

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Автономная некоммерческая организация высшего образования

«Сибирский институт бизнеса, управления и психологии»

Кафедра психологии

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ  
РАБОТА

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ УЧАСТНИКА БОЕВЫХ  
ДЕЙСТВИЙ В «ГОРЯЧЕЙ ТОЧКЕ»



Выполнил: Садретдинова Татьяна  
Александровна  
Научный руководитель:  
Доцент кафедры психологии,  
кандидат психологических наук  
Суворова Наталия Владимировна

Красноярск 2020

## РЕФЕРАТ

Выпускная квалификационная работа 69 с., таблиц 1, источников 46, приложений 10.

### ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ УЧАСТНИКА БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В «ГОРЯЧЕЙ ТОЧКЕ».

Цель исследования: выявить психологические нарушения у участника боевых действий в «горячей точке» и на основе полученных эмпирических данных, разработать программу психологической реабилитации, позволяющей успешно реадаптироваться к социальной жизнедеятельности.

Проведено эмпирическое исследование личностных особенностей участника боевых действий «горячей точки». С этой целью подобраны методики, которые позволили выявить остаточные явления экстремальных условий у участника боевых действий «горячей точки». Выявлены психологические нарушения с последующей разработкой программы психологической помощи участнику боевых действий «горячей точки».

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ</b>	3
I Теоретическое изучение особенностей психологических последствий участия военнослужащих в боевых действиях	7
1.1 Общее понятие «посттравматическое стрессовое расстройство»	7
1.2 Основные аспекты изучения психической травмы и боевого стресса	10
1.3 Посттравматические изменения личности военнослужащих	14
II Эмпирическое исследование личностных особенностей участника боевых действий в «горячей точке»	18
2.1 Организация эмпирического исследования	18
2.2 Описание и анализ результатов исследования	25
2.3 Программа психологической реабилитации	28
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b>	33
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ</b>	35
<b>Приложение</b>	41

## ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время особенно актуальной проблемой является социально – психологическая адаптация лиц, побывавших в стрессовых, экстремальных условиях деятельности, а также оценка вероятности сохранения их здоровья и работоспособности после воздействия вышеперечисленных факторов. Значительно увеличилось число жертв военных действий и количество военнослужащих – участников локальных конфликтов внутри страны и боевых действий за рубежом. Данная категория населения, которая имеет своеобразный жизненный опыт нуждается в особом подходе. На первый план поставлен вопрос о перестройке психики на мирный лад, затем о необходимости адаптации к новым условиям [28].

По статистическим данным отечественных и зарубежных исследователей у 10-25% людей возникают нервно – психические расстройства, которые подверглись воздействию экстремальных условий, таких как [19]:

- стихийные бедствия
- катастрофы
- боевые действия

В последние годы в нашей стране возросло число молодых, психически и соматически здоровых людей, которые прошли через «горячие точки», испытав на себе все ужасы и тяготы смертоносной обстановки современного боя. Для характеристики их состояния военные медики используют такие нетрадиционные терминологические обозначения, как боевая психическая травма.

Исследования, проводимые в этой области, показывают, что у людей, побывавших в экстремальных ситуациях, возникают так называемые посттравматические стрессовые нарушения или боевое утомление. Данная категория лиц нуждается в срочном и серьезном психиатрическом лечении с

последующей реабилитацией и реадаптацией. Это обусловлено тем, что бывшие участники военных действий испытывают трудности процесса адаптации к условиям гражданской жизни, является их конфликтное поведение в социальной жизни: попытки разрешить споры мирного времени привычными силовыми методами, нежелание идти на компромиссы, неспособность принять новые «правила игры».

В отечественной психологии лишь в 90-е годы на данную весьма актуальную проблему обращено пристальное внимание исследователей (Турахаджаев А.М., Абдурахманов Р.А., Знаков В.В., Повов В.Е., Березовец В.В., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е.). Но, к сожалению, лишь отдельные ее аспекты подвергались исследованию. В то время как жизнь требует комплексного научно-практического подхода к ее решению. Об этом гласит в своей работе И.О.Котенев, обосновывая тем, что воздействие на людей экстремальных условий в «горячих точках» на сегодняшний день остается недостаточно изученным [34].

Тема выпускной квалификационной работы актуальна тем, что в современном мире данная проблема малоизучена. Об этом можно утверждать, исходя из анализа современного состояния подходов к изучению, диагностике и коррекции психологических последствий боевых действий участников «горячих точек».

Цель исследования: выявить психологические нарушения у участника боевых действий в «горячей точке» и на основе полученных эмпирических данных, разработать программу психологической реабилитации, позволяющей успешно реадаптироваться к социальной жизнедеятельности.

Объект: психологические нарушения, способствующие дезадаптации социальной жизни участника боевых действий в «горячей точке».

Предмет: психологические нарушения участника боевых действий в «горячей точке» и особенности постбоевой психологической помощи ему.

Гипотеза исследования состоит в предположении, что экстремальные факторы боевой обстановки, в «горячей точке», оказывают влияние у участника боевых действий на формирование личностных расстройств, а также стрессового расстройства, нервно – психической неустойчивости и нейротизма.

В соответствии с целью и гипотезой исследования нами определены следующие задачи:

1. Теоретически раскрыть и обосновать особенности влияния боевых действий на психику и личность участника.
2. Обосновать комплекс психодиагностических методик в целях выявления негативных психических состояний и других личностных дисгармоний участника боевых действиях «горячей точки».
3. Осуществить психологическую диагностику ряда личностных подструктур участника боевых действий.
4. Разработать программу психологической помощи участнику боевых действий «горячей точки».

Методологическую основу исследования представляют подходы отечественной психологии о изменениях личности под влиянием экстремальных ситуаций в условиях современной войны (Напреенко А. К., Логановский К., Литвинцев С. В., Лыткин В. М., Шамрей В. К., Койстрик К. Н., и др.).

Практическая значимость: Целесообразность использования конечных результатов исследования клиническим психологом в разработке различных программ, как профилактических, так и комплексной коррекционной психологической помощи участникам боевых действий. Возможность включение в учебные программы для студентов - психологов, а также и медицинских психологов, в лекционные материалы и семинарские занятия по темам, затрагивающие такие аспекты как: «психологические нарушения лиц, принимавших участие в экстремальных и стрессовых условиях».

Исследование проводилось на базе одного человека, участвовавшего в боевых действиях в «горячей точке», в 2014 году. Реабилитационная психологическая помощь военнослужащему, непосредственно после окончания военных действий не была обеспечена, в связи с конфиденциальностью информации. Исследование проводилось в период с 01.12.2019 по 3.01.2019 года.

Структура выпускной квалификационной работы адекватна целям и задачам исследования: она состоит из введения, двух глав, выводов и заключения, списка литературы, приложения.

# I ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ УЧАСТИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ

## 1.1 Общее понятие «посттравматическое стрессовое расстройство»

Посттравматическое стрессовое расстройство - целостный комплекс симптомов нарушения психической деятельности, возникший в результате разового или повторяющегося внешнего сверхсильного травмирующего воздействия, в котором присутствует сверхмощное негативное воздействие на психику индивида.

Сегодня посттравматические стрессовые расстройства входят в пятерку самых распространенных психологических патологий, как результат боевых действий военнослужащих.

К основным критериям, объединяющим посттравматические стрессовые расстройства и отделяющим их от других непсихотических психических расстройств, относят [36]:

- установление факта перенесенного стрессового состояния во время стихийного бедствия, катастрофы, войны, других чрезвычайных ситуаций;
- наплывы навязчивых воспоминаний (реминисценций) об имевших место жизнеопасных ситуациях;
- мучающие сновидения с кошмарными сценами пережитого;
- стремление избегать эмоциональных нагрузок;
- неуверенность из-за страха появления мучающих воспоминаний (проигрывания трагедии), результат этого – откладывание принятия

решений, неконтактность с окружающими;

- комплекс неврастенических расстройств с преобладанием повышенной раздражительности, снижения концентрации внимания и «тонуса функционирования», стигматизация отдельных патохарактерологический симптомов и тенденция к формированию психопатических нарушений с эпизодами антисоциального поведения (алкоголизация, наркомания, цинизм).

Травма воздействует на индивида на различных уровнях: физиологическом, эмоциональном, когнитивном, личностном, микро- и макросоциальном. В контексте ПТСР особо актуальными представляются исследования влияния травмы на когнитивно - личностном уровне, содержащем глубинные установки личности по отношению к самому себе и окружающему миру [38].

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

Военнослужащие, имеющие несвойственные ранее эмоциональные и поведенческие нарушения такие как: раздражительность, повышенную тревожность, вспыльчивость наряду с быстрой утомляемостью, слабостью и переживаниями по поводу полученных ранений, неустойчивое настроение, преимущественность тенденций к его снижению. Клинико-психопатологический анализ позволил выделить

среди обследованных в этой группе основные синдромо-комплексы: астено-депрессивный, тревожно-депрессивный, астено-невротический, истеро-невротический, астено-ипохондрический.

Воздействие экстремального стрессора приводит к манифестации ПТСР в виде следующих конstellаций:

- Интрузия. Травматическое событие постоянно переживается периодическими навязчивыми дистрессирующими воспоминаниями травмирующих событий и периодически повторяющимися кошмарными сновидениями.
- Избегание. Характеризуется умышленными усилиями избегать мыслей и чувств, связанных с травмой, снижением интереса к значимым ранее для данного человека видам активности, чувством отчуждения к окружающим и снижение способности к сопереживанию, и душевной близости с другими людьми.
- Гиперактивность. Проявляется трудностью засыпания или поверхностным сном, повышенной раздражительностью или вспышками гнева, трудностью с концентрацией внимания, повышенной бдительностью, избыточной реакцией на внезапные раздражители, повышенным уровнем физиологической реактивности на события. Длительность первичных симптомов - один месяц.

Как показали результаты исследования, в комплексном поведении мероприятий медико-психологической реабилитации нуждаются не только лица с пограничными психическими расстройствами, но, в значительном числе случаев, и не имеющие диагнозов, так называемые «практически здоровые», то есть без признаков психической дезадаптации [22]. И так в результате участия в боевых действиях, кроме посттравматических стрессовых расстройств, психологическими последствиями являются психическая травма и боевой стресс [38].

