 % испытуемых;
* *дезадаптация(агрессия, пассивность)* (основные признаки: дом вдали, смещение рисунка влево, наличие рогов, когтей, зубов) обнаружено у 51%испытуемых

## 2.4 Обсуждения результатов.

Методика САН

**Диаграмма 1**. Результаты теста САН (контрольная группа)



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 теста САН (экспериментальная группа)



При сопоставлении полученных результатов обследования до и после применения метода психологического дебрифинга 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 психологического дебрифинга приводит к значительным улучшениям функционального и психологического состояния военнослужащих, получивших ранения в Чеченской республике.

Методика исследования реактивной и личностной тревожности

 Ч.Д. Спиблергера – Ю. Л. Ханина

**Диаграмма 3.**Результаты теста (контрольная группа)



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 3)

**Диаграмма 4.** Результаты теста (экспериментальная группа)



При сопоставлении полученных результатов обследования до реабилитации и после реабилитационных мероприятий у экспериментальной группы были обнаружены значимые изменения по шкале «реактивной тревожности», что говорит о снижении уровня ситуативной тревоги (см. диаграмму 4)Подобный результат может свидетельствовать о положительном влиянии психологического дебрифинга на военнослужащих.

Это позволяет нам сделать вывод о том, что реабилитационная работа в госпитале без психологической поддержки приводит к незначительным улучшениям психологического состояния 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 5).

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

**Диаграмма 5.**

Результаты по методике СМОЛ (Контрольная группа)



При сопоставлении результатов до и после проведения психологического дебрифинга у испытуемых контрольной группы были выявлены следующие тенденции: к снижению уровня ипохондрии, депрессии и психоастении.

**Диаграмма 6.**

Результаты по методике СМОЛ (Экспериментальная группа)



Графические методики

**Диаграмма 7.** Результаты обследования с помощью

графических методик(контрольная группа)



*Анализ результатов исследования.* Все особенности больных, которые наиболее часто прослеживались в их рисунках, представлены в диаграмме в виде средних параметров для их сравнения до и после реабилитации.

Из диаграммы 7, контрольной группы средних значений видно, что больным наиболее свойственны такие психоэмоциональные особенности как тревожность, низкая самооценка и дизадаптация. Эти показатели ярко прослеживаются в диаграмме 7, в средних значениях (76%, 76%, 73,6% - соответственно) до реабилитации. И снижении этих показателей после реабилитации (средние: 55%, 58%, 55%).

В свою очередь такие показатели как доверие с 7% до 19%; общительность с 7% до 22%; адаптация с до 11,6% до 26,3% возросли, что свидетельствует о положительном эффекте СПР.

**Диаграмма 8***.*Результаты обследования с помощью

графических методик (экспериментальная группа)



Анализ результатов исследования.

Все особенности больных, которые наиболее часто прослеживались в их рисунках, представлены в таблицах в виде средних параметров для их сравнения до и после реабилитации.

Из диаграммы 8, экспериментальной группы средних значений видно, что больным наиболее свойственны такие психоэмоциональные особенности как тревожность, низкая самооценка и дизадаптация. Эти показатели ярко прослеживаются в диаграмме 8, в средних значениях (73%, 76,3%, 75% - соответственно) до реабилитации. И снижении этих показателей после реабилитации (средние: 45%, 47,6%, 51%).

В свою очередь такие средние показатели как доверие с 7,3% до 22,6%; общительность с 9% до 25,6%; адаптация с до 11,3% до 32,3% возросли, что свидетельствует о положительном эффекте дебрифинга стресса критических ситуаций.

### Статистический анализ результатов обследования испытуемых контрольной и экспериментальной групп после прохождения реабилитации

Для вычисления значимых различий использовался t-критерийСтъюдента[[69]](#footnote-69)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Показатель*** | ***К. г.*** | ***Э.г.*** | ***p*** | ***tкр.*** | ***t*** | ***Результат*** |
| Самочувствие | 4,4 | 5,4 | <=0,01 | 2,70 | 7,14 | Выборки значимо отличаются друг от друга. Выборка Э превосходит выборку К по уровню признака. |
| Активность | 4,6 | 5,3 | <=0,01 | 2,70 | 4,11 | Выборки значимо отличаются друг от друга. Выборка Э превосходит выборку К по уровню признака |
| Настроение | 4,6 | 5,9 | <=0,01 | 2,70 | 5,9 | Выборки значимо отличаются друг от друга. Выборка Э превосходит выборку К по уровню признака. |
| Личностная тревожность | 36,6 | 35,7 | <=0,05 | 2,02 | 0,64 | Выборки статистически не отличаются друг от друга. |
| Реактивная тревожность | 43 | 37,7 | <=0,01 | 2,70 | 4,01 | Выборки значимо отличаются друг от друга. Выборка К превосходит выборку Э по уровню признака. |
| Шкала лжи (L) | 46,5 | 44,5 | <=0,05 | 2,02 | 0,64 | Выборки статистически не отличаются друг от друга |
| Достоверность (F) | 47,4 | 47,4 | <=0,05 | 2,02 | 4,01 | Выборки статистически не отличаются друг от друга |
| Коррекция (К) | 51,6 | 49,8 | <=0,05 | 2,02 | 0,86 | Выборки статистически не отличаются друг от друга |
| Ипохондрия (1) | 56,7 | 50,3 | <=0,05 | 2,02 | 0 | Выборки значимо отличаются друг от друга. Выборка К превосходит выборку Э по уровню признака. |
| Депрессия (2) | 60,1 | 51,6 | <=0,05 | 2,02 | 1,06 | Выборки значимо отличаются друг от друга. Выборка К превосходит выборку Э по уровню признака. |
| Истерия (3) | 52,7 | 48,5 | <=0,05 | 2,02 | 2,72 | Выборки статистически не отличаются друг от друга |
| Психопатия (4) | 51,5 | 48,5 | <=0,05 | 2,02 | 0,32 | Выборки статистически не отличаются друг от друга |
| Паранойяльность (6) | 52,1 | 46,3 | <=0,05 | 2,02 | 1,15 | Выборки статистически не отличаются друг от друга |
| Психоастения (7) | 58,2 | 47,8 | <=0,01 | 2,70 | 3,71 | Выборки значимо отличаются друг от друга. Выборка К превосходит выборку Э по уровню признака. |
| Шизоидность (8) | 55,5 | 51,5 | <=0,05 | 2,02 | 0,52 | Выборки статистически не отличаются друг от друга |
| Гипомания (9) | 50,5 | 47,9 | <=0,05 | 2,02 | 0,26 | 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 Стъюдента; t – значение t-критерия. *Результат* –обсуждение полученных данных; выделенным шрифтом обозначены показатели шкал, 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 сеансы психологического дебрифинга приводит к снижению уровня реактивной тревожности.

