

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева»
(КГПУ им. В.П. Астафьева)
Институт социально-гуманитарных технологий
Кафедра специальной психологии

Григоренко Наталья Викторовна
МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**Коррекция психического состояния участников боевых действий с
астеническим расстройством**

Направление подготовки 37.04.01 «Психология»
Направленность (профиль) образовательной программы
Психологическая помощь в кризисных и чрезвычайных ситуациях

Допускаю к защите:
Заведующий кафедрой
д.м.н., профессор Шилов С.Н.
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы
д.м.н., профессор Шилов С.Н.
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)
(дата, подпись)

Научный руководитель
к.м.н., Бардецкая Я.В.
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

(дата, подпись)

Обучающийся Григоренко Н.В.
(фамилия, инициалы)

(дата, подпись)

Содержание

Введение.....	3
Глава I. Анализ литературы по проблеме исследования.....	9
1.1. Развитие современных научных представлений об астенических расстройствах.....	9
1.2. Факторы, влияющие на психическое состояние участников боевых действий.....	15
1.3. Современные подходы к изучению проблемы психического состояния участников боевых действий.....	34
Выводы по первой главе.....	42
Глава II. Экспериментальное исследование особенностей психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством.....	44
2.1. Организация, методы и методики исследования.....	44
2.2. Анализ результатов исследования.....	51
Выводы по второй главе.....	67
Глава III. Программа коррекции психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством.....	69
3.1. Методологические основы формирующего эксперимента.....	69
3.2. Контрольный эксперимент и его анализ.....	81
Выводы по третьей главе.....	94
Заключение.....	96
Библиографический список.....	103
Приложение.....	110

Введение

Актуальность исследования. Проблема психического здоровья военнослужащих, участвующих в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах, является на сегодняшний день одной из наиболее актуальных для отечественной военной психологии, а психологические последствия боевой психической травмы – зоной взаимного научного и практического интересов как гражданских, так и военных специалистов.

Широкое распространение данный тип нарушений получил в связи с особенностями текущего этапа в истории России, характеризующегося крайней социальной нестабильностью (Афганская и Чеченские войны, катастрофа на Чернобыльской АЭС, Уфимская катастрофа, теракты, землетрясения, наводнения и др.). Травмирующее воздействие экстремальных условий на психику человека носит разный характер.

Психологическое воздействие экстремальных ситуаций, и в особенности экстремальных ситуаций военных действий, исходит не только от прямой, непосредственной угрозы для жизни человека, но и еще от опосредствованной угрозы, которая связана с высокой вероятностью ее наступления. Более того, опосредованная угроза гораздо в большей степени может травмировать психику человека, поскольку эта угроза пока еще ожидается, а ее конкретные проявления еще не известны. При этом реакции всех людей на экстремальные воздействия носят, как правило, универсальный, типичный характер.

Значительная часть военных, преимущественно зрелого возраста, в новых условиях жизнедеятельности переживают значительные трудности. Их социализацией не достаточно занимаются психологические службы, в том числе и в реабилитационных учреждениях. Между тем объективно они нуждаются в защите и помощи со стороны государства и общества. Таким образом, изучение психологических особенностей личности лиц опасных профессий, перенесших психотравмирующее воздействие широкого круга

экстремальных ситуаций, таких как военные, представляет собой чрезвычайно актуальную проблему. В России исследованием этой проблемы (преимущественно после Великой отечественной войны, позже – Афганской и Чеченской войн) занимались Р.А. Абдурахманов, В.В. Березовец, В.В. Знаков, И.О. Котенев, Е.О. Лазебная, М.Ш. Магомед-Эминов, А.Г. Маклаков, Н.В. Тарабрина, Э.Р. Яппарова, А.М. Гринкер, С. М. Горовиц, А.В. Белинский, М.В. Лямин, Ю.С. Голов, Е.В. Салмон и др. Среди зарубежных психологов данный вопрос изучали Ж. Ференци, Г. Зимель, Г. Арчибальд, Р. Таденхем и др. Проблема изменения личности под воздействием психотравмирующих факторов рассматривается большинством авторов в рамках концепции реакций на травматический стресс. Ряд авторов (И.О. Котенев, Е.О. Лазебная, М.Ш. Магомед-Эминов и др.) выделили широкий спектр показателей изменений личности участников локальных военных конфликтов. Установлено, что среди ветеранов боевых действий значительно больше, чем среди других социальных групп населения, наблюдаются различные формы дезадаптивного поведения, такие как алкоголизм, наркомания, склонность к совершению асоциальных поступков, насилию, суицидальным действиям. По данным американских авторов, таких как М. Горовиц, Н.С. Шпигель и др., примерно у 25 % воевавших во Вьетнаме солдат опыт участия в боевых действиях послужил причиной развития неблагоприятных изменений личности вследствие психической травмы. Сопоставимые результаты получены в исследованиях и отечественных авторов, таких как А.В. Белинский, М.В. Лямин, Ю.С. Голов и др.

Учитывая процесс «индукции», психические и психосоматические расстройства начинают проявляться и у членов семей военнослужащих. В результате неуклонно снижается качество жизни большой социальной группы людей, и, соответственно, страдает все общество в целом.

Анализ исследований последних лет показывает, что имеет место тенденция к неуклонному росту астено-невротических расстройств,

обусловленных стрессогенными воздействиями у участников локальных конфликтов, спецоперации. В связи с этим проблема коррекции астенических расстройств, развивающихся в ближайшие и отдаленные периоды у таких контингентов, считается одной из приоритетных в военной медицине и психологии.

По мнению Р.Н. Ан, А.О. Иванова, особое значение в настоящее время приобретают немедикаментозные программы реабилитации, использование которых основано на мобилизации функциональных резервов самого организма, не имеет нежелательных побочных реакций, обладает длительным позитивным эффектом.

Проблема исследования. Заключается в изучении особенностей психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством, теоретическом обосновании и применении программы по коррекции данного состояния у исследуемого контингента военнослужащих.

Объект исследования: психическое состояние участников боевых действий с астеническим расстройством.

Предмет исследования: коррекция психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством.

Гипотезой исследования послужило предположение о том, что психическое состояние участников боевых действий с астеническим расстройством может быть улучшено при условии использования разработанной нами коррекционной программы.

Цель работы: исследовать особенности психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством и разработать психокоррекционную программу по улучшению данного состояния.

В соответствии с объектом, предметом и поставленной целью были определены следующие **задачи:**

1. На основании анализа психолого-медико-биологической литературы по проблеме исследования, определить ее современное состояние.

2. Изучить особенности психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством.

3. Разработать и экспериментально проверить эффективность психокоррекционной программы по улучшению психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством.

Для реализации поставленных задач и проверки гипотезы будут использованы **методы исследования**, адекватные объекту и предмету исследования:

1. Методы теоретического исследования: изучение и анализ необходимой литературы, обобщение, сравнение.
2. Эмпирические методы: наблюдение, беседа, анализ анамнестических данных, проведение экспериментальной работы.
3. Психодиагностические методики. Для исследования процессов внимания и памяти:
 - методика «Таблицы Шульте» (исследование переключаемости и объема внимания);
 - методика «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия (исследование кратковременной памяти и отсроченного запоминания);
 - методика Мюнстерберга (исследование избирательности внимания);Для исследования эмоционально-личностных характеристик:
 - методика диагностики самооценки уровня тревожности Спилберга - Ханина.
4. Методы количественного и качественного анализа полученных экспериментальных данных.

Организация исследования. Исследование проводилось в Красноярском гарнизонном военном госпитале, филиале №2 в г. Красноярске. В эксперименте участвовало 10 пациентов мужского пола (участники боевых действий, в анамнезе - травмы головного мозга, контузии) с установленным клиническим диагнозом - органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (экспериментальная группа). В

контрольную группу вошли 10 пациентов мужского пола, военнослужащих с диагнозом - органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство. Возраст испытуемых от 26 до 45 лет.

Этапы исследования.

Первый этап включал в себя изучение и анализ литературы по проблеме исследования; анализ понятийно-терминологической системы и методологии исследования; формулирование и уточнение цели, гипотезы и задач.