## 1.2 Основные аспекты изучения психической травмы и боевого стресса

Систематические исследования постстрессовых состояний мирного времени («гражданских катастроф» и преступлений) начаты с середины XX в., однако количество работ по данной тематике намного меньше, чем по последствиям военных действий. Страх, вызванный боевой обстановкой, подавляется ценой большого нервного напряжения. Психотравмирующие воздействия в условиях войны имеют не только психическую, но и соматическую сторону влияния. Достигнутое равновесие нарушается дополнительным воздействием, как правило, соматического характера [39].

В качестве одного из последствий воздействия стресс-факторов личностного развития рассматривается психическая травма. Зигмунд Фрейд, в отличие от других психологов, большое значение в возникновении невротических расстройств придавал феномену психической травмы. Его взгляды на психотравму изменялись вместе с развитием психоаналитической теории. Так, в лекциях, прочитанных им в 1909 году, он определял психические травмы как следы («остатки», «осадки») аффективных переживаний. Во вводных лекциях в психоанализ, прочитанных им с 1915 по 1917 гг., психическая травма рассматривается с точки зрения экономического подхода к психическим явлениям. Она определяется здесь как результат большого и интенсивного раздражения, «от которого нельзя освободиться или которое нельзя переработать нормальным способом». Экономический подход к психической травме формировался под влиянием изучения Фрейдом психических явлений, наблюдавшихся у ветеранов Первой мировой войны. В работе «По ту сторону принципа наслаждения» он определяет психическую травму как прорыв гипотетического защитного покрова, который охраняет психику от чрезмерных раздражений [35].

В последние десятилетия XX века стало очевидным, что психическая травма воздействует на индивида на биохимическом, психофизиологическом, эмоциональном, когнитивном, личностном, микро – и макросоциальном уровнях, поэтому сформировалась самостоятельная отрасль наук – психотравматология, предметом исследования которой стал широкий спектр психических состояний, охватываемых понятием посттравматического стресса (ПТС). Диагностические критерии ОСР и ПТСР были включены в десятую редакцию Международного классификатора болезней (МКБ-10) – основного диагностического стандарта европейских стран – под рубрикой F4, объединяющей психические расстройства, основной причиной которых является психическая травма (конфликт, психологический стресс). Внесение ПТСР в МКБ-10, в соответствии с которым работают и отечественные клиницисты, интенсифицировало исследовательские работы в этом направлении. Психологические механизмы развития постстрессовых состояний при опасных для жизни заболеваниях изучали Н. В. Тарабрина, М. А. Падун, О. А. Ворона, Н. Е. Шаталова, Г. П. Гене, Л. И. Коробкова и др. травматических изменений, а также поиск новых исследовательских подходов к определению места ПТС в современной научной психологии [9]. При рассмотрении боевого стресса, можно отметить такую характерную черту боевой обстановки как постоянная угроза жизни, в которой военный должен действовать. Порождение боевого стресса происходит исходя из предъявляемых к личности требования, которые превышают ее ресурсы. Причины формирования боевого стресса многочисленны. Это - ужасы войны, страх быть раненным, убитым, психическое и физическое перенапряжение, нарушение режимов жизнедеятельности, травмы и ранения, болезни, неопределенность и дефицит информации, боязнь не справиться с обязанностями, отсутствие в прежнем опыте запаса возможных ответных реакций, необычность ситуации. Число психологических потерь обычно зависит от уровня потерь убитыми и ранеными [21].

Психическую устойчивость и сопротивляемость стрессам понижает сознание бессмыслинности войны. За счет защитных механизмов агрессивного и диссоциального поведения преодолеваются и компенсируются тревога, страх и ощущение своей уязвимости. Отмечается тенденция к увеличению наркотизации, алкоголизации, учащаются случаи нарушения дисциплины в результате воздействия стресса боевой обстановки.

В боевых условиях формируется специфический комплекс вины. Нажитыми изменениями личности являются обостренное чувство справедливости, тревожность, гипотимия, ранимость, настороженность, аффективная нестабильность, подозрительность и импульсивность, склонность к уединению, чувство опустошенности, напряженность межличностных отношений, постоянная готовность к реактивным образованиям, взрывам ярости и самоповреждениям [12].

После первого убийства врага или гибели друга, может возникнуть трансформация личности. Первичная реакция сопровождается острой психической дезорганизацией на такую травму, однако по началу может быть внешне незаметной. Привычка оценивать окружающее, после возвращения войны, с точки зрения потенциальной опасности, и малейшей провокации, может внезапно вызвать агрессию. Состояния агрессии, а также гнева, гиперреактивности, которые описываются как патологические симптомы в рамках боевого ПТСР, в качестве приспособительных реакций формируются у комбатантов еще на стадии подготовки к войне собственными командирами и наставниками. Гнев является контрэмоцией по отношению к страху, поэтому используется для его подавления не только в военном обучении, но и в психотерапевтических целях [21].

Комбатанту приходится подавлять все высшие социальные эмоции, такие как - любовь, сострадание, сопереживание, которые и так находятся в дефицитарном состоянии в результате действия первичной травмы. Возникает двойственное амбивалентное ощущение своей слабости и

безжалостности и одновременно некоторой общности с врагом, который подвергается тем же стрессам.

Боевой стресс как дополнительный специфический негативный межличностный фактор усиливает структурный дефицит «Я» и закрепляет военным обучением специфические поведенческие паттерны, что приводит к заострению индивидуальных характеристик, вплоть до уровня возникновения личностных расстройств. Например, гневливость, озлобленность, неразвитая агрессивность, развивающаяся в раннем детстве, развиваются в результате дополнительного действия боевого стресса в параноидно-шизоидное личностное функционирование и другие дисгармоничные личностные паттерны. Отечественные психиатры ввели для этих нарушений специальный термин «комбатантная акцентуация или психопатия». [23] Наличие симптомов пограничного расстройства личности (ПРЛ), является клиническим подтверждением теории нарушенной идентичности «Я» у ветеранов, так как неустойчивость восприятия себя – это один из осевых симптомов этого расстройства. Незавершенное, диффузное «Эго» переходит в пограничное расстройство личности, которое характеризуется выраженной неустойчивостью и нестабильностью во всех сферах: в самооценке, в области регулирования эмоций, в контроле поведения, а также в поддержании стабильных отношений с окружающими людьми. Иногда гнев и агрессия обрачиваются против сослуживцев, что говорит о том, что эти потенциально адаптивные состояния на войне все же в значительной степени являются дисфункциональными, часто приводят к потере контроля над агрессивными импульсами даже в среде своих товарищей, и такие военные становятся опасными для себя и окружающих. Бойцы боятся обвинений в трусости, отсутствии мужественности, желании спрятаться за спины товарищей и т.п. Такая ситуация приводит к хронизации психических расстройств, возникновению чрезвычайных ситуаций и значительно снижает эффективность лечения [11].

### 1.3 Посттравматические изменения личности военнослужащих

У экс-комбатантов описаны приобретенные различные варианты акцентуаций характера по Личко А. Е., психопатические черты. Особенностью трансформированной личности ветерана боевых действий является парциальная дисгармония личности, проявляющаяся преимущественно в поведенческих отклонениях признаки социальной дезадаптации и поведенческие девиации у комбатантов, связывали со «стрессовой экспозицией», т.е. длительностью стресс насыщенной ситуации [29].

При сопоставлении наблюдавшихся у ветеранов поведенческих девиаций с продолжительностью пребывания в боевой обстановке оказалось, что наиболее тяжелые формы личностных нарушений, девиантных и антисоциальных форм поведения, агрессивные и аутоагressивные действия отмечаются при длительном, 15–17 месяцев, пребывании в боевой обстановке. В условиях продолжительного участия в войне закрепляются черты хронической тревожности и импульсивности, повышается готовность к возникновению диффузных, тягостных переживаний с колебаниями витального тонуса со злобой, тоской и страхом [28].

Другой подход к изменениям личности под влиянием экстремальных ситуаций предлагают авторы Напреенко А. К. и Логановский К. Н., они отмечают, что под влиянием комплекса неблагоприятных факторов, в результате нейроэндокринной дисфункции возникают патологические изменения личности. Они предложили концепцию «психосоматического патологического развития личности», при этом выделены три этапа формирования [29]:

- 1) неврозоподобный (астенический);
- 2) психосоматический;

### 3) патохарактерологический.

Психосоматическое патологическое развитие личности представляет собой расстройство личности с мозаичной психопатологической симптоматикой с социальной дезадаптацией. Авторы отмечают, что если в течение первых 1–2 лет после аварии на ЧАЭС и войны в Афганистане отдельные симптомы ПТСР обнаруживались практически у всех обследованных пострадавших и ветеранов, то спустя 14 лет после аварии и более чем 10 лет после войны.

Снедков Е. В., выделяя дефензивно-эпилептоидный тип личностных изменений у комбатантов, рассматривает их в качестве базы психопатологических проявлений боевой психической травмы. Составляющими компонентами этих, нажитых в боевой обстановке, характерологических деформаций являются своеобразие мировосприятия, подозрительность, ранимость, нарушение социальной коммуникации, повышенный риск возникновения агрессивных вспышек, сверхценных и бредовых образований. Этот тип акцентуации близок к выделенному Ахмедовой Х. Б. фанатичному типу [32].

Лабунский П. О. у «афганских» комбатантов выделил группы агрессивно активных, агрессивно-пассивных, пассивно «нулевых» лиц и «активных приспособленцев». К первой группе относятся люди, использующие для достижения своей цели насилие и агрессию, ко второй – невротики, подавляющие агрессию в себе, к третьей – комбатанты, решившие для себя забыть афганские события и к четвертой – лица, добившиеся высокого общественного положения за счет афганских, привилегий [35].

Диффузные, стойкие и болезненные изменения характера выделили Southwick S. M., у многих комбатантов с ПТСР. Авторы выделили пограничные, обсессивно-компульсивные, «избегающие» и параноидные расстройства личности [2].

Китаев-Смык Л.А. дифференцировал участников боевых действий с деструктивными постстрессовыми изменениями личности на «надломившихся», «дурашливых», «остервеневших». Для первых – «надломившихся» – свойственно постоянное переживание страха, неполноценности и склонности к жесткости, неуравновешенности [29]. Они склонны к уединению и употреблению алкоголя и наркотиков. «Дурашливые» проявляют склонность к инфантильным поступкам, неуместным шуткам. Как правило, они недооценивают реальную угрозу для собственной жизни. «Остервеневшие» за время боевых действий выработали в себе гиперагgressивность. Они представляют опасность и для себя, и для окружающих, особенно когда в руках у них оружие [26].