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 помощью метода психодрамы 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 свидетельствуе.т о том, что использование сеансов психологического дебрифинга в реабилитации рененых позволяет снизить уровень ипохондрии, психоастении и депрессии.

## Выводы по 2 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; в отношении к своей болезни у комбатантов преобладает страх стать обузой для окружающих и боязнь их неблагожелательного отношения к себе; тревожная мнительность относительно успеха протезирования и реабилитации.
2. После проведения сеансов психологического дебрифинга снизился уровень тревожности, агрессивности, эмоционального дискомфорта; повысились активность и настроение, улучшилось самочувствие; выявились тенденции снижению уровня ипохондрии и депрессии. После сеансов увеличилось количество испытуемых, имеющих гармоничный тип отношения к болезни.
3. Психологическое дебрифинг является эффективным способом социально – психологической реабилитации военнослужащих получивших ранения и увечья в Чеченской республике.
4. Методика проведения психологического дебрифинга может быть использована практикующими психологами в любом учреждении медико–психолого-социальной реабилитации участников боевых действий.

# **Заключение**

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

Дебрифинг стресса критических инцидентов является одним из методов групповой психокоррекции социально-психологической реабилитации. Проведенное на базе 6 Центрального военного клинического госпиталя - Всеармейского реабилитационного центра исследование эффективности использования метода психологического дебрифинга в социально –психологической реабилитации военнослужащих, получивших ранения в Чеченской республике показало, что метод психологического дебрифинга позволяет глубоко изучить и выявить у обследуемых психические травмы и провести их коррекцию, в условиях многопрофильного реабилитационного центра. Выдвинутая гипотеза подтвердилась.

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

В целом результаты обследования позволяют говорить о том, что, эмоционально пережив и осознав психотравмирующие события из своего прошлого и их причины, раненые во многом излечивают свои психические травмы. После проведения сеансов ПД у раненыхснизился уровень эмоционального дискомфорта тревожности и агрессивности; повысились активность и настроение, улучшилось самочувствие; снизились тенденции к депрессии, ипохондрии.

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

Осознание и эмоциональное отреагирование ранеными военнослужащими психотравмирующего опыта позволяет им быстрее и эффективнее проходить курс лечения и реабилитации в госпитале и адаптироваться к будущей жизни.

Таким образом*, исцеляющее воздействие* психологического дебрифинга как метода психокоррекции во многом связано с тем, что психологическая правда человека предъявляется им в ситуации эмоционального и рационального принятия другим, в условиях, пробуждающих его откровенность. Все это способствует личностному росту, укрепляют надежду на изменения, стимулируют ответственность за свою жизнь и принимаемые решения, оказывают положительное воздействие на индивидуально-психологические особенности личности военнослужащих, получивших ранения и увечья в ходе боевых действий.