Второй этап – составление плана исследования; подбор диагностических методик, выявление особенностей психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством на основании отобранных диагностических методов и методик. Анализ результатов исследования.

Третий этап – разработка и реализация психокоррекционной программы.

Четвертый этап — обработка результатов формирующего эксперимента, анализ эффективности разработанной коррекционной программы, направленной на улучшение психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством; обобщение теоретических положений и экспериментальных выводов, корректировка текста работы и ее оформление.

Теоретическая значимость исследования определяется тем, что его результаты позволят расширить и углубить научные представления об особенностях изучения и коррекции психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством.

Практическая значимость исследования определяется тем, что представленные в работе материалы, раскрывающие особенности психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством и коррекция данного состояния, могут быть использованы психологами и другими специалистами, работающими с данным

контингентом военнослужащих.

Структура и объем магистерской диссертации. Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы в количестве 76 источников, включает 10 таблиц, 13 гистограмм, 7 диаграмм, 3 графика.

Автором лично проведены: сбор материала, подбор психодиагностических методик, выявление особенностей психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством, анализ результатов констатирующего и формирующего эксперимента, анализ эффективности разработанной коррекционной программы.

Глава I. Анализ литературы по проблеме исследования

1.1. Развитие современных научных представлений об астенических расстройствах

Астения - неспецифический синдром, проявляющийся в виде патологической усталости, вялости, ощущения снижения энергии и работоспособности. Астения может сопровождать любые заболевания (соматические, психические) и при определенных обстоятельствах развиваться у здоровых людей.

Астенические расстройства являются одним из основных наиболее распространенных психопатологических и патофизиологических феноменов. Как ведущий клинический синдром они обнаруживаются у многих больных в неврологических, психиатрических и терапевтических стационарах и еще чаще – в амбулаторных условиях. В.С. Лобзин [42] разделяет астению, по причинам возникновения, на психогенную и физиогенную.

Психогенная астения возникает вследствие воздействия психического фактора, физиогенная – вследствие физического фактора.

В.Я. Гиндикин так охарактеризовал физиологическая утомляемость, в отличие от астенических расстройств: 1) слабая выраженность астенических симптомов; 2) появление астенических симптомов на короткое время (несколько дней) при нагрузках, недосыпании; 3) исчезновение астенических симптомов после отдыха [21].

Часто выделяют физиогенные, психогенные и мультифакторные (сочетанное воздействие физических и психологических факторов) астении.

Учитывая этиологию, патогенез и клинические проявления, Б.И. Ласков и соавторы [39] различают следующие виды физиогенных астений:

- 1.Цереброгенная астения (поражение головного мозга травматического, сосудистого, инфекционного, интоксикационного генеза).

- 2.Соматогенная астения.

- 3.Церебросоматогенная астения.

4. Адаптационная астенция (астения негативной адаптации), включающая:

а) парциальные астении (перцепторно-оптическую, перцепторно-акустическую, перцепторно-оптико-акустическую); б) астению при десинхрозе; в) астению переутомления.

По мнению Л.С.Чутко разработке общепринятой систематики препятствует полиэтиологичность астенических расстройств [70]. Некоторые авторы считают невозможным возникновение астении под действием только психологических или только биологических факторов. С одной стороны, А. Крейндлер, говоря о психогенной природе астении, признает значимость цереброгенных и соматогенных факторов в развитии заболевания. С другой стороны, подчеркивается значимость психотравмирующих воздействий для формирования цереброгенных и соматогенных астений. Порог чувствительности к психогении могут снижать соматические заболевания [48].

Цереброгенная астенция - органическое астеническое расстройство (F.06.60) - входит в класс заболеваний под шифром F.06 (другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью) по международной классификации болезней в 10-м пересмотре (МКБ – 10). Эта категория включает различные состояния, причинно связанные с дисфункцией мозга вследствие первичного церебрального заболевания, системного заболевания вторично поражающего мозг, эндокринных расстройств, таких как синдром Кунинга, или других соматических заболеваний и в связи с некоторыми экзогенными токсическими веществами (исключая алкоголь и препараты, классифицируемые в F.10 – F.19) или гормонами. Общим при этих состояниях является то, что клинические черты сами по себе не позволяют сделать предположительный диагноз органического психического расстройства, такого как деменция или делирий [47].

Клиническое проявление состояний, связанных с дисфункцией мозга, скорее напоминает или идентично тем расстройствам, которые не считаются «органическими» в специфическом понятии данного раздела этой классификации. Включение таких состояний в раздел F.06. основано на гипотезе, что они непосредственно вызваны церебральной болезнью или дисфункцией, а не сочетаются случайно с таким заболеванием или дисфункцией и не является психологической реакцией на эти симптомы, как, например, шизофреноподобные расстройства, связанные с длительно протекающей эпилепсией.

Диагностическими критериями расстройства являются:

1. наличие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга или системного физического заболевания, которое определено связано с одним из упомянутых синдромов;
2. взаимосвязь во времени (недели или несколько месяцев) между развитием основного заболевания и началом развития психического синдрома;
3. выздоровление от психического расстройства вслед за устранением или излечением предполагаемого основного заболевания;
4. отсутствие предположительных данных об иной причине психического синдрома (такой как выраженная семейная отягощенность или стресс).

Условия 1 и 2 оправдывают предположительный диагноз, если присутствуют все 4 фактора, достоверность диагностики возрастает.

Исключаются:

- психические расстройства с делирием (F.05);
- психические расстройства с деменцией, классифицируемые под рубрикой F.00-F.03;
- психические расстройства вследствие употребления алкоголя и других психоактивных веществ (F.10-F.19).

Расстройство под шифром F.06.60. «органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство», характеризуется выраженной и

постоянной эмоциональной несдержанностью или лабильностью, утомляемостью или разнообразными неприятными физическими ощущениями (например, головокружениями) и болями, предположительно возникающими вследствие органического расстройства. Считается, что это расстройство чаще возникает в связи с цереброваскулярными заболеваниями и гипертонией, чем в связи с другими причинами.

Из данного раздела исключаются соматоформные расстройства неорганической природы или неуточненные (F.45.).

И.Н. Мороз соотносит виды астении и нозологические формы по МКБ-10. Для соматоформного расстройства, посткоммационного расстройства и органического эмоционально лабильного (астенического) расстройства характерен вид цереброгенной астении. [48]

Основными патогенетическими механизмами при цереброгенной астении являются нарушения компенсаторно-приспособительных процессов регуляции интеллектуально-мнестических, эмоциональных, вегетативно-висцеральных, обменных и других функций вследствие структурных изменений мозга, вызванных травмой или другими заболеваниями. Клинически эти состояния характеризуются стойкостью и монотонностью астенических симптомов с преобладанием психоорганических расстройств. Резко снижен порог переносимости физиогенных раздражителей: шума, вибрации, оптико-кинетических и вестибулярных нагрузок, алкоголя, перепадов давления, температуры и влажности воздуха. Астенические симптомы нередко обнаруживаются в сочетании с очаговыми неврологическими симптомами и общемозговыми расстройствами, свойственными основному заболеванию. Некоторые отличия в клинической картине обусловлены преимущественной топикой органического процесса (кортикальный, гипоталамо-лимбико-ретикулярный и другие варианты локализации).

Для пациентов с церебрастеническим синдромом на фоне атеросклероза сосудов головного мозга характерна беспричинная и

безудержная слезливость («недержание аффекта»), длительное переживание эмоциональных событий («застревание аффекта»). Иногда на передний план выходят нарушения мышления в виде его замедления и затруднения.

На фоне хронического заболевания внутренних органов, последствий острых соматических заболеваний или операций возникают соматогенные астении. Динамика проявлений астении зависит от выраженности симптоматики основного соматического заболевания. Важным признаком здесь является наличие (отсутствие) соматического неблагополучия. [48]

По мнению Гиндикина В.Я., в ряде случаев астения может являться продромом депрессивных расстройств [21]. В таких случаях говорят об астенической депрессии (депрессии истощения, неврастенической меланхолии). В своих работах Смулевич А.Б. отмечает, что астенические депрессии чаще носят симптоматический характер и возникают на фоне тяжелых хронических соматических (сахарный диабет, анемия, цирроз печени, уремия) и неврологических (болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, опухоли головного мозга) заболеваний. При депрессивной астении наблюдаются стойкость и отсутствие связи с нагрузкой, наличие жалоб на затруднения при выполнении утренних гигиенических процедур. Преобладает апатия, пессимизм, чувство бесперспективности, потеря чувства наслаждения [61].