Было установлено, что пациенты с ПТСР чаще обнаруживают личностные расстройства пограничного и самоуничжающего типа. Они же имели высокие баллы по непрерывным показателям (общее количество выявляемых критериев) пограничных и самоуничжающих личностных расстройств. Авторы заключают, что скорее диагноз ПТСР, а не история травмы, связан с отмеченными личностными расстройствами [27].

Клиническая практика свидетельствует о большом многообразии и богатстве форм и нюансов личностных изменений при ПТСР, которые никак не укладываются в узкие рамки выделенной в МКБ-10 диагностической категории. В классификации личностные изменения выделены в рубрике F62.0 – «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы», однако, их нельзя отнести ни к акцентуациям личности, ни к психопатиям. Этому типу личностного изменения может предшествовать ПТСР, и тогда оно рассматривается как хроническое, необратимое продолжение стрессового расстройства [16].

Посттравматическое развитие личности у ветеранов боевых действий – это хроническое изменение личности после участия в боях, развивающееся в течение ряда лет (как минимум двух). Оно определяется на основе наличия в

анамнезе травматического события (участие в войне), признаков изменений характера, который становится «трудным». Переживший травматическое событие человек постепенно ограничивает свои контакты, одновременно снижается социальный и профессиональный уровень функционирования. В структуре личности начинают обнаруживаться особенности, не свойственные человеку в преморбиде (период до переживания травматического события). Появляется враждебное или недоверчивое отношение к окружающему миру. Ограничиваются социальные контакты (социальная изоляция), доминирует чувство опустошенности и безнадежности, постоянное чувство собственной измененности [37].

В заключении теоретической части можно выделить основные характеристики комбатантной акцентуации: эмоциональная неустойчивость, вспыльчивость, раздражительность, вплоть до бурных агрессивных вспышек, тревожность и настороженность, повышенная ранимость, недоверчивость к окружающему миру, избирательность и сложность в установлении межличностных контактов, максимализм в суждениях и поступка. Склонность к протестным реакциям. В той или иной степени, данные черты отмечены у всех обследованных в ранее проводимых исследованиях. В дальнейшем динамика описанных характеристик определялась во многом степенью их первоначальной выраженности: чем более значительными были личностные изменения, тем в меньшей степени они были склонны подвергаться обратному развитию, тем болезненнее протекал этот процесс. Большинство обследованных сумело адаптироваться к условиям мирной жизни в течение 6 месяцев, по мере адаптации черты комбатантной акцентуации сглаживались, однако и спустя длительный промежуток времени, на момент обследования, данные изменения личности сохранялись, становясь базой для формирования различных психопатологических проявлений [11].

## II ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ УЧАСТНИКА БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ В «ГОРЯЧЕЙ ТОЧКЕ»

### 2.1 Организация эмпирического исследования

С целью выявления личностных расстройств у участника боевых действий в «горячей точке» первоначально был проведен теоретический анализ литературных источников по поводу обозначенной проблемы, затем было проведено исследование личностных особенностей комбатанта с последующим составлением программы психологической реабилитации.

Для достижения поставленной цели дипломной работы были использованы следующие психодиагностические методики:

1. Оценка ситуационной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера, Л. Ханина. (Приложение 1). Данный тест представлен в виде опросника из 40 вопросов. Тест является надежным источником информации о самооценке человеком уровня своей тревожности в данный момент (реактивная тревожность) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека). Тест разработан Ч.Д. Спилбергером и адаптирован Ю.Л. Ханиным.

Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающих, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги.

Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью.

Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда нарушения тонкой координации.

Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Но тревожность изначально не является негативной чертой. Определенный уровень тревожности - естественная и обязательная особенность активной личности. При этом существует оптимальный индивидуальный уровень «полезной тревоги».

Шкала ситуативной тревожности состоит из 20 суждений (10 из них характеризуют наличие эмоций, напряженности, беспокойства, озабоченность, а 10 – отсутствие тревожности).

Обработка и интерпретация результатов:

до 30 – низкая тревожность;

31-45 – умеренная тревожность;

46 и более – высокая тревожность.

Испытуемому необходимо оценить свое самочувствие в данный момент. Предлагаются, например, такие утверждения: «Я спокоен», «Мне ничто не угрожает», «Я расстроен» и т.д.

В методике есть нормативы, указывающие на высокий уровень тревожности, средний и низкий. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда нарушения тонкой координации. Значительные отклонения от уровня умеренной тревожности требуют особого внимания. Высокая тревожность предполагает склонность к проявлению тревоги в ситуациях оценки его компетентности. В этом случае следует снизить субъективную значимость ситуации и задач и перенести акцент на осмысление деятельности и формирование чувства уверенности в успехе.

Низкая тревожность, наоборот, требует повышения внимания к мотивам деятельности и повышения чувства ответственности. Иногда очень низкая

тревожность в показателях теста является результатом активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя в «лучшем свете».

Также разработана шкала для оценки личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека), которая также состоит из 20 высказываний.

Испытуемый должен оценить, как он себя обычно чувствует. Здесь предлагаются, например, утверждения:

«Я испытываю удовольствие»,

«Я очень быстро устаю»,

«Я вполне счастлив» и др.

Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями. Но тревожность не является изначально негативной чертой. Определенный уровень тревожности – естественная и обязательная особенность активной личности. При этом существует оптимальный индивидуальный уровень «полезной тревоги». Шкалы ситуативной и личностной тревожности можно использовать в консультативной практике, при оценке результатов коррекции эмоциональных состояний, оценке динамики эмоциональных состояний у работников и т.д.

Таким образом, эмпирическое исследование, проведенное с помощью методики диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Л. Ханина позволила выявить уровень личностной и ситуативной тревожности участника боевых действий.

2. Миссисипская шкала ПТСР (Keane, Caddell, Taylor, 1988) (Адаптация Н. В. Тарабриной), (Приложение 2). Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства - клиническая тестовая

методика, изначально разработанная в 1987 году Кеапе Т. М. с соавторами для диагностики ПТСР у военнослужащих, побывавших в зоне боевых действий. В 1995 году был разработан и опубликован гражданский вариант шкалы, валидизированный на выборке гражданских лиц с установленным диагнозом ПТСР. Данная методика позволяет определить уровень выраженности посттравматического стрессового расстройства участника боевых действий. Миссисипская шкала была создана на основе MMPI для диагностики Посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). 30 вопросов образуют три основные шкалы, которые соотносятся с тремя группами симптомов ПТСР согласно DSM-III: 11 вопросов первой шкалы описывают симптомы группы вторжения, 11 симптомов второй шкалы описывают симптомы группы избегания, 8 вопросов третьей шкалы описывают симптомы возбудимости. Пять оставшихся вопросов описывают симптомы, относящиеся к чувству вины и суициdalным наклонностям. Популяционные исследования показали высокую внутреннюю согласованность военного (0,94) и гражданского (0,86) вариантов шкалы. Шкала обладает 87% чувствительностью и 63% специфичностью в диагностике ПТСР у контингента психически больных. Опросник состоит из 35 вопросов в «военном» и 39 вопросов в «гражданском» вариантах. Ответы на вопросы даются по шкале Ликкерта. Несмотря на группирование вопросов в четыре субшкалы, высчитывается только один итоговый коэффициент. Часть вопросов имеет перевёрнутые значения, что позволяет снизить установочность испытуемого или заполнение бланка в произвольном порядке. Вследствие не самой высокой специфичности, миссисипская шкала не рекомендована для первичного скринингового выявления контингента, страдающего ПТСР. Её предназначение - подтверждение диагноза ПТСР у тех, у кого его можно ожидать, и оценка степени тяжести расстройства. Поэтому методика используется в деятельности психологов спецслужб, силовых ведомств, в работе с лицами, подверженным экстремальным

психологическим нагрузкам (например, спасателям). Следует дифференцировать ПТСР от патологических личностных реакций, декомпенсаций неврозов, дебюта аффективных и эндогенных процессов.

Примечание к компьютерной версии.

В данной компьютерной версии были приняты следующие условные критерии для интерпретации результатов тестирования, выраженные в процентах:

- 0 - 20 низкий уровень;
- 21- 40 пониженный уровень;
- 41- 60 средний уровень;
- 61 – 80 повышенный уровень;
- 81 – 100 высокий уровень;

---

3. Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (Мини-мульт, СМОЛ).(Приложение 3).

Методику разработал Джеймс Кинканон в 1968 году, русскоязычная адаптация сделана В. П. Зайцевым и В. Н. Козюлей в 1981 году. Методика ориентирована на выявление наиболее распространенных ситуативных или застойных личностных расстройств. Данная методика представляет собой сокращенный вариант опросника MMPI, содержащий 71 вопрос, 11 шкал, из них 3 – оценочные. Первые 3 оценочные шкалы измеряют искренность испытуемого, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекции, вносимую чрезмерной осторожностью. Остальные 8 шкал являются базисными и оценивают свойства личности. Первая шкала измеряет свойство личности испытуемого с астено-невротическим типом. Вторая шкала говорит о склонности испытуемого с социопатическим вариантом развития личности. Пятая шкала в этом варианте опросника не используется, после четвертой шкалы следует шестая. Шестая шкала характеризует обидчивость испытуемого, его склонность к аффективным реакциям.

Седьмая шкала предназначена для диагностики тревожно-мнительного типа личности, склонного к сомнениям. Восьмая шкала определяет степень эмоциональной отчужденности, сложность установления социальных контактов. Девятая шкала показывает близость к гипертимному типу личности, измеряет активность и возбудимость. Время проведения опроса не ограничивается.

Методика позволяет выявить наличие личностных расстройств комбатанта боевых действий «горячей точки».

4. Анкета «Прогноз» Методика определения нервно-психической устойчивости (Приложение 4).

Анкета оценки нервно-психической устойчивости «Прогноз» – опросник, разработанный в Ленинградской Военно-медицинской Академии в 1985 году В.Ю. Рыбниковым и предназначенный для первоначального ориентировочного выявления лиц с признаками нервно-психической неустойчивости. Основная цель методики – определение уровня нервно-психической устойчивости, риска дезадаптации в стрессе. Методика содержит 84 вопроса. Включает шкалы: искренности и нервно-психической устойчивости (НПУ). Обследование длится около 20 минут. Методика рекомендуется при подборе лиц, пригодных для работы в экстремальных ситуациях. Таким образом, данная методика особенно информативна при подборе лиц, пригодных для работы или службы в трудных, непредсказуемых условиях, где к человеку предъявляются повышенные требования. Опросник позволяет выявить отдельные признаки личностных нарушений, а также оценить вероятность их развития и проявлений в поведении и деятельности человека, особенно при усложнении внешней ситуации.