## 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. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. — М.: Медицина, 1993. - 400 с.
4. Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак Л. И., Щукин В. П. Психогении в экстремальных условиях — М.: Медицина, 1991. — 96 с.
5. Барц Э. Игра в глубокое: введение в юнгиансую психодраму / Пер. с нем. К.Б. Кузьминой. – М.: Класс, 1997. – 137 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. Березовец В.В. Социально – психологическая реабилитация ветеранов. Дисс. … канд. психол. наук, М.,1997. – 165 с.
8. 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. – 281 с.
9. 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. — 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 редакцией Иванова В.Н., Голова Ю.С., Щеголькова А.М. – Т. 3. – М.: Изд. 6 ЦВГК МО РФ, 1998. – 281 с.
13. Групповая психотерапия / Под. Ред. Б.Д. Карвасарского, С. Ледера. – М.: Медицина, 1990. – 384 с.
14. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности. – СПб.: Питер, 2001. – 560 с.
15. Захаров В. И., Стрельников А. А., Цыган В. Н*.* Клинико-патофизиологические особенности пери­ода реабилитации у раненых// Общая патология боевой травмы. — СПб, 1994. — 145 c.
16. Иванов А.Л., Дыбов М.Д., Мягков Ю.А. Использование проектных методик (графических тестов) в психологической диагностике с функциональными нарушениями сексуальной сферы //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.
17. 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
18. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. - Л-д.: «Медицина», 1983. – 210
19. Келлерман П.Ф. Психодрама крупным планом: Анализ терапевтических механизмов / Пер. с англ. И.А. Лаврентьевой.- М.: Класс, 1998. – 236 с.
20. Конторович В. А., Анцупова Г. Л. Психологический дебрифинг как одна из форм помощи вскоре после участия в кризисной ситуации // Особенности проявления посттравматического стрессоового расстройства у военнослужащих - участников боевых действий и членов их семей. Стратегия психологической помощи: Сборник статей. - г. Ростов-на-Дону, 2001.
21. Короткова Н.В. Психологическая и медицинско – психологические особенности ветеранов.: Дисс…канд.психол.наук., СПб., 2000. – 174 с.
22. Кроль Л.М., Михайлова Е.Л. О том, что в зеркалах: Очерки групповой психотерапии и тренинга. – М.: Класс,1999. – 225 с.
23. Лейтц Г. Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я.Л. Морено. М., Прогресс, 1994.- 347 с.
24. 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.
25. Маклаков А. Г*.* Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослу­жащих: Автореф. дисс. ... докт. психол. наук.— СПб.: ЛГУ, 1996.— 37 с.
26. Медицинская реабилитация раненых и больных / Под ред. Ю.Н. Шанина. – СПб.: “Специальная литература”, 1997. – 960 с.
27. Методическое пособие по работе с посттравматическим стрессовым расстройством. – СПб., ин-т ГАРМОНИЯ, 2001.
28. 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.
29. Морено Я. Л. Театр спонтанности. – Красноярск, 1993 . – 123 с.
30. Наенко Н. И. Психическая напряженность.— М.: МГУ, 1976.— 112 с.
31. Наследов А.Д., Тарасов С.Г. Применение математических методов в психологии: Учебное пособие. – СПб.: Изд-во С.-Пб. ун-та, 2001.– 208 с.
32. Новицкий А.А. Синдром хронического эколого-профессионального перенапряжения и проблемы сохранения здоровья личного состава в процессе военно-профессиональной деятельности // Труды Воен.-мед. акад.- СПб., 1994.- Т. 235.- С. 8-17.
33. Основные направления современной психотерапии: Учебное пособие /Е.С. Калмыкова, Х. Кэхеле, Н.Д. Семенова и др.- М.: Когито – Центр, 2000. – 377 с.
34. 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., 1990. — 18 с.
35. Проблемы социальной реабилитации участников войны в Афганистане (1979 – 1989 гг.): Сб. Рос. акад. наук. Институт социологии. – М., 1995. – 139 с.
36. 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.
37. Попов В.Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий.: Дисс. …канд. психол. наук, М., 1992. -214 с.
38. Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии: Учебное пособие // Под общей ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. – СПб: Издательство «Питер», 2000. – 560 с.
39. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ»,1998 – 672 с.
40. Психологические тесты в двух томах. Под. ред. А.А.Карелина, т.1 Москва: Гуманитарный издательский центр, 2002 – 116 с.Раневая болезнь и медицинская реабилитация. /Сборник научных трудов. — СПб.: Военно-мед. академия, Межгосударственный НИИ реабилитации участников войн, 1995. — 143 с.
41. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии. – СПб.: Речь, 2002. – 416 с.
42. Романова Е.С.. Потемкина С.Ф. Графические методы в психологической диагностике. – М.: Дидакт, 1992. – 256 с.
43. Рудестам К.Э. Групповая психотерапия. Психокоррекционная группа: теория и практика. М., Прогресс, 1993.
44. Словарь практического психолога /Сост. С.Ю. Головин. – Минск: Харвест, 1998. – 800 с.
45. Свядощ А.М. Неврозы. -М., 1982.-336 с.
46. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – СПб.: ООО «Речь», 2002. – 350 с.
47. 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.
48. Справочник военнослужащих – участников контртеррористических операций на территории Чеченской Республики. Информационно – правовой центр «Надежда».Н.В.Кузнецова, С.А.Белякин, А.В.Ломакин, Е.В.Кузнецова. Москва 2003г.
49. Справочник практического психолога. –СПб.:Сова, М.: ЭКСМО, 2003. – 928с:ил. Таланов В.Л., Малкина – Пых И.Г.
50. Удинцов Е. И. Социально-гигиенические аспекты инвалидности. — М.: Медицина, 1985. — 125 с.
51. 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.

 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>=tст.; t кр.расчитывается в зависимости от количества испытуемых по таблице критических значений, по числу степеней свободы

 N=n1+n 2-2, оно равно для выборки из 40 человек ,38. Следовательно, t кр.

для Р=0,05; 2,02, а t кр.для Р= 0,01; 2,70.

Приложение 2*.*

**Результаты обследования контрольной и экспериментальной групп**

**по методике САН до реабилитации**

Контрольная группа

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ исп.** | **Самочувствие** | **Активность** | **Настроение** |
| 1 | 5,3 | 4,6 | 4,8 |
| 2 | 5,1 | 5,3 | 5,5 |
| 3 | 3,2 | 3,4 | 3,9 |
| 4 | 4,4 | 4,8 | 5,3 |
| 5 | 3,9 | 4,2 | 4,6 |
| 6 | 4,5 | 4,7 | 4,9 |
| 7 | 3,9 | 5,1 | 4,9 |
| 8 | 5,2 | 5,6 | 6 |
| 9 | 4,7 | 4,1 | 3,7 |
| 10 | 3,5 | 3,3 | 3,9 |
| 11 | 3,5 | 3,7 | 3,9 |
| 12 | 4 | 4,5 | 5,2 |
| 13 | 3,9 | 4 | 5,1 |
| 14 | 2,2 | 2 | 2,2 |
| 15 | 5 | 3,8 | 3,7 |
| 16 | 3.2 | 4,4 | 3,7 |
| 17 | 4,3 | 3,6 | 4,3 |
| 18 | 2,8 | 4,2 | 5,2 |
| 19 | 4,6 | 3,8 | 4,7 |
| 20 | 4,2 | 3,4 | 4,4 |
| **ср.зн.** | **4** | **3,9** | **4,5** |