Чаще всего встречаются астении психогенного происхождения, называемые неврастенией. Факторами, вызывающими неврастению являются острые или хронические психотравмирующие обстоятельства, выраженные неблагоприятные жизненные перемены, перегрузки, конфликты. По мнению В.Н. Мясищева, основной конфликт, лежащий в основе неврастении, - это противоречие между желаниями и возможностями [50]. Для больных с черепно-мозговыми травмами характерно состояние, определяемое стойкостью и монотонностью, отсутствием явной связи с настроением и нагрузками. Степень выраженности данного вида астении, в таких случаях, часто бывает больше степени осознания. Утомляемость и сонливость могут

возникать в покое. На фоне последствий черепно-мозговых травм кроме вышеуказанных симптомов характерна раздражительность, эксплозивность (взрывчатость), потеря памяти. Согласно предложению И.П. Павлова традиционно выделяют следующие формы неврастения:

- гипостеническую, для которой характерна повышенная утомляемость, падение работоспособности, сонливость, истощаемость;

- гиперстеническую, для которой характерна повышенная реактивность, возбудимость, вспыльчивость, трудности при засыпании [52].

По мнению В.Н. Краснова и Д.Ю. Вельтищева [36], гиперстенический вариант характеризуется симптомами тревожного диапазона с признаками вегетативной лабильности и гиперестезии в отношении воздействия внешних факторов. Гипостенический вариант содержит более стабильные признаки, соответствующие депрессивному диапазону аффективного спектра. Иногда также выделяют форму неврастения, которая занимает промежуточное положение между этими двумя видами неврастения и называется «раздражительной слабостью» [36].

По мнению Карвасарского Б.Д., на первый план при хронизации неврастения выступают астеноипохондрический и астенодепрессивный симптомо-комплексы. В первом случае астения сопровождается развитием навязчивых страхов ипохондрического характера, во втором – эмоциональные нарушения приобретают депрессивную окраску [30].

Особенностью астенических расстройств последнего времени является учащение соматизации. Одной из наиболее часто встречающихся форм соматизированных расстройств, как заметил Гиндикин В.Я., является головная боль [21]. В качестве других жалоб при астенических расстройствах наблюдается затруднение засыпания, поверхностный сон с обилием сновидений. При полисомнографическом исследовании зафиксирована большая по сравнению со здоровыми людьми продолжительность неглубоких стадий сна. С утра нет ощущения бодрости, к середине дня самочувствие улучшается, а к вечеру вновь ухудшается [59].

Таким образом, выделяются различные виды астении в зависимости от причин ее вызывающих. Эта классификация помогает правильно подобрать лечение. Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство соотносится с церебробогенной астенией. Рассмотрение характерных данному виду астении симптомов помогают лучше понять особенности пациентов с органическим эмоционально лабильным (астеническим) расстройством.

1.2. Факторы, влияющие на психическое состояние участников боевых действий

Пребывание в местах боевых действий относится к той экстремальной ситуации, когда человек постоянно находится в сильнейшем психоэмоциональном стрессе, преодолевая его волевыми усилиями. Обходится все это очень высокой ценой: почти у всех участников боевых действий неизбежно в той или иной мере наблюдаются изменения в физическом и психическом состоянии [29].

Анализ психологических исследований боевых действий в войнах прошлых веков и начала XX века (Вольф К.М., Гершельман С.К., Головин Н.Н., Дмитриевский А.М., Измestьев П.И., Корф П.А., Полянский В.Н., Резанов А.С., Хаханьян Г.А., Шумков Г.Е. и др.), в ходе Великой отечественной войны, в Республике Афганистан позволяет выделить две группы факторов, влияющих на боевую деятельность войск: внешние и внутренние [72].

Для того чтобы выжить в боевой обстановке, человек должен перестроить все свое существо (уровень бдительности и активности, скорость реакций, стиль поведения, систему ценностей и отношений к окружающему, людям, себе и т.д.) в соответствии с ее требованиями. И такая перестройка, приспособление к режиму боевой жизнедеятельности, к стресс-факторам войны происходит с каждым ее участником. Это приспособление называется боевым стрессом [32].

По определению, данному Г. Селье, стресс (от англ. stress - давление, нажим, напор; гнет; нагрузка; напряжение) - реакция организма на физическое или психологическое воздействие, нарушающее его внутреннее равновесие, а также соответствующее состояние нервной системы организма (или организма в целом) [60].

Стресс, по мнению Г. Селье, многолик: это не только повреждения и болезни, "но и важнейший инструмент тренировки и закалывания, ибо стресс помогает повышению сопротивляемости организма, тренирует его защитные механизмы". В этом, естественно, состоит положительная роль стресса, его важное социальное значение. Стресс является нашим верным союзником в непрекращающейся адаптации организма к любым изменениям в окружающей нас среде. "Поэтому правильное понимание положительных и отрицательных сторон стресса, - пишет О. Г. Газенко, - их адекватное использование или предотвращение играют важную роль в сохранении здоровья человека, создании условий для проявления его творческих возможностей, плодотворной и эффективной трудовой деятельности" [20].

В зависимости от разновидности воздействующего на организм фактора боевой обстановки, выделяют виды боевого стресса: физиологический и психологический, а последний может пониматься как эмоциональный или информационный [38].

Боевой стресс - это процесс мобилизации всех имеющихся возможностей организма, иммунной, защитной, нервной, психической систем для преодоления жизнеопасной ситуации. У человека происходит изменение состава крови.

Впрыскиваемые туда из желез внутренней секреции гормоны вызывают у него тревогу, бдительность, агрессивность. Увеличивается объем легких, что позволяет доставлять больше кислорода к активно задействованным в работе органам. Сужение кровеносных сосудов ведет к повышению кровяного давления, усилению кровотока, перераспределяются схемы движения крови. У деятельных личностей уменьшается ее

доставка к внутренним органам и увеличивается - к сердцу, скелетным мышцам [29].

По наблюдениям Сыромятникова И.В., внешне стресс в боевой обстановке проявляется в учащении пульса, дыхания, температуры тела военнослужащего, покраснении или побледнении кожных покровов, усилении потоотделения, высыхании во рту, треморе (дрожании мышц), изменении внешней активности (количества, частоты и амплитуды движений), учащении мочеиспускания, усилении тревоги и бдительности и др. Все перечисленные симптомы - это нормальные реакции человека на обстоятельства боевой обстановки.

Лазарус Р. [38] в своих работах выделяет три специфические формы стресса:

- нетравматический стресс,
- травматический (боевая психическая травма),
- посттравматический

Значительное место в широком диапазоне отрицательных переживаний воина в бою в состоянии стресса занимает страх, который представляет собой эмоцию, возникающую в состоянии угрозы биологическому или социальному существованию человека, направленную на источник реальной или мнимой опасности. Страх служит предупреждением человеку о предстоящей опасности, позволяет мобилизовать внутренние силы и резервы для ее избегания или преодоления. По содержанию переживание страха проявляется в виде страха смерти, боли, ранения, страха остаться калекой, страха потери боеспособности и уважения сослуживцев и др. [45].

Выделяют следующие формы страха: испуг, тревога, боязнь, аффективный страх, индивидуальная и групповая паника.

Испуг - это мгновенная реализация врожденной, инстинктивной программы действий в целях сохранения целостности организма в ситуации действия угрожающих раздражителей. Если бы люди не обладали этой

охранительной, защитной реакцией, они погибли бы, не успев оценить грозящей опасности.

Тревога представляет собой эмоциональное состояние, возникающее в ситуации неопределенной опасности и проявляющееся в ожидании неблагоприятного развития событий. Ее нередко называют беспричинным страхом, так как она связана с неосознаваемым источником опасности. Тревога не только сигнализирует о возможной опасности, но и побуждает воинов к поиску и конкретизации ее источников, к активному исследованию обстановки боя. Она может проявляться как ощущение беспомощности, неуверенности в себе, бессилия перед надвигающейся опасностью, преувеличение угрозы.