Выделяют 3 уровня НПУ:

13 и менее баллов (стены 6-10) – высокий уровень нервно-психической устойчивости. Нервно-психические срывы маловероятны.

14-28 баллов (стены 3-5) – нервно-психически устойчив. Однако существует вероятность нервно-психических срывов в напряженных, экстремальных ситуациях.

29 и более баллов (стены 1, 2) – высокая вероятность нервно-психических срывов. Низкий уровень нервно-психической устойчивости. Высокая вероятность нервно-психических срывов. Необходима консультация психоневролога (невропатолога, психиатра).

Таким образом, данная методика позволяет определить насколько вероятно проявление нервно – психического срыва у участника боевых действий.

5. Методика «Шкала эмоциональной стабильности нестабильности (нейротизма)» Г. Айзенка (Приложение 5).

Шкала представляет собой часть методики Г. Айзенка для измерения экстраверсии – интроверсии и нейротизма (форма А). Оставлены только вопросы, касающиеся нейротизма, и вопросы на скрытость – откровенность ответов. Если опрашиваемый набрал по первой шкале 12 баллов и меньше, то он эмоционально стабилен, если 13-18 баллов — то средне стабилен, а если 19- 24 балла, то очень эмоционально нестабилен. Если по второй шкале отвечающий набрал 5 и более баллов, то его ответы, считает Г.Айзенк, были не всегда искренними.

Данная методика позволяет определить эмоциональную стабильность (нестабильность) комбатанта боевых действий «горячей точки».

Исследование проводилось в декабре – январе 2019 г. В исследовании принял участие комбатант в возрасте 32 лет, участвовавший в боевых действиях «горячей точки» в 2014 году, находившейся там на протяжении восьми месяцев. Выбор испытуемого для данного исследования основан на признаках, таких как: неспокойный сон, наплывы навязчивых воспоминаний (реминисценций) об имевших место жизнеопасных ситуациях, комплекс неврастенических расстройств, с преобладанием повышенной

раздражительности, импульсивности, утомляемости и утрате способности к длительному умственному и физическому напряжению. Снижением интереса к значимым ранее видам активности, недоверчивость к окружающему миру, избыточной реакцией на внезапные раздражители. А также у испытуемого во время боевых действий было ранение.

## 2.2 Описание и анализ результатов исследования

Для достижения цели дипломной работы необходимо выявить психологические нарушения у участника боевых действий в «горячей точке» и на основе полученных эмпирических данных, разработать программу психологической реабилитации, позволяющей успешно реадаптироваться к социальной жизнедеятельности. Для достижения поставленной цели было производно эмпирическое исследование личностных особенностей участника боевых действий «горячей точки». Результаты исследования представлены в сводной Таблице 2.1.

Таблица 2.1 Результаты исследования личностных особенностей участника боевых действий «горячей точки».

Методика диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Л. Ханина. Оценка ситуационной и личностной тревожности.				
Феномен	Фактический показатель	низкая тревожность	умеренная тревожность	высокая тревожность
Личностная тревожность	об1 баллов	До 30 баллов	31-45 баллов	46 баллов и более

Реактивная тревожность	71 баллов			
------------------------	-----------	--	--	--

**Опросник Мини-Мульт (СМОЛ)**

Феномен	Фактический показатель	ниже нормы	норма	выше нормы
Ипохондрия	45 баллов	менее 40 баллов	50 баллов	более 70 баллов
Депрессия	54 баллов			
Истерия	51 баллов			
Психопатия	45 баллов			
Паранояльность	50 баллов			
Психастения	51 баллов			
Шизоидность	44 баллов			
Гипомания	42 баллов			

**Методика определения нервно-психической устойчивости. Анкета «Прогноз»**

Феномен	Фактический показатель	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
Нервно-психическая устойчивость	27 баллов	13 и менее баллов	14 – 28 баллов	29 баллов

**Миссисипская шкала пост-боевых стрессовых расстройств**

Феномен	Фактический показатель	Хороший уровень адаптации	Нарушение адаптации	Дезадаптация
Стрессовое расстройство	93	35-96 баллов	97-111 баллов	112 баллов и более

Методика «Шкала эмоциональной стабильности - нестабильности (нейротизма)» Г. Айзенка				
Феномен	Фактически й показатель	Эмоциональн о - стабилен	Средне эмоционально - стабилен	Эмоциональн о – не стабилен
Эмоциональ- ная стабильность	20 баллов	12 баллов и меньше	13-18 баллов	19- 24 балла

На основании приведенной таблицы эмпирических данных личностных особенностей комбатанта «горячей точки» достоверно установлено, что уровень личностной и ситуативной тревожности высокий, это может свидетельствовать о наличии неврозов и эмоциональной вспыльчивости. По клиническим шкалам опросника СМОЛ отклонений от нормы не наблюдается. Личностные расстройства не выявлены. Незначительное повышение 2-й шкалы «Депрессия» свидетельствует о состоянии волнения и неудовлетворенности собой. Небольшое повышение профиля по 3-й шкале «Истерия» может говорить о невыдержанности и обидчивости. Повышение профиля по 6-й шкале «Психастения» свидетельствует об обидчивости и упрямстве. Уровень нервно-психической устойчивости средний (27 баллов), это говорит о том, что нервно-психические срывы вероятны, особенно в экстремальных условиях. Выраженность посттравматического стрессового расстройств составляет 93 балла, что свидетельствует о выраженном влиянии перенесенной травмы. Уровень эмоциональной нестабильности составляет 20 баллов, что свидетельствует о частых сменах настроения, слабом самоконтrole, импульсивности и порывистости действий.

На основании результатов исследования можно сделать следующие выводы: При исследовании личностных особенностей комбатанта боевых действий «горячей точки» выявлены следующие клинические нарушения:

высокая личностная и реактивная тревожность и снижение эмоциональной стабильности – нейротизм. Выраженность посттравматического стрессового расстройства, что свидетельствует о нарушении адаптации, вследствие воздействия экстремального стрессора, который способствовал манифестации (внешнего выражения) ПТСР, в виде конstellации: гиперактивности - повышенная раздражительность, бдительность, избыточная реакция на внезапные раздражители, повышенный уровень физиологической реактивности на события. Данные признаки можно отнести к астено-невротическим синдрому.

Предположение о том, что экстремальные факторы боевой обстановки, в «горячей точке», оказывают влияние у участника боевых действий на формирование личностных расстройств, а также стрессового расстройства, нервно – психической неустойчивости и нейротизма – подтвердилось. Психопатии не обнаружены.

### 2.3 Программа психологической реабилитации

Цель реабилитационной работы: актуализировать имеющиеся психологические ресурсы и создать дополнительные, обеспечивающие преодоление симптомов боевого дистресса.

Задачи:

1. Помочь осознать возможность трансформации кризисного состояния комбатанта, помочь увидеть новые перспективы и возможности возвращения к нормальной жизни.
2. Вызвать реагирования переживаний, связанных с воспоминаниями о психотравмирующих событиях боевой деятельности.

3. Восстановление психического равновесия комбатанта. Обеспечение доступа военнослужащего к скрытым ресурсам, извлечение их из подсознания, доведение до уровня сознания, а затем обучение военнослужащего тому, как ими пользоваться.

4. Изменение и перестройка системы отношений пациента и избавление от переживаний травмы «Закрытие прошлого» и формирование нового начала этапа жизни.

5. Снижение нервно-мышечного напряжения.

Программа реабилитации:

1. Клиент-центрированная терапия К. Роджерса. Основной целью является изменение отношения ветерана боевых действий к наличию в его жизни психотравмирующей ситуации. Формирование умения осознать чувства и прислушаться к своему опыту переживания. Возникает процесс осуществления диагностической беседы, при условии преодоления коммуникативного барьера, который, как правило, возникает у военнослужащих относительно информации, связанной с пережитым ими психотравмирующим опытом. (Приложение 6).

2. «Я-реальное» – бихевиорально-когнитивный. Когнитивно – бихевиоральная психотерапия ПТСР. Центральное место в этой форме психотерапии посттравматического стресса отводится конфронтации пациента с травматическими образами-воспоминаниями в целях постепенного ослабления симптоматики ПТСР.

- Техника вскрывающих интервенций (EBI). При ПТСР она действует на воспоминания о травме. Данные воспоминания пациента, которые вызывают страх, должны приносить терапевтический эффект. Метод заключается в том, чтобы помочь пациенту заново пережить травматические воспоминания и их интегрировать. Но данная терапия противопоказана пациентам, которые имеют следующие признаки: отсутствие флэшбэков, злоупотребление наркотиками и алкоголем,

суицидальные состояния, неэффективного опыта прохождения данной терапии, выгода от заболевания, неумение «включать» воображение, отсутствие повторяющихся симптомов, неспособность выдерживать реакцию сильного возбуждения, психопатии. При проведении этой терапии подчеркивается важность мотивации на лечение. Пациенту следует оказывать интенсивное содействие психотерапевту, а терапевт должен быть уверен в том, что лечение безопасно для пациента и он имеет достаточный ресурс для успешного «погружения» в терапевтическую работу.

- Техника десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний посредством движений глаз (EMDR.) EMDR — это вариант техники «вскрывающих интервенций» (ЕВГ), дополненной движениями глаз пациента. Терапия состоит из следующих процедур: представления пациентом травматической сцены, переживания чувства тревоги, когнитивной реструктуризации (общее для EMDR и ЕВГ) и направляемых терапевтом саккадических движений (саккады – быстрые, строго согласованные движения глаз, происходящие одновременно и в одном направлении). На записи имеют вид вертикальных прямых тонких линий (Приложение 7).