Экспериментальная группа

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Самочувствие | Активность | Настроение |
| 1 | 4,3 | 3 | 4,6 |
| 2 | 3,8 | 5,5 | 3,4 |
| 3 | 3 | 4,4 | 5,6 |
| 4 | 3,1 | 3,6 | 3,8 |
| 5 | 4,2 | 3,5 | 4,6 |
| 6 | 3,8 | 4 | 4,2 |
| 7 | 4,1 | 3,9 | 3,8 |
| 8 | 3,2 | 3,4 | 3,5 |
| 9 | 3,9 | 3,3 | 3.5 |
| 10 | 4,7 | 5,1 | 4,2 |
| 11 | 3,8 | 4,1 | 3,9 |
| 12 | 3,7 | 5 | 4 |
| 13 | 4,6 | 3,7 | 5,9 |
| 14 | 5,8 | 3,5 | 4,3 |
| 15 | 5,2 | 3,5 | 3,4 |
| 16 | 4,7 | 4,3 | 4,7 |
| 17 | 3,6 | 2,2 | 3,7 |
| 18 | 3,5 | 3,8 | 4,8 |
| 19 | 5,3 | 3,8 | 3,9 |
| 20 | 4,3 | 3,9 | 4,2 |
| ср.зн. | 4,1 | 3,8 | 4,2 |

# Приложение 3.

**Результаты обследования испытуемых контрольной и экспериментальной групп с помощью методики САН после реабилитации.**

**Контрольная группа**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***№исп.*** | **Самочувствие** | **Активность** | **Настроение** |
| 1 | 4,6 | 5 | 5,5 |
| 2 | 4,1 | 4,4 | 4,9 |
| 3 | 5,4 | 5,7 | 6,3 |
| 4 | 4,9 | 4,3 | 3,9 |
| 5 | 3,9 | 3,8 | 4,2 |
| 6 | 3,6 | 3,9 | 8,1 |
| 7 | 4,2 | 4,7 | 5,3 |
| 8 | 4,1 | 4,3 | 5,3 |
| 9 | 3,1 | 3,6 | 2,6 |
| 10 | 4,7 | 3,9 | 3,1 |
| 11 | 4,3 | 4,2 | 5,9 |
| 12 | 3,7 | 3,9 | 4,1 |
| 13 | 4,8 | 4,7 | 5,4 |
| 14 | 5 | 5,6 | 5,1 |
| 15 | 4,5 | 6,3 | 8,9 |
| 16  | 4,2 | 4,5 | 4,7 |
|  17 | 5.2 | 6,1 | 5,2 |
| 18 | 4,5 | 4,4 | 4,8 |
| 19 | 5,3 | 3.8 | 4,2 |
| 20 | 4.6 | 5.4 | 3,7 |
| ср.зн. | 4.1 | 4,2 | 4,7 |

######  Экспериментальная группа.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ исп.** | **Самочувствие** | **Активность** | **Настроение** |
| 1 | 5,8 | 5,9 | 6,4 |
| 2 | 5,9 | 6,2 | 5,2 |
| 3 | 5,6 | 4,6 | 5,4 |
| 4 | 5 | 5,2 | 5,3 |
| 5 | 6 | 6,3 | 6,6 |
| 6 | 5,7 | 5,9 | 6,3 |
| 7 | 5,1 | 5,3 | 6,1 |
| 8 | 4,7 | 4,9 | 6 |
| 9 | 5,7 | 5,8 | 6,2 |
| 10 | 5,1 | 5,3 | 6,1 |
| 11 | 4,5 | 4,3 | 4,4 |
| 12 | 5,5 | 5,8 | 6,4 |
| 13 | 5,2 | 5,4 | 5,8 |
| 14 | 5,9 | 6,4 | 6,3 |
| 15 | 6,2 | 6,4 | 6,7 |
| 16 | 5,4 | 4,9 | 6,2 |
| 17 | 5.2 | 4.8 | 4.6 |
| 18 | 4,9 | 5,3 | 6.3 |
| 19 | 6,1 | 4,7 | 6,3 |
| 20 | 4,8 | 4.5 | 5,4 |
| ср.зн. | 7,5 | 8,1 | 11,5 |

#  Приложение 4.

**Результаты обследования испытуемых контрольной и экспериментальной групп по методике диагностики самооценки уровня тревожности Ч. Д. Спилбергера - Ю. Л. Ханина до реабилитации**

**Контрольная группа.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ испы****туемого** | **Личностная тревожность** | **Реактивная тревожность** |
| 1 | 39 | 46 |
| 2 | 37 | 49 |
| 3 | 42 | 50 |
| 4 | 29 | 39 |
| 5 | 36 | 44 |
| 6 | 37 | 37 |
| 7 | 27 | 36 |
| 8 | 48 | 56 |
| 9 | 42 | 48 |
| 10 | 32 | 45 |
| 11 | 38 | 49 |
| 12 | 36 | 38 |
| 13 | 31 | 44 |
| 14 | 28 | 38 |
| 15 | 46 | 58 |
| 16 | 44 | 54 |
| 17 | 38 | 35 |
| 18 | 40 | 37 |
| 19 | 46 | 44 |
| 20 | 37 | 38 |
| ср.зн.. | 35,4 | 44,2 |

 **Экспериментальная группа**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ испы****туемого** | **Личностная тревожность** | **Реактивная тревожность** |
| 1 | 38 | 47 |
| 2 | 38 | 49 |
| 3 | 41 | 46 |
| 4 | 48 | 50 |
| 5 | 27 | 38 |
| 6 | 36 | 44 |
| 7 | 35 | 42 |
| 8 | 43 | 47 |
| 9 | 35 | 48 |
| 10 | 37 | 42 |
| 11 | 40 | 43 |
| 12 | 36 | 50 |
| 13 | 38 | 44 |
| 14 | 30 | 35 |
| 15 | 28 | 35 |
| 16 | 36, |  43, |
| 17 | 42 | 45 |
| 18 | 44 | 49 |
| 19 | 36 | 46 |
| 20 | 38 | 34 |
| ср.зн. | 35,1 | 42,1 |