Состояние боязни представляет собой конкретизированную тревогу и является реакцией на непосредственную опасность.

Аффективный страх (животный ужас) - самый сильный страх, вызываемый чрезвычайно опасными, сложными обстоятельствами, парализующий на какое-то время способность к произвольным действиям [35].

У каждого человека существует индивидуальный предел психического напряжения, после которого начинают преобладать защитные реакции в виде попытки спрятаться, замаскироваться, стремление уклониться от опасности, покинуть угрожающую обстановку. Испытывая аффективный страх, воин или цепенеет, не может сдвинуться с места, или бежит, нередко в сторону источника опасности. Известно, что «бесстрашных» психически нормальных людей не бывает. Все дело в мгновениях времени, необходимого для преодоления растерянности, требуемого для рационального принятия решения о целесообразных действиях [54].

Реакция на страх зависит как от особенностей нервной системы, так и от уровня психологической подготовленности военнослужащих к встрече с опасностью, от характеристики их мотивационной сферы. Особенно опасной реакцией военнослужащих на боевые стресс-факторы является групповая

паника, которая представляет собой состояние страха, овладевшего одновременно группой военнослужащих, распространяющегося и нарастающего в процессе взаимного заражения и сопровождающегося потерей способности к рациональной оценке обстановки, мобилизации внутренних резервов, целесообразной совместной деятельности [62]. Паника, по определению П.И. Измествьева, – это явление коллективного страха в высшей форме ужаса, иногда совершенно необъяснимого, охватывающего войска [63]. Распространяясь со стихийной быстротой, она превращает самое дисциплинированное войско в толпу жалких беглецов. П.Н. Краснов писал: «Паника возникает в войсках или в самом начале боя, когда все чувства бойцов приподняты и страх неизвестности владеет ими, а в обстановке недостаточно разобрались и неприятель чудится везде, или в конце очень тяжелого, кровопролитного, порою многодневного сражения, когда части вырвались из рук начальников, перемешались и обратились в психологическую толпу. Особенно часто возникает паника в непогоду и ненастье. Паника рождается от пустяков и создает иногда надолго тяжелую нравственную потрясенность войск, так называемое паническое настроение. Боевая обстановка создает благодатную почву для развития панических настроений [66].

Одной из причин возникновения стресса и его показателем выступает усталость. Известно, что сопротивление организма участника боевых действий боевым стресс-факторам, его приспособление к условиям боевой обстановки сопровождается мощным расходом энергетических ресурсов, утомлением, нервным истощением. Утомление - состояние, сигнализирующее о степени израсходования энергетических запасов организма и необходимости их восполнения. Утомление субъективно воспринимается военнослужащим как усталость - ощущение слабости, бессилия, вялости, дискомфорта, сопровождающееся негативными эмоциональными реакциями, потерей интереса и мотивации боевой деятельности. Усталость отрицательно сказывается на эффективности

действий военнослужащих, ведет к нарушению чувствительности, внимания, памяти, мышления. Так, например, в этом состоянии у людей могут возникать различные иллюзии восприятия объектов боевой обстановки, появляется болезненная чувствительность к определенным раздражителям, повышается конфликтность во взаимоотношениях с сослуживцами и т. д.

Мощанский И.Б. выделяет срочную и долговременную адаптацию военнослужащих к боевой обстановке. Срочная адаптация понимается как комплекс реакций военнослужащего, направленных на приспособление к непривычным условиям боевых действий, а долговременная адаптация сопровождается такими кардинальными изменениями психики и личности военнослужащего, которые позволяют выжить в экстремальной обстановке войны [49].

Если сила или продолжительность неблагоприятных внешних воздействий превысит индивидуальные приспособительные возможности человека, происходит «слом адаптационного барьера» и его психическое травмирование. В этом случае говорят, что человек получил психическую травму.

Длительное пребывание человека в обстановке действия боевых стресс-факторов может привести к определенным психологическим последствиям и психическим расстройствам различной глубины. Одно и то же событие у одних участников боевых действий вызывает психотравму, а у других - нет [66].

Интенсивность переживания военнослужащим боевого стресса зависит от взаимодействия двух основных факторов:

- 1) силы и длительности воздействия на психику военнослужащего факторов боевой обстановки;
- 2) особенностей реагирования военнослужащего на их воздействие.

Сила и длительность воздействия на психику человека стресс-факторов условно подразделяется на умеренный стресс и интенсивный

(длительный) стресс. Данный факт рассмотрел в своих исследованиях Караяни А.Г. [29].

Умеренный стресс, как правило, эффективно преодолевается большинством военнослужащих, способствует мобилизации физических и психических возможностей, защитных сил организма, активизирует интеллектуальные процессы, создает оптимальное боевое возбуждение, порыв, повышает работоспособность, интенсифицирует целесообразную деятельность воина. Такой стресс может сопровождаться чувством гнева, ненависти к противнику, желанием уничтожить его. Такая мобилизованность физических, духовных сил и энергетики воина является необходимым условием совершения подвига.

Состояние умеренного стресса можно сравнить с действиями гарнизона древней крепости. При получении сигнала о приближении врага защитники крепости повышают бдительность, усиливают дозоры и составы дежурных сил, проверяют прочность стен, ворот и засовов, готовят к бою оружие и боеприпасы, запасы воды и продовольствия, устанавливают особый режим жизнедеятельности, правила поведения на время осады. При нападении противника они мобилизуют все силы на отпор ему.

В дальнейшем умеренный стресс либо становится привычным для участников боевых действий, либо переходит в боевой стресс повышенной интенсивности.

Длительное и интенсивное воздействие отрицательных боевых факторов, высокая их значимость для военнослужащего способны породить непродуктивные стрессовые состояния (дистресс). Дистресс возникает при таких вариантах стресса, при которых имеют место беспомощность, бессилие, безнадежность, подавленность. Он нередко сопровождается нарушением психических процессов (ощущений, восприятия, памяти, мышления), возникновением отрицательных эмоций (страх, безразличие, агрессивность и др.), сбоями в координации движений (суетливость, тремор, оцепенение и др.), временными или длительными личностными

трансформациями (пассивность; потеря воли к жизни, уверенности в победе, доверия к сослуживцам и командирам; склонность к шаблонным действиям и примитивному подражанию; чрезмерное проявление инстинкта самосохранения и др.) [56].

Интенсивный (длительный) боевой стресс может значительно затруднить деятельность как отдельного военнослужащего, так и воинских коллективов. Как утверждает Газенко О.Г., он может проявиться в боевой психической травме [20].

Боевая психическая травма - возникающее вследствие воздействия боевых стресс-факторов патологическое состояние центральной нервной системы, обуславливающее регулирование поведения пострадавшего посредством патофизиологических механизмов. В результате психотравмирования происходит накопление изменений в структурах центральной нервной системы, нарастание специфической личностной дисгармонии и готовности к психопатологическому синдромообразованию [14].

На индивидуальном уровне интенсивный (длительный) боевой стресс проявляется в таких формах, как резкое, неадекватное боевой обстановке повышение или, наоборот, снижение боевой активности; неадекватное боевой ситуации повышение эмоционального возбуждения или, напротив, эмоциональное оцепенение, эмоциональная «тупость»; появление деструктивных форм мотивации боевой деятельности или, наоборот, желания «выйти» из боя, любой ценой сохранить себе жизнь; потеря ориентации в ситуации боя; ощущение нереальности происходящего в боевой ситуации; самоотчуждение; резкое, несвойственное конкретному военнослужащему снижение дисциплинированности, появление не наблюдавшихся ранее нарушений нравственных норм межличностных отношений, деструктивных форм общения с окружающими, развязности поведения; высокий уровень необоснованной раздражительности, гневливости, агрессивности; резкое

возрастание тревожности или, наоборот, необоснованное пренебрежение опасностью; неспособность справиться с переживаниями страха и т.д. [29].

Интенсивный (длительный) боевой стресс, как правило, оказывает негативное воздействие на протекание физиологических процессов в организмах военнослужащих, что выражается в заметном ухудшении состояния здоровья, возникновении новых или обострении имевшихся ранее заболеваний, расстройствах автоматизмов физиологического уровня.