3. Медико-психологическая реабилитация-кинестетическая диссоциация (ВКД) «Кинотеатр». Позволяет качественно изменить восприятие запечатленной травмирующей ситуации. Техника основана на работе с визуальной, аудиальной и кинестетической составляющими системы восприятия человека, а также на методе реимпринта Р. Дилтса. Интенсивность кинестетической составляющей определяет особенности травмирующих переживаний. Посредством изменения модальности систем восприятия ВКД позволяет снять негативный заряд событий прошлого, изменить внутренние стереотипы. Метод эффективен в отношении любых фобий, неприятных воспоминаний и ПТСР. Паттерн перемотки фильмов помогает успешно управлять собственными эмоциями, так что мы можем

учиться на прошлом опыте, а не испытывать боль, заново переживая его. Можно использовать данный паттерн, чтобы «отключить» любую сцену, которую личность не хочет больше проигрывать в своем внутреннем кинотеатре (Приложение 8).

4. «Я-социальное» – групповая психотерапия. Социально-психологическая реабилитация. Главная цель в терапии – изменение и перестройка системы отношений пациента и избавление от переживаний травмы.

Каким бы ни был групповой формат, групповая терапия направлена на достижение определенных терапевтических целей: разделение с терапевтом (и группой) повторного переживания травмы в безопасном пространстве. Создание поддерживающей атмосферы принятия и безопасности от чувства стыда. Работа в одной группе с теми, кто имеет похожий опыт, что дает возможность почувствовать универсальность собственного опыта. Возможность разделить с другими людьми эмоциональное переживание. Прояснение общих проблем, обучение методам совладения с последствиями травмы и достижение понимания того, что личная травма требует своего разрешения.

Наблюдение за тем, как другие переживают вспышки интенсивных аффектов, что дает поддерживающий и ободряющий эффект. Возможность быть в роли того, кто помогает (осуществляет поддержку, вселяет уверенность, способен вернуть чувство собственного достоинства). Развитие «чувства локтя», когда общие проблемы разделяются участниками группы друг с другом. Преодоление чувства собственной незначительности — «мне нечего предложить другому». Получение возможности составить собственное представление о реальности изменений, которые происходят с каждым членом (Приложение 9).

5. Прогрессирующая релаксация. Методы саморегуляции являются глубокой профилактической основой нервно-психического здоровья

человека, действуют через гармоничное взаимодействие сознания с бессознательным, т.е. с множественными ресурсными возможностями личности (Приложение 10).

Выводы: Для комбатантов характерно наличие психической травмы, как результата воздействия психотравмирующих раздражителей. Социально-психологическая реабилитация является одним из необходимых компонентов медицинской реабилитации военнослужащих, получивших ранения иувечья в ходе боевых действий.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе исследования была достигнута цель, в которой было необходимо выявить психологические нарушения у участника боевых действий в «горячей точке», на основе полученных эмпирических данных, разработана программа психологической реабилитации.

В соответствии с целью исследования решены поставленные задачи:

1. Теоретически изучены особенности влияния боевых действий на психику и личность его участника. Известно, что под боевой психической травмой (БПТ) понимается переживание большой силы, вызванное кратковременным или длительным воздействием психотравмирующих факторов боевой обстановки, приводящее к расстройствам психики различной степени тяжести и разрушению психологической структуры действий.

2. Обоснован комплекс психодиагностических методик, который позволил выявить психологические нарушения у участника боевых действиях в «горячей точке»: Ч.Д. Спилбергера, Л. Ханина. Оценка ситуационной и личностной тревожности; Миссисипская шкала ПТСР; Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности Джеймса Кинканна, (Мини-мульт, СМОЛ); Анкета «Прогноз» Методика определения нервно-психической устойчивости; Методика «Шкала эмоциональной стабильности - нестабильности (нейротизма)» Г. Айзенка.

3. Проведена психологическая диагностика ряда личностных подструктур участника боевых действий, в ходе которых были получены следующие результаты: высокая тревожность (личностная и ситуативная), эмоциональная нестабильность, средний уровень нервно – психической неустойчивости и выраженность посттравматического стрессового

расстройства, что свидетельствует о нарушении адаптации, вследствие воздействия экстремального стрессора.

4. На основании результатов диагностики психологических нарушений у участника боевых в «горячей точке», разработана программа психологической помощи».

Таким образом, в данной работе цель достигнута, задачи решены, гипотеза подтвердилась: экстремальные факторы боевой обстановки в «горячей точке», оказывают влияние у участника боевых действий на формирование стрессового расстройства, нервно – психической неустойчивости и нейротизма – подтвердилось. Психопатии не обнаружены.

Рекомендации. Посттравматический синдром – это центральное звено в подходе к проблеме социально-психологической адаптации участников военных действий. Поэтому именно на разрешении этого вопроса необходимо сосредоточить внимание специалистов – медиков и психологов. Психологическая помощь и медицинская реабилитация позволяют облегчить процесс адаптации военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях. Поэтому они рекомендуются в качестве основных направлений психосоциальной работы с данной категорией населения. Полученные результаты, в ходе исследования, могут использовать клинические психологи, психотерапевты, невропатологи и психиатры.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Батаршев А.В Диагностика пограничных психических расстройств личности. - М.: ИИП, 2004, ISBN 5-89939-082-4
2. Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: Сборник трудов конференции / Петров В.И., Стаценко М.Е., Смирнов А.В., Загребин В.Л.– Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2017. – 864 с.
3. Все о душевном состоянии человека : официальный сайт.– 2019 .– URL: <https://all-psih.ru/sindrom-ptsr-posttravmaticske-stressovoe-rasstrojstvo-chto-eto-takoe.html> (дата обращения 16.12.2019).
4. Гаранян Н.Г Когнитивно-бихевиоральная психотерапия посттравматического стрессового расстройства // консультативная психология и психотерапия. - 2013. - №3(78). - С. 46-72.
5. Гончаров, Г.А. Энциклопедия гипноза: Суггестия и гипноз / Г.А. Гончаров. – 2017. – 210 с.
6. Грачева Л.В. нервно-психические нарушения и социально-психологическая дезадаптация у лиц с боевым стрессом в анамнезе /Л.В. Грачева, В.А. Сергеев // Сборник материалов VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии: М. - 2016.-С.101-102.
7. Групповая психотерапия в психологической реабилитации военнослужащих // Med-Books.Info URL: <https://med-books.info/psihologiya-pedagogika-voennaya/gruppovaya-psihoterapiya-psihologicheskoy.html> (дата обращения: 16.12.2019).
8. Дзержинская, Н.А. Клинические стандарты реабилитации комбатантов с боевой психической травмой: методическое пособие/ Дзержинская Н. А., Сыропятов О. Г. – Киев. – 2014. - 10 с.

9. Ильин Е. Психология агрессивного поведения. - СПб.: Питер: 2014. - 368 с.
10. Кааяни А.Г. Психологические последствия войны и социально-психологическая реадаптация участников боевых действий / А.Г. Кааянин, Ю.М. Кааяни // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2014. – том7, №4. – С. 59-66.
11. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. Учебник для студентов медицинских ВУЗов. - СПб: 2002. - 672 с.
12. Клячкина Н. Л. Методы и техника социально-психологической реабилитации ветеранов боевых действий // Вестник Самарского государственного технического университета. Серия: Психолого-педагогические науки. - 2015. - С. 114-121.
13. Колантаевская А.С. Стилевые особенности самодетерминации в ситуации жизненных изменений \ А.С. Колантаевская., Н.В. Гришина., Т.Ю.Базаров // Вестник Санкт-Петербургского университета. –2016. – . №4. С.51-62.
14. Колов С.А. Значение боевого и постбоевого стрессов в психопатологии комбатантов / С.А.Колов // Российский психиатрический журнал. – 2010. – №6. – С. 70-75.
15. Колов, С.А. Теоретические и эмпирические основания применения личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии у ветеранов боевых действий / Колов А.Н. // Вестник психотерапии: Оздоровительное учреждение "Международный институт резервных возможностей человека" (Санкт-Петербург). – 2010. –№ 33(38). – С.40-54.
16. Колодин С. Н. Роль духовно-ориентированной психотерапии в современной системе оказания помощи пациентам с психическими расстройствами/ С.Н. Колодин., Е.С. Курасов., К.А. Кобозова // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – 2015. – т. 10 № 1.С. 68 – 71.

17. Короткова Н. Посттравматическое стрессовое расстройство / (ПТСР). Динамика развития психологических изменений у комбатантов / Н.Короткова // БФ Ветеран : портал.- 2012-2019 .– URL: <https://bfveteran.ru/reabilitaciya/ptsr/1027-dinamika-razvitiya-psixologicheskix-izmenenij-u-kombatantov.html> (дата обращения 13.12.2019).
18. Лыткин, В.М. некоторые дискуссионные вопросы клинической диагностики посттравматических стрессовых расстройств / В.М. Лыткин., В.В. Нечипоренко //Российский психиатрический журнал. – 2014. – №1. С. 62-67.
19. Методика «Шкала эмоциональной стабильности - нестабильности (нейротизма)» Г. Айзенка / Online Test Pad//: официальный сайт .– 2011-2019.– URL:<https://onlinetestpad.com/ru/test/4432-metodika-shkala-emotionalnoj-stabilnosti-nestabilnosti-nejrotizma-g-ajzenka> (дата обращения 16.12.2019).
20. Перспективы использования современных технологий в обработке медицинской информации о раненых и больных на основании опыта Великой Отечественной войны и боевых действий в Афганистане: Вестник Российской военной – медицинской академии / Ю.М. Захаров, В.Н. Цыган, В.В. Тыренко, Н.С. Галомзик, Д.Н. Борисов. – Санкт-Петербург: Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, 2015. – 216 с.
21. Петко Л.Ю. Техника ослабления травматического инцидента / Л.Ю.Петко // Психологи на b17.ru : офиц.сайт.- 2015.-URL : [https://www.b17.ru/article/httpswwwb17rumy\\_articleoti/](https://www.b17.ru/article/httpswwwb17rumy_articleoti/) (16.12.2019).
22. Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В.А. Солдаткина; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2015. – 624 с.
23. Применение техники ВКД при реадаптации военнослужащих после выполнения специальных задач / Психологи на b17.ru : офиц.сайт. – URL : <https://www.b17.ru/article/vkd/> (16.12.2019).