# Приложение 5.

**Результаты обследования испытуемых контрольной и экспериментальной групп с помощью методики исследования самооценки уровня тревожности**

**Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина после реабилитации**

**Контрольная группа**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ испы****туемого** | **Личностная тревожность** | **Реактивная тревожность** |
| 1 | 38 | 44 |
| 2 | 37 | 45 |
| 3 | 39 | 45 |
| 4 | 29 | 39 |
| 5 | 36 | 42 |
| 6 | 37 | 37 |
| 7 | 27 | 36 |
| 8 | 44 | 50 |
| 9 | 42 | 48 |
| 10 | 32 | 45 |
| 11 | 38 | 49 |
| 12 | 36 | 38 |
| 13 | 31 | 42 |
| 14 | 28 | 38 |
| 15 | 41 | 50 |
| 16 | 35 | 44 |
|  17 | 43 | 36 |
|  18 | 36 | 48 |
|  19 | 44 |  39 |
|  20 | 40 |  46 |
|  ср.зн. | 36,6 |   43 |
|  |  |  |

**Экспериментальная группа**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ испы****туемого** | **Личностная тревожность** | **Реактивная тревожность** |
| 1 | 34 | 41 |
| 2 | 34 | 40 |
| 3 | 41 | 39 |
| 4 | 42 | 42 |
| 5 | 27 | 33 |
| 6 | 36 | 40 |
| 7 | 34 | 38 |
| 8 | 40 | 35 |
| 9 | 35 | 40 |
| 10 | 37 | 34 |
| 11 | 40 | 37 |
| 12 | 36 | 41 |
| 13 | 38 | 44 |
| 14 | 30 | 32 |
| 15 | 28 | 31 |
| 1617 | 3539 |  3734 |
| 18 | 32 | 42 |
| 19 | 34 | 38 |
| 20 | 42 | 36 |
| ср.зн. | 35,7 | 37,7, |

# Приложение6

**Результаты обследования контрольной и экспериментальной групп по методике СМОЛ до реабилитации**

 **Контрольная группа:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ исп.** | **L**  | **F**  | **K** | **1** | **2** | **3** | **4** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| 1 | 38 | 46 | 51 | 65 | 59 | 53 | 54 | 38 | 63 | 46 | 43 |
| 2 | 46 | 45 | 50 | 52 | 62 | 51 | 40 | 44 | 55 | 45 | 60 |
| 3 | 38 | 54 | 59 | 57 | 73 | 55 | 55 | 67 | 75 | 71 | 63 |
| 4 | 78 | 45 | 68 | 58 | 48 | 48 | 52 | 44 | 67 | 52 | 50 |
| 5 | 46 | 54 | 59 | 65 | 72 | 61 | 65 | 61 | 75 | 60 | 52 |
| 6 | 54 | 41 | 66 | 46 | 43 | 58 | 37 | 41 | 39 | 87 | 21 |
| 7 | 38 | 54 | 59 | 60 | 63 | 55 | 55 | 67 | 75 | 71 | 63 |
| 8 | 46 | 50 | 50 | 59 | 59 | 48 | 50 | 44 | 51 | 49 | 60 |
| 9 | 46 | 54 | 54 | 55 | 70 | 46 | 61 | 38 | 57 | 48 | 50 |
| 10 | 38 | 45 | 50 | 68 | 46 | 54 | 45 | 44 | 47 | 49 | 49 |
| 11 | 38 | 45 | 51 | 65 | 59 | 53 | 54 | 38 | 53 | 45 | 43 |
| 12 | 54 | 50 | 50 | 62 | 61 | 57 | 36 | 49 | 59 | 45 | 38 |
| 13 | 54 | 47 | 55 | 45 | 50 | 52 | 22 | 46 | 40 | 19 | 57 |
| 14 | 38 | 64 | 51 | 68 | 72 | 68 | 82 | 67 | 79 | 74 | 60 |
| 15 | 46 | 64 | 39 | 52 | 67 | 44 | 42 | 72 | 53 | 49 | 56 |
| 16 | 44 | 50 | 54 | 63 | 60 | 53 | 50 | 50 | 54 | 54 | 51 |
| 17 | 52 | 53 | 60 | 47 | 71 | 49 | 38 | 55 | 74 | 47 | 53 |
| 18 | 57 | 48 | 57 | 61 | 54 | 52 | 48 | 62 | 44 | 53 | 65 |
| 19 | 40 | 44 | 52 | 48 | 63 | 45 | 34 | 47 | 52 | 74 | 47 |
| 20 | 67 | 52 | 55 | 37 | 54 | 46 | 41 | 54 | 50 | 43 | 59 |
| ср.зн. | 47.9 | 50,2. | 54,5 | 56.6 | 60,3 | 52,4 | 48 | 51,4 | 58,1 | 54 | 52 |