По мнению Мощанского И.Б., на групповом уровне интенсивный (длительный) боевой стресс проявляется не только в увеличении количества военнослужащих, испытывающих его, но также в качественном изменении социально-психологической ситуации в воинских коллективах. Это может выражаться в таких негативных явлениях, как резкое ухудшение социально-психологического климата и значительное возрастание конфликтности в воинских коллективах; заметное снижение уровня сплоченности и взаимовыручки военнослужащих, распространение среди них негативного отношения к выполняемой боевой задаче, командованию, формирование в воинских коллективах социально-психологических предпосылок к распространению в них панических настроений и др. В то же время, высокий уровень группового развития воинского коллектива, профессиональная и психологическая готовность его членов к совместным боевым действиям, наличие у них позитивного опыта внутригруппового и межгруппового взаимодействия в боевой обстановке могут способствовать снижению дезорганизующего воздействия интенсивного (длительного) боевого стресса. [49].

Наиболее интенсивный боевой стресс проявляется в формах, препятствующих осуществлению боевой деятельности на относительно продолжительное время (более суток). Крайними формами его проявления являются невротические и психотические расстройства. При этом, чем больше военнослужащих испытывает наиболее интенсивные

(психотравмирующие) формы боевого стресса, тем больше психологических потерь. [46].

Наиболее частыми из них в боевых условиях являются неврозы (неврастения, истерия, невроз навязчивых состояний). Значительно реже, но и опаснее проявляются острые реактивные психозы (ступор, сумеречные состояния сознания, реакции убегания). В случае возникновения подобных психических расстройств воин на определенное время полностью или частично утрачивает способность к активным произвольным действиям. Это происходит потому, что названные расстройства часто сопровождаются двигательными нарушениями, потерей слуха, зрения, потерей ориентировки в пространстве, времени, боевой ситуации. Значимость воздействия на психику военнослужащего тех или иных факторов боевой обстановки определяется его индивидуально-психологическими особенностями и личностными свойствами, психологической и профессиональной готовностью к ведению боевых действий, характером и уровнем боевой мотивации, особенностями восприятия военнослужащим места и роли боевых действий в истории и перспективе его системы жизнедеятельности. Очевидно, что чем более интенсивный боевой стресс пережил военнослужащий в боевой обстановке, тем больше вероятность возникновения у него негативных психологических последствий после прекращения воздействия факторов боевой обстановки. Негативные психологические последствия психотравмирующего боевого стресса проявляются в разнообразных формах.

Например, негативные психологические последствия психотравмирующего боевого стресса могут выражаться в заострении тех черт характера участников этих действий, которые затрудняют взаимодействие с другими людьми [62].

Негативные психологические последствия психотравмирующего боевого стресса нередко сопровождаются возникновением головной боли и головокружений; болевыми или неприятными ощущениями в области

сердца, желудка; повышенной потливостью; резким снижением или повышением аппетита, половой активности; ощущением разбитости; неконтролируемым дрожанием рук, ног, головы, век и других частей тела, а также обострением имевшихся ранее соматических заболеваний [66].

В посттравматической форме боевого стресса у участников боевых действий могут проявляться навязчивые воспоминания, переживания, образы, ощущения, напоминающие о психотравмирующих ситуациях боевых действий, возникающие нередко спонтанно и оказывающие сильное впечатление на самого военнослужащего своей схожестью с пережитым им реально; неспособность воспроизвести в памяти, произошедшие в психотравмирующей ситуации события или их отдельные обстоятельства; трудности засыпания, расстройства сна, кошмарные сновидения; различного рода страхи (страх темноты, высоты, одиночества и др.) и т.д. [7].

Таким образом, анализ воздействия факторов современного боя на психику и поведение людей позволяет сделать следующие выводы. Опасная обстановка неизбежно вызывает у участников боевых действий психическое напряжение (стрессовое состояние). Это состояние оказывает существенное влияние на протекание психических процессов (восприятие, внимание, память, мышление, волю, эмоции) и эффективность боевой деятельности. Стресс может влиять на психику как мобилизующее (боевое возбуждение), так и угнетающе (дистресс). Характер этого влияния зависит от мотивации, индивидуальной психологической устойчивости, боевого опыта участников боевых действий. Следовательно, имеются реальные основания для изменения восприимчивости военнослужащих к действию боевых стресс-факторов в процессе психологической подготовки и обеспечения их высокой активности в бою [14].

Мировая статистика показывает, что каждый пятый участник боевых действий при отсутствии каких-либо физических повреждений страдает нервно-психическими расстройствами, а среди раненых и калек – каждый

третий. Но это лишь часть того гигантского айсберга, который образуется после экстремальных воздействий (Зеленков М.) [27].

Другие последствия начинают проявляться спустя несколько месяцев после возвращения к нормальным условиям жизни. Это различные психосоматические заболевания. По данным экспертов военно-медицинской академии, у участников боевых действий (по сравнению со здоровыми людьми) в два-три раза выше вероятность таких заболеваний, как гипертоническая болезнь, гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки [3]. Общее состояние здоровья характеризуется 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 [9].

В результатах исследований Караяни А.Г. было установлено, что основными проблемами у участников боевых действий являются страх (57 %), демонстративность поведения (50 %), агрессивность (58,5 %) и подозрительность (75,5 %). К их поведенческим особенностям относятся конфликтность в семье, с родственниками, коллегами по работе, вспышки гнева, злоупотребление алкоголем и наркотиками [29].

Кроме того, отмечается неустойчивость психики, при которой даже самые незначительные потери, трудности толкают человека на самоубийство; особые виды агрессии; боязнь нападения сзади; чувство вины за то, что остался жив; идентификация себя с убитыми. Для участников боевых действий характерны также эмоциональная напряженность и эмоциональная обособленность, повышенная раздражительность и агрессивность, беспричинные вспышки гнева, приступы страха и тревоги. Отмечаются повторяющиеся яркие сны боевых ситуаций и ночные кошмары, навязчивые воспоминания о психотравмирующих событиях, сопровождающиеся тяжелыми переживаниями, внезапные всплески эмоций с «возвращением» в психотравмирующие ситуации. Зачастую присутствуют и

мысли о самоубийстве, которые в иных случаях заканчиваются реальным осуществлением.

К другим психическим явлениям, присутствующим у участников боевых действий, относятся 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; отношение к женщинам только как к объекту сексуального удовлетворения; потребность участвовать в опасных «приключениях»; попытка найти ответ на вопрос, почему погибли твои друзья, а не ты. Все эти проявления, которые ученые назвали посттравматическими стрессовыми расстройствами, свидетельствуют о наличии у участников боевых действий посттравматического синдрома [33].

Синдром посттравматических стрессовых расстройств – это международное наименование, российские исследователи называют его иначе: патологическое состояние, связанное с отрицательным стрессом ведения боевых действий. По данным социологических исследований, примерно 70 % военнослужащих, участвовавших в боевых действиях на территории Чеченской республики, проявляют посттравматический синдром, причем у 30% из них этот синдром выражен намного ярче [14].

Ф. Зимбардо в своих исследованиях и при осуществлении психологической помощи участникам боевых действий использует следующую систему критериев посттравматических стрессовых расстройств:

Критерий А: стрессор

Пациент находится под воздействием травмирующего события, при котором имели место следующие явления. Он был участником событий, которые представляли для него реальную угрозу смерти, опасность нарушения физической целостности ему или другим людям.

Критерий В: интрузия

Травмирующее событие повторно переживалось в виде одного или нескольких следующих проявлений. Повторные, навязчивые воспоминания о событии, беспокойные сны, ощущения воссоздания пережитого.

Критерий С: избегание

Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и общее оцепенение, о которых свидетельствуют по меньшей мере три симптома из следующих. Попытки избежать мыслей, ощущений, разговоров; а также, действий, мест и людей, которые вызывают воспоминания о травме. Амнезия важных аспектов травмы. Снижение интереса, чувство отрешенности к окружающему миру, неспособность к любви и к длительной жизненной перспективе.

Критерий D: повышенная возбудимость

Устойчивые проявления повышенного возбуждения, о которых свидетельствуют не менее двух симптомов из следующих. Трудности при засыпании, раздражительность и вспышки гнева, трудность концентрации внимания, сверхнастороженность, слишком сильная реакция на испуг.

Критерий E: продолжительность

Продолжительность расстройства (симптомов, описанных в рамках критериев В, С и D) более одного месяца.