24. Психологическая реабилитация // психолог мой. site Все о психологии URL: <https://psiologmoy.site/reabilitacija-psihologicheskaja/> (дата обращения: 16.12.2019)
25. Психологические особенности личности военнослужащих, получивших ранения иувечья в Чеченской республике : Psyhologyside.ru : официальный сайт.– 2019.– URL: <http://www.psyhologyside.ru/sides-215-2.html> (дата обращения 13.12.2019).
26. Психологические особенности личности военнослужащих, получивших ранения и их учет в социально – психологической реабилитации // psychologyke.ru : сайт .– 2019. – URL: <http://www.psychologykey.ru/klogs-697-1.html> (дата обращения 13.12.2019).
27. Психологические тесты / Тестирование// Миссисипская шкала ПТСР: Психологи на b17.ru: официальный сайт. – Краснодар, 2019. – URL: [https://www.b17.ru/tests/mississippi\\_scala\\_pro\\_ptsd/](https://www.b17.ru/tests/mississippi_scala_pro_ptsd/) (дата обращения 16.12.2019).
28. Райгородский, Д.Я. Практическая психодиагностика: Методики и тесты. Учебное пособие / Д.Я.Райгородский. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ – М», 2006. – 672 с.
29. Репина, Н.В. Основы клинической психологии: учебник / Н. В.Репина, Д. В. Воронцов, И. И. Юматова. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 480 с.
30. ResearchGate официальный сайт. – 2019. – URL: [https://www.researchgate.net/publication/266022387\\_Rol\\_licnosti\\_v\\_razvitiu\\_boevogo\\_posttraumaticeskogo\\_stressovogo\\_rasstrojstva](https://www.researchgate.net/publication/266022387_Rol_licnosti_v_razvitiu_boevogo_posttraumaticeskogo_stressovogo_rasstrojstva) (дата обращения 16.12.2019).
31. Романов, Д.В. проблема объективизации диагностики пограничного расстройства личности / Д.В. Романов // журнал Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – С –853-856.

32. Рукомойникова , А.Н. Социальная работа с участниками локальных боевых действий / Рукомойникова А.Н., Сухарева И.В./ Вестник Академии наук Республики Башкортостан .– 2018. – том 26, № 1(89).– С. 31-38.
33. Солдаткин, В.А.Conference: Материалы Российской научной конференции с международным участием «психопатология войны: психические и поведенческие расстройства у жертв тяжелого стресса» / В.А. Солдаткин, К.Ю. Галкин. – Ростов-на-Дону. – С. 193 – 201.
34. Социально-психологическая адаптация граждан, принимавших участие в боевых действиях: методическое пособие / Т.И. Ерёмина, Н.П. Крюков, Ю.Ю. Логинова. – Саратов, 2002. – 60 с.
35. Стрельникова, Ю.Ю. Изменения личности в условиях боевых действий с точки зрения психической нормы / Ю.Ю. Стрельникова// Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. – 2013. – С.187-192.
36. Стрельникова, Ю.Ю. системно-динамический подход к оценке психологических последствий боевого стресса / Ю.Ю. Стрельникова // журнал: Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2014. –№4. С – 79-90.
37. Суггестия // психология и психиатрия медико-психологический центр «психомед» URL: <https://psihomed.com/suggestiya/> (дата обращения: 16.12.2019).
38. Сукиасян, С. Г. Посттравматические стрессовые расстройства: медицинская и социально-психологическая проблема в армении / С.Г. Сукиасян, М.Я. Тадевосян // Российский психиатрический журнал. – 2010. – №5. –С. 59-68.
39. Сукиасян, С.Г. Роль личности в развитии боевого посттравматического стрессового расстройства / С.Г. Сукиасян., М.Я.Тадевосян// Психолог. – 2013. – № 2. – С. 258 - 308.

40. Сухарева, И.В. Социальная работа с участниками локальных боевых действий / А.Н. Рукомойникова // Вестник Академии наук Республики Башкортостан. – 2018. – том 26, № 1(89). – С.31-39.
41. Тадевосян, М.Я. посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов войны: данные катамнестического наблюдения / М.Я.Тадевсян // Российский психиатрический журнал. – 2011. –№3. С.52-58.
42. Тадевосян, М.Я. Современные концепции развития посттравматического стрессового расстройства / М.Я. Тадевсян // Med-Practic : портал. – 2019. – URL: <http://www.med-practic.com/rus/> (дата обращения 13.12.2019).
43. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса — СПб: Питер, 2001. — 272 с.
44. Терехова Т.А. Влияние боевого стресса на состояние психического здоровья участников военных действий / Т.А. Терехова, Н.С. Фонталова // Психология в экономике и управлении. – 2014. –№1. – С. 71-75.
45. Точилов В.А. МКБ-10 в россии конец классической психиатрии? // Социальная и клиническая психиатрия. - 2010. - С. 64-68.
46. Хрусталёва Н. С. Психология кризисных и экстремальных ситуаций. Психическая травматизация и её последствия / Н. С. Хрусталева. – Санкт –Петербург. - 2013. –24 с.

## Приложение 1

Шкала тревоги Спилбергера-Ханина.

Шкала ситуативной тревожности

№пп	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я внутренне скован	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4

13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряжения	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

### Шкала личной тревожности

Инструкция. Прочтайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не думайте, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

Но <sup>пп</sup>	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2	3	4
22	Я бываю раздражительным	1	2	3	4

23	Я легко расстраиваюсь	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я все принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя беззащитным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и	1	2	3	4

	трудностей				
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

### Интерпретация результатов

При анализе результатов самооценки надо иметь в виду, что общий итоговый показатель по каждой из подшкал может находиться в диапазоне от 20 до 80 баллов. При этом чем выше итоговый показатель, тем выше уровень тревожности (ситуативной или личностной).

## Приложение 2

Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства.

Бланк военного варианта.

Текст опросника

Имя \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Семейное  
 положение \_\_\_\_\_ Детей \_\_\_\_\_  
 Профессия \_\_\_\_\_  
 Вес \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_

Ниже приводятся утверждения, обобщающие различный опыт людей, принимавших участие в боевых действиях. У каждого утверждения есть шкала от "1" до "5". Пользуясь данной шкалой, укажите, в какой степени вы согласны или не согласны с данным утверждением. Дайте только один ответ на каждое утверждение: Совершенно неверно, Иногда верно, До некоторой степени верно, Верно, Совершенно верно

Утверждение	Совершенно неверно	Иногда неверно	До некоторой степени верно	Верно	Совершенно верно
1. До службы в армии у меня было больше друзей чем сейчас					
2. У меня нет чувства вины за то, что я делал во время службы в армии					
3. Если кто то выведет меня из терпения, я скорее всего не сдержусь (применю физическую силу)					
4. Если случается что-то, напоминающее мне о прошлом, это выводит меня из равновесия и причиняет мне боль					
5. Люди, которые очень					

хорошо меня знают, меня боятся					
6. Я способен вступать в эмоционально близкие отношения с другими людьми.					
7. Мне снятся по ночам кошмары о том, что было в действительности на войне					
8. Когда я думаю о некоторых вещах, которые я делал в армии, мне просто не хочется жить					
9. Внешне я выгляжу бесчувственным					
10. Последнее время я чувствую что хочу покончить с собой					
11. Я хорошо засыпаю, нормально сплю и просыпаюсь только тогда, когда надо вставать.					
12. Я всё время задаю себе вопрос, почему я ещё жив, в то время как другие погибли на войне					
13. В определённых ситуациях я чувствую себя так, как будто я снова в армии					
14. Мои сны настолько реальны, что я просыпаюсь в холодном поту и заставляю себя больше не					

спать					
15. Я чувствую, что больше не могу					
16. Вещи, которые вызывают у других людей смех или слёзы, меня не трогают					
17. Меня по прежнему радуют те же вещи, что и раньше.					
18. Мои фантазии реалистичны и вызывают страх					
19. Я обнаружил, что мне работать нетрудно после демобилизации					
20. Мне трудно сосредоточиться					
21. Я беспричинно плачу					
22. Мне нравится быть в обществе других людей.					
23. Меня пугают мои стремления и желания					
24. Я легко засыпаю.					
25. От неожиданного шума я легко вздрагиваю					
26. Никто, даже члены моей семьи, не понимают, что я					

чувствую					
27. Я лёгкий, спокойный, уравновешенный человек.					
28. Я чувствую, что о каких-то вещах, которые я делал в армии, я не смогу рассказать кому-либо, потому что этого никому не понять					
29. Временами я употребляю алкоголь или снотворное, чтобы помочь себе заснуть или забыть о тех вещах, которые случились со мной, когда я служил в армии					
30. Я не испытываю дискомфорта, когда нахожусь в толпе.					
31. Я теряю самообладание и взрываюсь из-за мелочей					
32. Я боюсь засыпать					
33. Я пытаюсь избегать всего, что могло бы напомнить мне о том, что случилось со мной в армии					
34. Моя память такая же хорошая, как и раньше.					
35. Я испытываю трудности в проявлении своих чувств, даже по отношению к близким людям					

**Интерпретация.**

Каждое совпадение с ключом оценивается в один балл:

Ответ	Номера утверждений
Пункты, считаемые в прямых значениях:	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35
Пункты, считаемые в обратных значениях:	2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34

**Приложение 3**

Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности Джеймса Кинканна, (Мини-мульт, СМОЛ).

Инструкция: Прочитайте каждое утверждение и решите, верно оно или неверно по отношению к Вам. Не тратьте времени на раздумывание. Наиболее естественно то решение, которое первым приходит в голову.

**Текст опросника**

1. У вас хороший аппетит?
2. По утрам вы обычно чувствуете, что выспались и отдохнули.
3. В вашей повседневной жизни масса интересного.
4. Вы работаете с большим напряжением.
5. Временами вам приходят в голову такие нехорошие мысли, что о них лучше не рассказывать.
6. У вас очень редко бывает запор.
7. Иногда вам очень хотелось навсегда уйти из дома.
8. Временами у вас бывают приступы неудержимого смеха или плача.
9. Временами вас беспокоит тошнота и позывы на рвоту.
10. У вас такое впечатление, что вас никто не понимает.
11. Иногда вам хочется выругаться.
12. Каждую неделю вам снятся кошмары.
13. Вам труднее сосредоточиться, чем большинству людей.
14. С вами происходили (или происходят) странные вещи.