 **Экспериментальная группа:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ исп.** | **L**  | **F**  | **K** | **1** | **2** | **3** | **4** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| 1 | 39 | 46 | 50 | 59 | 55 | 52 | 54 | 42 | 55 | 36 | 49 |
| 2 | 49 | 60 | 52 | 65 | 61 | 45 | 48 | 44 | 41 | 47 | 46 |
| 3 | 50 | 59 | 59 | 67 | 66 | 55 | 58 | 57 | 69 | 61 | 38 |
| 4 | 76 | 49 | 68 | 62 | 72 | 58 | 60 | 60 | 75 | 70 | 39 |
| 5 | 38 | 40 | 60 | 58 | 54 | 66 | 64 | 64 | 65 | 46 | 55 |
| 6 | 50 | 46 | 66 | 62 | 58 | 54 | 40 | 50 | 32 | 59 | 60 |
| 7 | 42 | 52 | 59 | 66 | 59 | 52 | 52 | 58 | 65 | 67 | 53 |
| 8 | 48 | 59 | 56 | 50 | 60 | 56 | 58 | 44 | 70 | 70 | 52 |
| 9 | 46 | 45 | 54 | 59 | 56 | 48 | 62 | 46 | 48 | 47 | 62 |
| 10 | 38 | 40 | 60 | 65 | 60 | 59 | 45 | 44 | 57 | 49 | 59 |
| 11 | 54 | 42 | 52 | 74 | 72 | 50 | 60 | 59 | 65 | 68 | 40 |
| 12 | 48 | 55 | 55 | 58 | 42 | 55 | 34 | 47 | 42 | 56 | 52 |
| 13 | 42 | 47 | 55 | 50 | 54 | 49 | 30 | 50 | 49 | 44 | 60 |
| 14 | 40 | 44 | 54, | 46 | 52 | 58 | 22 | 38 | 39 | 45 | 44 |
| 15 | 38 | 40 | 42 | 50 | 49 | 46 | 40 | 42 | 45 | 39 | 48 |
| 16 | 46 | 48 | 45 | 59 | 58 | 53, | 49 | 49 | 55 | 53 | 50 |
| 17 | 38 | 44 | 53 | 48 | 59 | 66 | 41 | 60 | 43 | 67 | 56 |
| 18 | 39 | 54 | 65 | 47 | 63 | 45 | 48 | 57 | 72 | 54 | 37 |
| 19 | 45 | 43 | 49 | 54 | 69 | 57 | 62 | 62 | 47 | 66 | 54 |
| 20 | 39 | 51 | 44 | 52 | 57 | 43 | 35 | 48 | 64 | 68 | 42 |
| ср.зн.. | 45.2 | 48,2 | 54,9 | 54,9 | 58,8 | 53,3 | 48,1 | 51 | 54,9 | 55,6 | 47,3 |

# Приложение 7

Результаты обследования контрольной и экспериментальной групп по методике СМОЛ после реабилитации

 Контрольная группа:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ исп.** | **L**  | **F**  | **K** | **1** | **2** | **3** | **4** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| 1 | 40 | 42 | 50 | 63 | 57 | 50 | 54 | 39 | 63 | 47 | 44 |
| 2 | 45 | 40 | 50 | 52 | 60 | 51 | 40 | 44 | 55 | 44 | 56 |
| 3 | 38 | 52 | 54 | 52 | 73 | 49 | 55 | 67 | 75 | 66 | 59 |
| 4 | 76 | 45 | 59 | 58 | 49 | 46 | 52 | 44 | 67 | 52 | 50 |
| 5 | 42 | 55 | 55 | 62 | 70 | 59 | 65 | 60 | 72 | 55 | 52 |
| 6 | 50 | 39 | 60 | 46 | 46 | 60 | 40 | 41 | 41 | 75 | 35 |
| 7 | 40 | 54 | 55 | 60 | 64 | 55 | 55 | 67 | 70 | 71 | 63 |
| 8 | 44 | 48 | 45 | 57 | 56 | 46 | 50 | 44 | 51 | 52 | 61 |
| 9 | 46 | 52 | 54 | 50 | 75 | 48 | 61 | 38 | 57 | 48 | 50 |
| 10 | 40 | 40 | 44 | 66 | 48 | 50 | 45 | 44 | 47 | 49 | 49 |
| 11 | 38 | 46 | 49 | 65 | 55 | 49 | 54 | 38 | 53 | 45 | 43 |
| 12 | 50 | 48 | 54 | 60 | 60 | 55 | 36 | 49 | 59 | 47 | 38 |
| 13 | 52 | 49 | 52 | 45 | 52 | 54 | 25 | 46 | 44 | 36 | 57 |
| 14 | 42 | 55 | 56 | 65 | 71 | 65 | 75 | 67 | 74 | 72 | 49 |
| 15 | 44 | 52 | 38 | 52 | 66 | 47 | 42 | 70 | 54 | 45 | 56 |
| 16 | 45 | 50 | 51 | 56 | 60, | 52 | 49 | 50 | 58, | 53, | 50 |
| 17 | 55 | 40 | 56 | 57 | 50 | 63 | 74 | 65 | 57 | 63 | 47 |
| 1819  | 4249 | 4451 | 5246 | 5648 | 5574 | 3651 | 5142 | 6946 | 4853 | 6759 | 5844 |
| 20 | 53 | 47 | 52 | 64 | 61 | 69 | 65 | 55 | 67 | 64 | 49 |
| ср.зн. | 46,5 | 47,4 | 51,6 | 56,2 | 60 | 52,7 | 51.5 | 48.5 | 56,9 | 55.5 | 50,1 |