Критерий F: функциональное значение

Расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, трудовой и других сферах жизнедеятельности [28].

Б. Колодзин в своих работах подразумевает под посттравматическим стрессом, прежде всего то, что человек пережил травмирующее событие [33]. Другая сторона посттравматического стресса, по его мнению, относится к

внутреннему миру личности и связана с реакцией человека на пережитые им события. Таким образом, говоря о ПТСР, Б. Колодзин имеет в виду, что человек пережил одно или несколько травмирующих событий, которые глубоко затронули его психику. Эти события так резко отличались от всего предыдущего опыта или причиняли настолько сильные страдания, что человек отвечает на них бурной отрицательной реакцией. Нормальная психика в подобной ситуации стремится смягчить дискомфорт: человек, переживший такую ситуацию, коренным образом меняет свое отношение к окружающему миру. Автор выделяет следующие клинические симптомы, наблюдаемые при посттравматическом стрессе. В современном виде диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства наиболее полно представлены классификации болезней DSM-III-R, (пересмотрены в четвертом издании DSM-4-TR):

1. Сверхбдительность проявляется в том, что человек пристально следит за всем, что происходит вокруг, словно ему постоянно угрожает опасность. Эта опасность не только внешняя, но и внутренняя. Причина ее состоит в боязни, что нежелательные травматические впечатления, обладающие разрушительной силой, прорвутся в сознание. Зачастую сверхбдительность проявляется в виде постоянного физического напряжения, которое не позволяет расслабиться и отдохнуть, может создать немало проблем. Поддержание такого высокого уровня бдительности требует постоянного внимания и огромных затрат энергии. Кроме того, человеку начинает казаться, что это и есть его основная проблема и как только напряжение удастся уменьшить или расслабиться, все будет хорошо. На самом же деле физическое напряжение выполняет защитную функцию (защищает наше сознание), и нельзя «убирать» психологическую защиту, пока не уменьшится интенсивность переживаний. Когда это произойдет, физическое напряжение уйдет само.

2. Преувеличенное реагирование – при малейшей неожиданности человек делает стремительные движения (бросается на землю при звуке

низко пролетающего вертолета, резко оборачивается и принимает боевую позу, когда кто-то приближается к нему из-за спины), внезапно вздрагивает, бросается бежать, громко кричит.

3. Притупленность эмоций. Многие ветераны жалуются, что со времени поразивших их тяжелых событий им стало намного труднее испытывать многие чувства. Полностью или частично утрачивается способность к эмоциональным проявлениям. Труднее становится устанавливать близкие и дружеские связи с окружающими, недоступными оказываются радость, любовь, творческий подъем, игривость и спонтанность.

4. Агрессивность проявляется в стремлении решать проблемы с помощью грубой силы. Как правило, это касается физического силового воздействия, однако встречается также психическая, эмоциональная и вербальная агрессивность. Попросту говоря, человек склонен применять силовое давление на окружающих всякий раз, когда хочет добиться своего, даже если эта цель не является жизненно важной.

5. Нарушения памяти и концентрации внимания возникают тогда, когда появляется необходимость сосредоточиться или что-то вспомнить, по крайней мере, при определенных обстоятельствах. В некоторые моменты концентрация может быть великолепной, но стоит появиться какому-либо стрессовому фактору, как человек теряет способность сосредоточиться.

6. Депрессия в состоянии посттравматического стресса достигает самых темных и беспросветных глубин человеческого отчаяния, когда кажется, что все бессмысленно и бесполезно. Этому сопутствуют нервное истощение, апатия и отрицательное отношение к жизни.

7. Общая тревожность проявляется как на физиологическом уровне (ломота в спине, спазмы желудка, головные боли), так и в психической сфере (постоянное беспокойство и озабоченность, параноидальные явления – например, необоснованная боязнь преследования), а также в эмоциональных переживаниях (постоянное чувство страха, неуверенность в себе, комплекс вины).

8. Приступы ярости. Многие ветераны сообщают, что приступы взрывной ярости чаще возникают под действием наркотических веществ, особенно алкоголя. Однако такие приступы появляются и без употребления наркотических веществ, так что было бы неверно считать опьянение главной причиной этих явлений.

9. Злоупотребление наркотическими и лекарственными веществами. В попытке снизить интенсивность посттравматических симптомов многие ветераны начинают злоупотреблять курением, алкоголем и наркотическими веществами (в меньшей степени). При этом среди ветеранов – жертв посттравматического синдрома выделяют две большие группы: те, кто принимает только лекарственные препараты, прописанные врачом, и те, кто вообще не принимает ни лекарств, ни наркотиков.

10. Непрошенные воспоминания – пожалуй, наиболее важный симптом, дающий право говорить о присутствии посттравматических стрессовых нарушений. В памяти ветерана внезапно всплывают жуткие сцены, связанные с травмирующим событием, причем эти воспоминания могут возникать как во сне, так и во время бодрствования. Наяву они появляются в тех случаях, когда окружающая обстановка чем-то напоминает случившееся «в то время», то есть во время травмирующего события: запах, образ, звук, словно бы пришедшие из той поры. Яркие образы прошлого обрушиваются на психику и вызывают сильный стресс. Главным отличием посттравматических непрошенных воспоминаний от обычных воспоминаний является то, что первые сопровождаются сильными чувствами тревоги и страха. Непрошенные воспоминания, приходящие во сне, называют ночными кошмарами. У участников боевых действий - эти сновидения часто (но не всегда) связаны с боевыми действиями. Сны такого рода бывают, как правило, двух типов: первые передают травмирующее событие с точностью видеозаписи, так, как оно запечатлелось в памяти пережившего его человека; во снах же второго типа обстановка и персонажи могут быть совершенно иными, но по крайней мере некоторые из элементов (лицо, ситуация,

ощущение) подобны тем, которые имели место в травмирующем событии. Человек пробуждается от такого сна совершенно разбитым, мышцы его напряжены, он весь в поту. Потение проявляется именно как реакция на сновидение, независимо от того, запечатлелось оно или нет. Многие из участников боевых действий и их близкие отмечают, что во время сна человек мечется в постели и просыпается со сжатыми кулаками, словно готов к драке. Такие сновидения являются, пожалуй, самым пугающим аспектом посттравматических стрессовых нарушений для человека, и люди редко соглашаются говорить об этом.

11. Галлюцинаторные переживания – особая разновидность непрошенных воспоминаний о травмирующих событиях, отличающаяся тем, что память о случившемся выступает очень ярко, а события текущего момента как бы отходят на второй план и кажутся менее реальными, чем воспоминания. В этом «галлюцинаторном», отрешенном состоянии человек ведет себя так, словно он снова переживает прошлое травмирующее событие. Он действует, думает и чувствует так же, как в тот момент, когда ему пришлось спасти свою жизнь. Однако галлюцинаторные переживания свойственны не всем: это всего лишь разновидность непрошенных воспоминаний, для которых характерна особая яркость и болезненность. Они чаще возникают под влиянием наркотических веществ, в частности алкоголя, однако галлюцинаторные переживания могут появиться у человека и в трезвом состоянии, а также у того, кто никогда не употребляет наркотических веществ.

12. Проблемы со сном (трудности с засыпанием и прерывистый сон). Когда человека посещают ночные кошмары, есть основания считать, что он сам невольно противится засыпанию, и именно в этом причина его бессонницы: человек боится заснуть и вновь увидеть этот сон. Регулярное недосыпание приводит к крайнему нервному истощению.

13. Мысли о самоубийстве. Когда жизнь представляется более пугающей и болезненной, чем смерть, мысль покончить со всеми

страданиями может показаться заманчивой. Когда человек доходит до той грани отчаяния, где уже не видно никаких способов поправить свое положение, он начинает размышлять о самоубийстве. Многие участники боевых действий сообщают, что в какой-то момент достигали этой грани. Те же, кто нашел в себе силы жить, пришли к выводу: нужно желание и упорство – и со временем появляются более светлые перспективы.

14. «Вина выжившего». Следует отметить, что чувство вины из-за того, что выжил в тяжелых испытаниях, стоивших жизни другим, нередко присуще тем, кто страдает от «эмоциональной глухоты» (неспособности пережить радость, любовь, сострадание и т. д.) со времени травмирующих событий. Многие жертвы посттравматического синдрома готовы на что угодно, лишь бы избежать напоминания о трагедии, о гибели товарищей. Сильное чувство вины может иногда провоцировать приступы самоуничижительного поведения.