15. Вы достигли бы в жизни гораздо большего, если бы люди не были настроены против вас.
16. В детстве вы одно время совершали кражи.
17. Бывало, что по несколько дней, неделю или целых месяцев вы ничем не могли заняться, потому что трудно было заставить себя включиться в работу.
18. У вас прерывистый и беспокойный сон.
19. Когда вы находитесь среди людей, вам слышатся странные вещи.
20. Большинство знающих вас людей не считают вас неприятным человеком.
21. Вам часто приходилось подчиняться кому-нибудь, кто знал меньше вас.
22. Большинство людей довольны своей жизнью более чем вы.
23. Очень многие преувеличивают свои несчастья, чтобы добиться сочувствия и помощи.
24. Иногда вы сердитесь.
25. Вам определенно не хватает уверенности в себе.
26. У вас часто бывает чувство, как будто вы сделали что-то неправильное или нехорошее.
27. У вас может ухудшиться самочувствие и здоровье, если люди критикуют вас, требуют от вас слишком много.
28. Обычно вы удовлетворены своей судьбой.
29. Некоторые так любят командовать, что вам хочется все сделать наперекор, хотя вы знаете, что они правы.
30. Вы считаете, что против вас что-то замышляют.
31. Большинство людей способно добиваться выгоды не совсем честным путем.

32. Вас часто беспокоит желудок.
33. Часто вы не можете понять, почему накануне вы были в плохом настроении и раздражены.
- 34 Временами ваши мысли текли так быстро, что вы не успевали их высказывать.
35. Вы считаете, что ваша семейная жизнь не хуже, чем у большинства ваших знакомых.
36. Временами вы уверены в собственной бесполезности.
37. В последние годы ваше самочувствие было в основном хорошим.
38. У вас бывали периоды, во время которых вы что-то делали и потом не могли вспомнить, что именно.
39. Вы считаете, что вас часто незаслуженно наказывали,
40. Вы никогда не чувствовали себя лучше, чем теперь.
41. Вам безразлично, что думают о вас другие.
42. С памятью у вас все благополучно.
43. Вам трудно поддерживать разговор с человеком, с которым вы только что познакомились.
44. Большую часть времени вы чувствуете общую слабость.
45. У вас редко болит голова.
46. Иногда вам бывало трудно сохранить равновесие при ходьбе.
47. Не все ваши знакомые вам нравятся.
48. Есть люди, которые пытаются украсть ваши идеи и мысли.
49. Вы считаете, что совершали поступки, которые нельзя простить.

50. Вы считаете, что вы слишком застенчивы.
51. Вы почти всегда о чем-нибудь тревожитесь.
52. Ваши родители часто не одобряли ваших знакомств.
53. Иногда вы немного сплетничаете.
54. Временами вы чувствуете, что вам необыкновенно легко принимать решения.
55. У вас бывает сильное сердцебиение, и вы часто задыхаетесь.
56. Вы вспыльчивы, но отходчивы.
57. У вас бывают периоды такого беспокойства, что трудно усидеть на месте.
58. Ваши родители и другие члены семьи часто придираются к вам.
59. Ваша судьба никого особенно не интересует.
60. Вы не осуждаете человека, который не пропадет воспользоваться в своих интересах ошибками другого.
61. Иногда вы полны энергии.
62. За последнее время у вас ухудшилось зрение.
63. Часто у вас звенит или шумит в ушах.
64. В вашей жизни были случаи (может быть, только один), когда вы чувствовали, что на вас действуют гипнозом.
65. У вас бывают периоды, когда вы необычно веселы без особой причины.
66. Даже находясь в обществе, вы обычно чувствуете себя одиноко.
67. Вы считаете, что почти каждый может солгать, чтобы избежать неприятностей.
68. Вы чувствуете острее, чем большинство других людей.

69. Временами ваша голова работает как бы медленнее, чем обычно.
70. Вы часто разочаровываетесь в людях.
71. Вы злоупотребляли спиртными напитками

## Приложение 4

Анкета «Прогноз» Методика определения нервно-психической устойчивости.

Инструкция к анкете «Прогноз». Вам предлагается ответить на ряд вопросов, направленных на выявление некоторых особенностей вашей личности. Будьте откровенны, долго не раздумывайте над содержанием вопросов, давайте естественный ответ, который первым придет вам в голову. Помните, что нет «хороших» или «плохих» ответов. На выполнение задания отводится 30 минут.

#### Вопросы методики

1. Иногда мне в голову приходят такие нехорошие мысли, что лучше о них никому не рассказывать.
2. Запоры у меня бывают редко (или не бывают совсем).
3. Временами у меня бывают приступы смеха или плача, с которыми я никак не могу справиться.
4. Бывают случаи, что я не сдерживаю своих обещаний.
5. У меня часто болит голова.
6. Иногда я говорю неправду.
7. Раз в неделю или чаще я безо всякой видимой причины ощущаю жар во всем теле.
8. Бывало, что я говорил о вещах, в которых не разбираюсь.
9. Бывает, что я сержусь.
10. Теперь мне трудно надеяться на то, что я чего-нибудь добьюсь в жизни.
11. Бывает, что я откладываю на завтра то, что нужно сделать сегодня.
12. Я охотно принимаю участие в собраниях и других общественных мероприятиях.
13. Самая трудная борьба для меня – борьба с самим собой.

14. Мышечные судороги и подергивания у меня бывают редко (или не бывают совсем).

15. Иногда, когда я неважно себя чувствую, я бываю раздражительным.

16. Я довольно безразличен к тому, что со мной будет.

17. В гостях я держусь за столом лучше, чем дома.

18. Если мне не грозит штраф и машин поблизости нет, я могу перейти улицу там, где мне хочется, а не там, где положено.

19. Я считаю, что моя семейная жизнь такая же хорошая, как у большинства моих знакомых.

20. Мне часто говорят, что я вспыльчив.

21. В детстве у меня была такая компания, где все старались всегда и во всем стоять друг за друга.

22. В игре я предпочитаю выигрывать.

23. Последние несколько лет большую часть времени я чувствую себя хорошо.

24. Сейчас мой вес постоянен (я не полнею и не худею).

25. Мне приятно иметь среди своих знакомых значительных друзей, это как бы придает мне вес в собственных глазах.

26. Я был бы довольно спокоен, если бы у кого-нибудь из моей семьи были неприятности.

27. С моим рассудком творится что-то неладное.

28. Меня беспокоят сексуальные (половые) вопросы.

29. Когда я пытаюсь что-то сказать, то часто замечаю, что у меня дрожат руки.

30. Руки у меня такие же ловкие и проворные, как прежде.

31. Среди моих знакомых есть люди, которые мне не нравятся.

32. Думаю, что я человек обреченный.

33. Яссорюсь с членами моей семьи очень редко.

34. Бывает, что я с кем-нибудь немного посплетничаю.
35. Часто я вижу сны, о которых лучше никому не рассказывать.
36. Бывает, что при обсуждении некоторых вопросов я особенно не задумываюсь, соглашуюсь с мнением других.
37. В школе я усваивал материал медленнее, чем другие.
38. Моя внешность меня в общем устраивает.
39. Я вполне уверен в себе.
40. Раз в неделю или чаще я бываю очень возбужденным или взволнованным.
41. Кто-то управляет моими мыслями.
42. Я ежедневно выпиваю необычно много воды.
43. Бывает, что неприличная или даже непристойная шутка вызывает у меня смех.
44. Счастливее всего я бываю, когда я один.
45. Кто-то пытается воздействовать на мои мысли.
46. Я люблю сказки Андерсена.
47. Даже среди людей я обычно чувствую себя одиноким.
48. Меня злит, когда меня торопят.
49. Меня легко привести в замешательство.
50. Я легко теряю терпение с людьми.
51. Часто мне хочется умереть.
52. Бывало, что я бросал начатое дело, так как боялся, что не справлюсь с ним.
53. Почти каждый день случается что-нибудь, что пугает меня.
54. К вопросам религии я отношусь равнодушно, она меня не занимает.
55. Приступы плохого настроения бывают у меня редко.
56. Я заслуживаю сурового наказания за свои поступки.
57. У меня были очень необычные мистические переживания.

58. Мои убеждения и взгляды непоколебимы.
59. У меня бывают периоды, когда из-за волнения я теряю сон.
60. Я человек нервный и легковозбудимый.
61. Мне кажется, что обоняние у меня такое же, как и у других (не хуже).
62. Все у меня получается плохо, не так, как надо.
63. Я почти всегда ощущаю сухость во рту.
64. Большую часть времени я чувствую себя усталым.
65. Иногда я чувствую, что близок к нервному срыву.
66. Меня очень раздражает, что я забываю, куда кладу вещи.
67. Я очень внимательно отношусь к тому, как я одеваюсь.
68. Приключенческие рассказы мне нравятся больше, чем рассказы о любви.
69. Мне очень трудно приспособиться к новым условиям жизни, работы, переход к любым новым условиям жизни, работы, учебы кажется невыносимо трудным.
70. Мне кажется, что по отношению именно ко мне особенно часто поступают несправедливо.
71. Я часто чувствую себя несправедливо обиженным.
72. Мое мнение часто не совпадает с мнением окружающих.
73. Я часто испытываю чувство усталости от жизни, и мне не хочется жить.
74. На меня обращают внимание чаще, чем на других.
75. У меня бывают головные боли и головокружения из-за переживаний.
76. Часто у меня бывают периоды, когда мне никого не хочется видеть.
77. Мне трудно проснуться в назначенный час.

78. Если в моих неудачах кто-то виноват, я не оставлю его безнаказанным.

79. В детстве я был капризным и раздражительным.

80. Мне известны случаи, когда мои родственники лечились у невропатологов, психиатров.

81. Иногда я принимаю валериану, элениум и другие успокаивающие средства.

82. Среди моих близких родственников есть лица, привлекавшиеся к уголовной ответственности.

83. У меня были приводы в милицию.

84. В школе я учился плохо, бывали случаи, когда меня хотели оставить (оставляли) на второй год.

## Приложение 5

Методика «Шкала эмоциональной стабильности - нестабильности (нейротизма)» Г. Айзенка.

Инструкция. Вам предлагается ряд вопросов об особенностях вашего поведения и проявления эмоций. Отвечайте на вопросы быстро, если «да», то ставьте рядом с номером вопроса плюс, если «нет», то минус. Помните, что отвечать надо на каждый вопрос. В опроснике нет плохих или хороших ответов.