 Экспериментальная группа:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ исп.** | **L**  | **F**  | **K** | **1** | **2** | **3** | **4** | **6** | **7** | **8** | **9** |
| 1 | 38 | 44 | 45 | 49 | 54 | 49 | 54 | 42 | 50 | 36 | 45 |
| 2 | 45 | 59 | 49 | 56 | 55 | 46 | 48 | 44 | 41 | 45 | 46 |
| 3 | 49 | 50 | 55 | 60 | 60 | 55 | 58 | 52 | 47 | 61 | 38 |
| 4 | 59 | 46 | 54 | 55 | 64 | 48 | 60 | 45 | 52 | 63 | 39 |
| 5 | 40 | 40 | 54 | 54 | 56 | 36 | 64 | 64 | 59 | 46 | 55 |
| 6 | 46 | 42 | 60 | 50 | 45 | 52 | 40 | 50 | 34 | 59 | 60 |
| 7 | 42 | 53 | 45 | 56 | 50 | 47 | 52 | 49 | 49 | 67 | 53 |
| 8 | 49 | 50 | 49 | 38 | 49 | 54 | 58 | 44 | 55 | 59 | 52 |
| 9 | 39 | 47 | 55 | 49 | 52 | 50 | 62 | 46 | 49 | 47 | 62 |
| 10 | 40 | 37 | 42 | 59 | 59 | 55 | 45 | 35 |  46 | 49 | 59 |
| 11 | 46 | 44 | 56 | 58 | 68 | 51 | 60 | 49 | 52 | 64 | 40 |
| 12 | 46 | 52 | 52 | 61 | 37 | 55 | 34 | 47 | 31 | 56 | 52 |
| 13 | 42 | 47 | 55 | 46 | 46 | 39 | 30 | 50 | 45 | 44 | 60 |
| 14 | 41 | 46 | 47 |  35 | 44 | 53 | 22 | 38 | 39 | 44 | 44 |
| 15 | 40 | 39 | 40 | 42 | 39 | 45 | 40 | 42 | 40 | 32 | 35 |
| 16 | 44 | 46, | 50 | 51 | 51 | 49 | 49 | 46 | 55 | 47 | 49 |
| 17 | 36 | 45 | 54 | 37 | 38 | 48 | 52 | 45 | 35 |  43 | 43 |
| 18 | 57 | 49 | 43 | 60 | 41 | 54 | 47 | 37 | 62 |  56 | 49 |
| 19 | 44 | 57 | 46 | 52 | 43 | 40 | 36 | 39 | 63 |  63 | 37  |
| 20 | 48 | 56 | 46 | 39 | 62 | 45 | 58 | 62 | 53 |  50 | 41 |
|  ср.зн.. | 44,5 | 43,2 | 47.2 | 52,3 | 53.7 | 55,4 | 49,2 | 49,4 | 50,5 | 51,5  | 50 |

# Приложение 8

Описание шкал по тест

Шкала лжи (L) – оценивает искренность испытуемого;

2. шкала достоверности (F) – выявляет недостоверные ответы, чем больше значение по этой шкале. Тем менее достоверны результаты.

3. 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 боьше, 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 временной подъем по этой шкале, вызванный какой-нибудь причиной.

6. 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.

7. Психоастении (Рt) – Диагностирует лиц с тревожно-мнительным типом характера, которым свойственны тревожность, боязливость. Нерешительность, постоянные сомнения.

8. 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.

9. Гипомании (Ма) – 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.

1. Раневая болезнь и медицинская реабилитация. Сборник научных трудов. – СПб.: ВМА, Межгосударственный НИИ реабилитации участников войн, 1995. – 143 с. [↑](#footnote-ref-1)
2. См.: *Лямин М.В.* Медико-психологическая реабилитация военнослужащих, участников боевых действий в Чечне в условиях многопофильного госпиталя. Дисс. … канд. мед. наук – М.: 6 ЦВКГ, 1999. – 164 с. [↑](#footnote-ref-2)
3. *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 Ф, 1998. С.188. [↑](#footnote-ref-3)
4. См.: *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-4)
5. Медицинская реабилитация раненых и больных / Под ед. Ю.Н. Шанина. – СПб: «Специальная Литература», 1997. С. 224. [↑](#footnote-ref-5)
6. Медицинская реабилитация раненых и больных / Под ред. Ю.Н. Шанина. – СПб.: “Специальная литература”, 1997. – 960 с.

7Попов В.Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий.: Дисс. …канд. психол. наук, М., 1992. -214 с. [↑](#footnote-ref-6)
7. 8Шанин 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. [↑](#footnote-ref-7)
8. Абдурахманов Р.А. Психологические трудности в общении, их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане. Дисс… канд. психол. наук. – М.: ВПА, 1994. – 223 с [↑](#footnote-ref-8)
9. Абдурахманов Р.А. Психологические трудности в общении, их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане. Дисс… канд. психол. наук. – М.: ВПА, 1994. – 223 с [↑](#footnote-ref-9)
10. 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. [↑](#footnote-ref-10)
11. Медицинская реабилитация раненых и больных / Под ед. Ю.Н. Шанина. – СПб: «Специальная Литература», 1997. С. 197. [↑](#footnote-ref-11)
12. См.: *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-12)
13. *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 Ф, 1998. С. 187. [↑](#footnote-ref-13)
14. См.: *Абдурахманов .А.* Психологические трудности в общении, их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане. Дисс. Канд. Психол. Наук, М., 1994 [↑](#footnote-ref-14)
15. Медицинская реабилитация раненых и больных / Под ед. Ю. Н. Шанина. – СПб: «Специальная литература», 1997. С. 230. [↑](#footnote-ref-15)
16. См.: *Наенко Н.И*. Психическая напряженность. – М.: МГУ, 1976. С. 54. [↑](#footnote-ref-16)
17. См.: *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-17)
18. См.: *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-18)
19. См.: *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-19)
20. Маклаков А. Г*.* Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослу­жащих: Автореф. дисс. ... докт. психол. наук.— СПб.: ЛГУ, 1996.— 37 с. [↑](#footnote-ref-20)
21. 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. [↑](#footnote-ref-21)
22. 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 Ф, 1998. С [↑](#footnote-ref-22)
23. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ»,1998 – 672 с. [↑](#footnote-ref-23)
24. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии. – СПб.: Речь, 2002. – 230 с., 278 с. [↑](#footnote-ref-24)
25. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ»,1998 – 672 с. [↑](#footnote-ref-25)
26. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ»,1998 – 668с. [↑](#footnote-ref-26)
27. Обработка результатов и описание всех шкал методики представлены в приложении 8. [↑](#footnote-ref-27)
28. *Романова Е.С.* Графические методы в практической психологии. – СПб.: Речь, 2002. 230 с.,.278с. [↑](#footnote-ref-28)
29. *Романова Е.С.* Графические методы в практической психологии. – СПб.: Речь, 2002. С.241. [↑](#footnote-ref-29)
30. См.: *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-30)
31. См.: Медицинская реабилитация раненых и больных / под редакцией Ю.Н. Шанина. – СПб.: Специальная литература, 1999. С. 219.