Ф. Зимбардо в своей книге так описывает посттравматическое стрессовое расстройство: «Термин *посттравматический* говорит сам за себя: травма находится в прошлом, но пострадавшие не могут оставить ее позади себя и двигаться вперед. Они проживают событие снова и снова...они застревают во времени, постоянно убегают от травмы и не могут от нее убежать... Вы оставляете войну, но война не оставляет вас» [28].

Таковы основные симптомы и ход развития посттравматического стресса. Выявленные особенности следует учитывать при организации реабилитационных мероприятий с участниками боевых действий.

Таким образом, война еще долго оказывает свое влияние на участников боевых действий. Поэтому следует обратить особое внимание на необходимость проведения психосоциальной работы с ними. Медико-психологическая реабилитация и социальная поддержка должны являться основными направлениями работы с данной категорией.

1.3. Современные подходы к изучению проблемы психического состояния участников боевых действий

Исследование проблем психического состояния участников боевых действий становится все более актуальным во всех аспектах – и в медицине, и в психологии, и в социальном вопросе. Это связано, прежде всего, с тенденцией к росту частоты и выраженности последствий современных катастроф, вооруженных конфликтов и локальных войн. Проблема урегулирования последних, помимо политической, имеет и социально-психологическую сторону – сторону участия в них граждан тех или иных стран. Как и любой конфликт или критическая ситуация, вооруженные конфликты не обходятся без осложнений, которые не заканчиваются с окончанием конфликта или выходом из участия.

Эти осложнения достаточно долго сопровождают социум и личность уже в условиях бесконфликтной, мирной жизни, создавая ряд трудностей, которые невозможно проигнорировать или решить односторонне. Наиболее ярко подобные осложнения можно наблюдать у людей, непосредственно принимавших участие в вооруженных конфликтах и стоящих перед необходимостью адаптации уже теперь к мирным условиям. Это и обуславливает изучение психологического состояния и особенностей проявления посттравматического расстройства у людей, прошедших через вооруженные конфликты, с целью их реадаптации к условиям мирной жизни, сохранения здоровья и трудоспособности.

Посттравматическое расстройство у участников боевых действий возникает, как правило, после воздействия травмирующих психику условий боевой обстановки и, более того, может возникнуть внезапно через долгие годы на фоне полного благополучия и спокойного образа жизни.

Мировая статистика показывает, что каждый пятый участник боевых действий при отсутствии каких-либо физических повреждений страдает нервно-психическими расстройствами, а среди раненых и калек – каждый

третий. В своих исследованиях боевого стресса В.Г. Василевский, А.Б. Довгополок, Г.А. Растовцев, Т.Б. Дмитриева, Е.М. Епачинцева, С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, Г.Н. Тимченко, Г.А. Фастовцев, А.Н. Харитонов и др. показали, что проблемы психического состояния участников боевых действий более многообразны. Они часто бывают более продолжительными, чем посттравматические расстройства мирного времени. У участников боевых действий в большом объеме кумулируются (накапливаются) в душе, в памяти, многократно переживаются ужасы боевых действий, физического и психического перенапряжения, горя утрат, сопереживания с ранеными.

Например, в ходе и по окончании боевых действий США во Вьетнаме, американцев поражала массовая неадекватность поведения вернувшихся ветеранов [26]. Статистические данные говорят, что во время войны во Вьетнаме погибло 58226 американских граждан. После же возвращения с войны покончили с собой в три раза больше ветеранов, чем погибло; треть заключенных в американских тюрьмах тогда были участниками войны во Вьетнаме [41].

На территории СНГ выборочные клинические работы определяют показатель посттравматического расстройства среди ветеранов афганской войны в 30%. Профессора И.Б. Ушаков и Ю.А. Бубеев в свои работы приводят такие данные: «рассматривая отдаленные последствия боевого стресса, следует сказать, что до 55% комбатантов (участников боевых действий), участвовавших в локальных войнах последних десятилетий, в последствии страдают ПТСР». По данным Союза ветеранов Афганистана, в «афганской» войне из принявших участие в боевых действиях погибло 1,79% участников, в послевоенный период умерло 8,89% участников, покончило жизнь самоубийством 0,4% участников. В целом же, после «афганской» войны умерло от ран и заболеваний впятеро больше ее участников, чем погибло, количество инвалидов увеличилось втрое. И хотя на данный момент нет полных данных по современным конфликтам, можно предположить, что ситуация существенно не отличается [66].

Актуальность изучения проблем психического состояния участников боевых действий определяется социальной ситуацией, складывающейся в обществе и острой потребностью участников боевых действий в психологической, социальной защите, а также - в социально-психологической реабилитации и поддержке. У истоков изучения проблемы оказания психологической помощи участникам боевых действий стоят Б.С. Алякринский, К.К. Платонов, В.А. Пономаренко, Н.Д. Завалова, Г.П. Бутенко и другие. Акмеологический аспект рассматриваемой проблемы поднят в работах К.А. Абульхановой-Славской, С.А. Анисимова, Т.П. Гордеевой, А.А. Деркача, А.С. Гусевой, В.Г. Зазыкина, Н.В. Кузьминой, Г.И. Марасанова, Е.В. Селезневой, А.П. Ситникова и др. [54].

К наиболее заметным исследованиям по реабилитации участников боевых действий в отечественной психологии относятся научные труды М.И. Дьяченко (1969), М.П. Коробейникова (1970), Е.В. Митасовой (2004), А.В. Ответчикова (1980), В.В. Знакова (1989), П.А. Корчемного (1990), С.В. Захарика (1993), В.Е. Попова (1992), Р.А. Абдурахманова (1994) и др. [65].

Особую значимость в изучаемой проблеме имеют научные разработки кафедры акмеологии и психологии профессиональной деятельности РАГС, учитывающие особенности работы в напряженных, экстремальных и стрессовых ситуациях.

В зарубежной психологии исследование стрессовых и посттравматических стрессовых явлений у ветеранов вьетнамской и других войн, проведены А. Арнольдсом, С. Бентли, К. Бланком, Д. Брэдли, Дэ. Фацио, В. Эмери, Б. Грином и др. В них получили развитие новые концептуальные подходы к организации психологической реабилитации на различных ее этапах, для отдельных категорий военных специалистов [75].

Изучению влияния на человека экстремальных психотравмирующих стрессовых ситуаций в последнее время посвящены работы, как психиатров, так и психологов: Ю.А. Александровский, Л.Н. Собчик, Л.И. Спивак и др.

Рассмотрим некоторые из основных современных психологических подходов к изучению проблемы психического состояния участников боевых действий [64].

Подход — это определенная точка зрения, способ рассмотрения изучаемой темы. К изучению любой темы, относящейся к области психологии, можно подходить с различных позиций. Фактически это верно в отношении любых действий, предпринимаемых индивидуумом. Хотя существует много различных способов описания любого психического акта, пять подходов, рассматриваемых в данном разделе, по мнению Аткинсона Р., являются основными подходами в современной психологии. Эти подходы не являются взаимоисключающими; скорее, они сосредоточивают свое внимание на различных аспектах одних и тех же сложных феноменов [13].

Биологический подход

Мозг человека состоит более чем из 10 миллиардов нервных клеток и практически бесконечного числа взаимосвязей между ними. Возможно, что это самая сложная структура во вселенной. В принципе, все психические события, так или иначе, соответствуют активности мозга и нервной системы. Биологический подход к изучению человека пытается установить взаимосвязь между внешними проявлениями поведения и электрическими и химическими процессами, происходящими внутри тела, в частности в мозге и нервной системе. Сторонники такого подхода стремятся определить, какие нейробиологические процессы лежат в основе поведения и психической активности. В случае с депрессией, например, это заболевание пытаются представить в виде патологических изменений в концентрации нейромедиаторов (химических веществ, продуцируемых в мозге и обеспечивающих коммуникацию между нейронами, или нервными клетками).

Биологический подход можно проиллюстрировать на проблемах, описанных выше. Изучение узнавания лиц у пациентов с повреждением мозга показало, что за эту функцию отвечает определенный участок мозга.