Текст опросника

1. Часто ли вы нуждаетесь в друзьях, которые понимают все, могут одобрить и утешить?
2. Очень ли вам трудно сказать кому-нибудь «нет»?
3. Часто ли у вас меняется настроение?
4. Часто ли вы чувствуете себя несчастным человеком, без достаточных на то причин?
5. Появляется ли у вас чувство робости или смущения, когда хотите познакомиться с симпатичным представителем противоположного пола?
6. Если вы обещаете что-либо сделать, то всегда ли сдерживаете свое слово?
7. Часто ли вы переживаете от того, что сделали или сказали такое, что не следовало бы?
8. Легко ли вас обидеть?
9. Бывает ли так, что иногда вы так полны энергией, что все горит в руках, а иногда вялы?
10. Всегда ли вы сразу отвечаете на письма?
11. Выходите ли вы иногда из себя, сердясь не на шутку?
12. Возникают ли у вас мысли, которые вы хотели бы скрыть от других?

13. Часто ли вас беспокоит чувство вины?
14. Считаете ли вы себя человеком возбудимым и чувствительным?
15. Часто ли вы, сделав какое-нибудь важное дело, испытываете такое чувство, что смогли бы его сделать лучше?
16. Все ли ваши привычки хороши и желательны?
17. Случается ли так, что вы не можете заснуть от того, что в голову лезут разные мысли?
18. Бывает ли у вас сильное сердцебиение?
19. Бывает ли у вас такое состояние, что вас бросает в дрожь от волнения в какой-то экстремальной ситуации?
20. Не бывает ли так, что иногда вы сплетничаете?
21. Вы раздражительны?
22. Волнуетесь ли вы по поводу неприятных событий?
23. Часто ли вы видите кошмарные сны?
24. Вы всегда платите за проезд в транспорте?
25. Беспокоят ли вас какие-то боли?
26. Можно ли назвать вас нервным человеком?
27. Вы когда-нибудь опаздывали на работу или на встречу?
28. Легко ли вы обижаетесь, если другие указывают на ваши ошибки в работе или личные недостатки?
29. Есть ли среди знакомых те, которые вам явно не нравятся?
30. Беспокоит ли вас чувство, что вы чем-то хуже других?
31. Беспокоитесь ли Вы о своем здоровье?
32. Случалось ли вам говорить о вещах, в которых Вы не разбираетесь?
33. Страдаете ли Вы от бессонницы?

## Приложение 6

Клиент-центрированная терапия К. Роджерса.

Личностно-ориентированной психотерапии. Сеанс клиент-центрированной терапии начинается с того, что психолог и обратившийся за помощью человек садятся друг напротив друга. Контакт должен быть установлен с клиентом в течение первых пяти минут сессии. Если же этого не происходит, то в большинстве случаев клиент внутренне блокируется.

1. Внимание терапевта должно быть сосредоточено на тех переживаниях, что охватывают обратившегося человека. Обратившийся может самостоятельно выбирать тему для разговора. Психотерапевт может подталкивать клиента к тому, чтобы обсудить все самое наболевшее.

2. Техника правильного «отзеркаливания» - Например: «Сегодня утром я чувствовал себя очень обеспокоенным». «Да, с вами многое сейчас происходит...» После этого терапевт некоторое время ожидает в тишине. Сам обратившийся решает, о чем ему стоит говорить и требуется ли ему дальнейшая помощь.

3. Метод повторов - психолог просто повторяет сказанное клиентом: «Вы сегодня утром чувствовали себя обеспокоенное, и вы размышляли о об этом все то время, пока добирались на прием...» Затем должна последовать пауза.

4. Метод метафоры - Такая метафора позволяет обсудить свои агрессивные чувства без ощущения вины. Это делает клиента более открытым.

Этапы:

- Общение происходит лишь на общие темы.
- Проявления чувств, однако клиент не берет на себя ответственности за происходящее в его жизни. Не признаются жизненные противоречия.

- Ослабление, постепенное самовыражение. Человек выражает прошлые переживания – как правило, отрицательные.
- Человек начинает чувствовать ответственность за те проблемы, что имеются в его жизни.
- Чувства выражаются уже полностью свободно, однако нередко присутствует удивление, страх. Человек более точно определяет свои чувства.
- Клиент переживает свои чувства во всей полноте. Проблема прекращает для него быть объектом.
- Самостоятельное движение клиента вперед, уже без помощи психотерапевта.

## Приложение 7

Когнитивно – бихевиоральная психотерапия ПТСР.

Техника вскрывающих интервенций (EBI).

Клиент располагается в удобной позе - сидя на стуле, в кресле, руки на коленях, подлокотниках, стопы плотно соприкасаются с полом, колени несколько под тупым углом, голова удобно соприкасается со спинкой кресла или опущена вперед и вниз, при возможности поза лежа, ноги при этом несколько расставлены (под коленями может быть валик), глаза закрыты. Дыхание выравнивается, успокаивается. Вкратце предварительно дается информация о методе лечения, который будет проводиться.

По команде специалиста клиент делает глубокий короткий вдох, а на последующем медленном (в 2-2,5-3 раза дольше вдоха) глубоком выдохе врач говорит, что снимается напряжение с мышц головы. Клиент вслед за врачом про себя мысленно проговаривает эту фразу. Затем снова глубокий короткий вдох с последующим глубоким медленным выдохом и снятием напряжения с мышц лица. И на каждом последующем выдохе снимается напряжение последовательно сверху вниз по всему телу. После проведенного сеанса предлагается открыть глаза и дать вслух обратную реакцию - сообщить о своих ощущениях. Процедура длится 15 -20 минут.

Медико-психологическая реабилитация – Техника десенсибилизации и переработки травмирующих переживаний посредством движений глаз (EMDR).

Пациента просят сосредоточиться на травматическом воспоминании и попытаться воспроизвести все мысли, которые вызывает у него эта травма (например, "Я беспомощен" или "Я ничего не контролирую" и т. д.). Затем пациента просят представить травматическую сцену в более "сжатом" виде, сформулировать негативные мысли по поводу травматического воспоминания, сконцентрироваться на связанных с этими мыслями

физических ощущениях и следить глазами за пальцем терапевта, ритмично движущимся на расстоянии 30–35 см от его лица. После 24 саккадических движений пациента просят сделать глубокий вдох и отвлечься от переживания.

Далее ему следует сосредоточиться на телесных переживаниях, связанных с воображаемой сценой, а также на позитивных мыслях (например, "Я сделал лучшее из того, что мог", "Все в прошлом" и т. д.). Терапевт оценивает состояние пациента по субъективной десятибалльной шкале дистресса, после чего принимает решение, вносить ли в сцену какие-либо изменения. Процедура повторяется до тех пор, пока балл по субъективной десятибалльной шкале дистресса не опустится до 1 или 2.

## Приложение 8

Медико-психологическая реабилитация-кинестетическая - диссоциация (ВКД) «Кинотеатр».

Шаг 1. Идентифицируйте проблему. Попросите военнослужащего вспомнить неприятный случай, страх или травмирующее событие.

Шаг 2. Установите сильный ресурсный якорь (кинестетический) на состояние комфорта, безопасности и силы. Для того чтобы это сделать, попросите военнослужащего вспомнить такой момент из своей жизни, когда он был наиболее уверен в себе, чувствовал себя в безопасности и комфорте. На высоте переживания мягко надавите в области предплечья, плеча или колена. Теперь это ресурсное состояние ассоциировано с вашим прикосновением.

Шаг 3. Удерживая якорь, попросите военнослужащего увидеть себя перед началом травматического события. «Представьте, что вы находитесь в кинотеатре или смотрите видео. Посмотрите на себя в черно-белом изображении: что вы делаете перед началом травматического события, последняя благополучная сцена перед травмой» (двойная диссоциация).

Шаг 4. Предложите военнослужащему «выйти» из своего тела и увидеть себя сидящим рядом с вами и смотрящим на себя до начала травмирующего события. Таким образом, сейчас военнослужащий может наблюдать как бы из трех позиций (тройная диссоциация). Это состояние якорится.

Шаг 5. Попросите военнослужащего начать просмотр «фильма», который содержит травму. «Наблюдатель» должен обсудить, что происходит на «экране» после последней благополучной сцены. По мере раскрытия новых моментов, событие переживается без чувства страха и тревоги

Шаг 6. Когда переживание полностью просмотрено, верните военнослужащего с третьего места на второе, интегрируя визуальную перспективу с его настоящей кинестетикой.

Шаг 7. Попросите военнослужащего подойти к тому себе, который только что прошел через травматический опыт, и обеспечить в этом состоянии необходимый покой, уверенность и безопасность.

Шаг 8. Когда «сегодняшний» военнослужащий убедится, что он, из «прошлого», принимает его, предложите, чтобы тот визуализированный образ из прошлого вошел внутрь тела «сегодняшнего» клиента и интегрировался с ним

Шаг 9. Подстройка к будущему. Попросите военнослужащего увидеть себя в будущем в тех ситуациях, которые раньше были проблемными. Здесь надо обратить особое внимание на то, нет ли старых кинестетических реакций. Предложите военнослужащему подумать о возможности возникновения в будущем подобной ситуации и выясните, как бы он хотел на нее реагировать. Добейтесь точной сенсорной информации о «критериях осторожности»: как он будет понимать, когда ситуация безопасна, а когда стоит быть осторожным и аккуратным.

Шаг 10. Поведенческий тест. Если через некоторое время в каких-то жизненных ситуациях у военнослужащего вновь возникают проблемы - поработайте с ним еще раз. Проверка жизнью - лучший тест.

## Приложение 9

Схема проведения групповой терапии, предложенная Нидерландской международной школой психологов-реабилитологов:

1 круг – подробное проговаривание психотравматической ситуации в деталях;

2 круг – высказывание мыслей по поводу данной ситуации

3 круг – подробный пересказ о своих чувствах, испытанные в психотравмирующей ситуации;

4 круг – анализ видения собственной жизни в настоящем.

Работа завершается «закрытием прошлого» и формированием начала новой жизни.

## Приложение 10

Прогрессирующая релаксация.

Техника 1: Умение представить себя камнем. «Камень», которому, в какой бы ситуации он не находился, всегда безразлично, что вокруг него происходит. Необходимо с закрытыми глазами молча представить себя камнем и спокойно созерцать это свое состояние. Упражнение дает возможность клиента из тревожного состояния перейти в более уравновешенное, спокойное с целью выхода из сложившейся особой ситуации. На упражнение дается 10 минут.

Техника 2: Задержка дыхания. Для снятия острого нервного напряжения делается глубокий вдох и дыхание задерживается на 20-30 секунд. Следующий за этим выдох и последующий повторный глубокий компенсаторный вдох будут способствовать стабилизации состояния.

Рекомендации: в дальнейшем данное упражнение выполнять возникновении нервного напряжения.