32См.: *Маклаков А. Г.* Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослужащих: Автореф. дисс. ... докт. психол. наук.— СПб.: ЛГУ, 1996.— 37с. [↑](#footnote-ref-31)
32. [↑](#footnote-ref-32)
33. См.: *Маклаков А. Г.* Основы психологического обеспечения профессионального здоровья военнослужащих: Автореф. дисс. ... докт. психол. наук.— СПб.: ЛГУ, 1996.— 37с. [↑](#footnote-ref-33)
34. См.: Медицинская реабилитация раненых и больных / под редакцией Ю.Н. Шанина. – СПб.: Специальная литература, 1999. С. 165 [↑](#footnote-ref-34)
35. См.: 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-35)
36. Словарь практического психолога / Сост. С.Ю. Головин. – Минск: Харвест, 1998. С. 269 [↑](#footnote-ref-36)
37. См.: 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-37)
38. 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-38)
39. 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. – 290с. [↑](#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. Перлз Ф., Гудмен П ,Хефферлин Р. Практикум по гештальт-терапии. М.: Изд-во Института психотерапии, 2001 [↑](#footnote-ref-41)
42. 42 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-42)
43. *Рудестам К.Э.* Групповая психотерапия. Психокоррекционная группа: теория и практика. М., Прогресс, 1993. [↑](#footnote-ref-43)
44. Таланов В.Л., Малкина – Пых И.Г Справочник практического психолога. –СПб.:Сова, М.: ЭКСМО, 2003. – 928с:ил..574 с. [↑](#footnote-ref-44)
45. Таланов В.Л., Малкина – Пых И.Г. Справочник практического психолога. – СПб.:Сова, М.: ЭКСМО, 2003. – 928 с:ил 574 с. [↑](#footnote-ref-45)
46. Лейтц Г. Психодрама: теория и практика. Классическая психодрама Я.Л. Морено. М., Прогресс, 1994.- 347 с. [↑](#footnote-ref-46)
47. См.: 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-47)
48. Психодама: вдохновение и техника / Под ед. П. Холмса и М. Кап.- М.: Независимая фима «Класс», 2000. С. 26. [↑](#footnote-ref-48)
49. См.: *Лейтц Г.* Психодрама: Теория и практика: Классическая психодрама Я. Л. Морено. – М.: «Прогресс», «Универс», 1994. – 351 с. [↑](#footnote-ref-49)
50. *Иванов А.Л., Голов Ю.С., Дыбов М.Д.* Опыт применения психодрамы в медико-психологической реабилитации военнослужащих, получивших ранения 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 Ф, 1998. С.268. [↑](#footnote-ref-50)
51. 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-51)
52. 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-52)
53. Конторович В. А., Анцупова Г. Л. Психологический дебрифинг как одна из форм помощи вскоре после участия в кризисной ситуации // Особенности проявления посттравматического стрессоового расстройства у военнослужащих - участников боевых действий и членов их семей. Стратегия психологической помощи: Сборник статей. - г. Ростов-на-Дону, 2001. [↑](#footnote-ref-53)
54. Рудестам К.Э. Групповая психотерапия. Психокоррекционная группа: теория и практика. М., Прогресс, 1993. [↑](#footnote-ref-54)
55. Этот этап выполнялся лечащими врачами 6 ЦВКГ по мере поступления больных в госпиталь. [↑](#footnote-ref-55)
56. .Практическая диагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «Бахах», 1998 – 672 с.

.Романова Е.С. Потемкина С.Ф. Графические методы в психологической диагностике. – М.: Дидакт, 1992. –с.

230, 278. [↑](#footnote-ref-56)
57. Обработка результатов и описание всех шкал методики представлены в приложении 7. [↑](#footnote-ref-57)
58. Романова Е.С.. Потемкина С.Ф. Графические методы в психологической диагностике. – М.: Дидакт, 1992. – 256 с. [↑](#footnote-ref-58)
59. См. Приложение 1. [↑](#footnote-ref-59)
60. См. приложение 5. [↑](#footnote-ref-60)
61. См. приложение 7. [↑](#footnote-ref-61)
62. См. приложения 9. [↑](#footnote-ref-62)
63. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии. – СПб.: Речь, 2002. – 230 с., 278 с.. [↑](#footnote-ref-63)
64. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии. – СПб.: Речь, 2002. – 230 с., 278 с [↑](#footnote-ref-64)
65. См. приложение 6. [↑](#footnote-ref-65)
66. См. приложения 10. [↑](#footnote-ref-66)
67. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии. – СПб.: Речь, 2002. – 230 с., 278 с. [↑](#footnote-ref-67)
68. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии. – СПб.: Речь, 2002. – 230 с., 278 с. [↑](#footnote-ref-68)
69. См. приложение 1. [↑](#footnote-ref-69)