Мозг человека делится на левое и правое полушария, и участки, специализирующиеся на узнавании лиц, располагаются преимущественно в правом полушарии. Получается, что полушария мозга человека высокоспециализированы; например, у большинства правшей левое полушарие отвечает за понимание речи, а правое — за интерпретацию пространственных отношений. Биологический подход добился успеха и в изучении памяти у участников боевых действий. Особое внимание в этом подходе уделяется определенным структурам мозга, включая гиппокамп, участвующий в консолидации следов памяти, о чем писал в своих работах Гуревич М.О. [22].

Бихевиористский подход

Бихевиористский подход уделяет основное внимание наблюдаемым стимулам и реакциям. В частности, С-Р-анализ может быть сосредоточен на том, с какими людьми протекает взаимодействие (то есть на социальных стимулах), и на том, какие реакции по отношению к ним проявляются (положительные — вознаграждения, отрицательные — наказания, или нейтральные), какими реакциями они, в свою очередь, отвечают вам (вознаграждениями, наказаниями или нейтральными), а также как эти вознаграждения способствуют продолжению или прекращению ваших взаимодействий.

Строгий бихевиористский подход не принимает во внимание психические процессы индивидуума. Психологи, не относящиеся к бихевиористам, часто регистрируют то, что человек высказывает о своих сознательных переживаниях (вербальный отчет), и на основе этих объективных данных делают выводы об умственной деятельности данного человека. Бихевиористы просто решили не гадать, какие психические процессы происходят между стимулом и реакцией. Сегодня мало кто из психологов считает себя «чистым» бихевиористом. Тем не менее, многие современные разработки в области психологии вышли из работ бихевиористов.

Когнитивный подход

Современный когнитивный подход частично является возвратом к когнитивным корням психологии, а частично — реакцией на узость бихевиоризма и позиции «стимул-реакция» (поскольку в последних двух игнорировались сложные виды человеческой деятельности, такие как рассуждение, планирование, принятие решений и общение). Как и в XIX веке, современное когнитивное исследование сосредоточено на психических процессах, таких как восприятие, запоминание, мышление, решение задач и принятие решений. Но, в отличие от варианта XIX века, современный когнитивизм уже не основывается на интроспекции и исходит из следующих главных положений: а) только изучая умственные процессы, мы сможем полностью понять, что делают организмы; б) объективно изучать умственные процессы можно на примере конкретных типов поведения (как, собственно, и делали бихевиористы), но объясняя его в терминах умственных процессов, лежащих в его основе.

Интерпретируя поведение, когнитивные психологи часто пользуются аналогией между разумом и компьютером. Поступающая к человеку информация обрабатывается различными способами: она селективируется, сравнивается с той, что уже есть в памяти, как-то комбинируется с ней, преобразуется, по-другому организуется и т. д.

Психоаналитический подход

Психоаналитическую концепцию поведения человека создал Зигмунд Фрейд примерно тогда же, когда в Соединенных Штатах развивался бихевиоризм. Фрейд был врачом по образованию, но кроме этого он интересовался когнитивным развитием — тогда это направление разрабатывалось в Европе. В некоторых отношениях его психоанализ представлял собой смесь когнитивной науки и физиологии в их варианте XIX века. В частности, Фрейд соединил бытовавшие тогда когнитивные представления о сознании, восприятии и памяти с идеями о биологических

основаниях инстинктов, создав новую смелую теорию поведения человека [67].

Согласно основному положению фрейдовской теории, в человеческом поведении многое возникает из бессознательных процессов, под которыми Фрейд подразумевал убеждения, страхи и желания, не осознаваемые человеком и тем не менее влияющие на его поведение. Он полагал, что многие из тех побуждений, которые в детстве нам запрещаются взрослыми, обществом и являются наказуемыми, на самом деле происходят от врожденных инстинктов. Поскольку все мы рождаемся с этими побуждениями, они оказывают на нас распространяющееся влияние, с которым приходится как-то справляться. Их запрещение только переводит их из сознания в бессознательное, где они продолжают влиять на сны, оговорки речи, манеры и в конце концов проявляются в эмоциональных конфликтах, симптомах психических болезней или, с другой стороны, в социально приемлемом поведении. Скажем, если военный чувствует сильную неприязнь (ненависть) к сотруднику, то этот гнев может стать бессознательным и, возможно, косвенно отразится на содержании сна. Хотя большинство психологов, например Александров А.А., не вполне разделяют фрейдовский взгляд на бессознательное, они, по-видимому, согласны в том, что люди полностью не знают о некоторых важных чертах своей личности и что эти черты развиваются в раннем детстве во взаимодействиях с семьей.

Психоаналитический подход позволяет по-новому взглянуть и на знакомые нам проблемы. Согласно З.Фрейду, амнезия детства возникает потому, что некоторые эмоциональные переживания первых нескольких лет жизни настолько травматичны, что если позволить им войти в сознание (т. е. вспомнить о них) в более поздние годы, то индивид пришел бы в состояние крайнего беспокойства. С точки зрения психоанализа объяснимо поведение участников боевых действий в посттравматическом состоянии. И, конечно же, психоанализу есть что сказать об агрессивности. Фрейд относил

агрессивность к инстинктам, откуда следует, что она является выражением врожденной потребности.

Феноменологический подход

В отличие от других рассмотренных подходов, по мнению Аткинсона Р., феноменологический подход практически полностью сосредоточен на субъективном опыте [13]. Здесь изучается феноменология индивида — то, как человек лично переживает события. Этот подход возник отчасти как реакция на другие направления, считавшиеся сторонниками феноменологии слишком уж механистическими. Так, феноменолог склонен не соглашаться с тем, что поведение управляется внешними стимулами (бихевиоризм), последовательной обработкой информации в процессах восприятия и памяти (когнитивная психология) или бессознательными импульсами (психоаналитические теории). Кроме того, феноменологи ставят перед собой иные задачи по сравнению с психологами других направлений: их больше интересует описание внутренней жизни и переживаний человека, пережившего экстремальные условия, нежели разработка теорий и предсказание поведения, что намного актуальнее при изучении психического состояния участников боевых действий [22].

Редукционизм

Существует путь, на котором биологический подход вступает в прямой контакт с психологическими подходами. Биологически ориентированные ученые пытаются объяснить понятия и законы психологии на языке их биологических дубликатов. Например, обычную способность к узнаванию лиц можно попытаться объяснить исключительно на языке нейронов и их взаимосвязей в определенном участке мозга. Поскольку такая попытка означает сведение психологических понятий к биологическим, объяснения подобного рода называются редукционизмом. Такой подход к изучению психических состояний участников боевых действий также приемлем в современных условиях [64].

Выводы по первой главе

1. Астения – психопатологическое расстройство, картина которого определяется явлениями повышенной физической и/или психической утомляемости со снижением уровня активности (дефицит бодрости, энергии, мотивации), влекущим за собой клинически и социально значимые последствия: потребность в дополнительном отдыхе, снижение объема и эффективности деятельности (даже привычной). Актуальность изучения проблем астенических расстройств определяется прежде всего их значительной распространенностью (как правило, астенические нарушения встречаются при большинстве соматических и психосоматических заболеваний). Совершенствование методов терапии астенических расстройств позволит повысить комплаентность лечения и качество жизни пациентов, сократить сроки реабилитации.

2. Опасная обстановка неизбежно вызывает у участников боевых действий психическое напряжение (стрессовое состояние). Это состояние оказывает существенное влияние на протекание психических процессов (восприятие, внимание, память, мышление, волю, эмоции) и эффективность боевой деятельности. Стресс может влиять на психику как мобилизующее (боевое возбуждение), так и угнетающе (дистресс). Характер этого влияния зависит от мотивации, индивидуальной психологической устойчивости, боевого опыта участников боевых действий. Следовательно, имеются реальные основания для изменения восприимчивости военнослужащих к действию боевых стресс-факторов в процессе психологической подготовки и обеспечения их высокой активности.

3. Исследование проблем психического состояния участников боевых действий становится все более актуальным, так как урегулирование вооруженных конфликтов и локальных войн не обходятся без осложнений, которые достаточно долго сопровождают социум и личность и продолжаются после окончания конфликта или выходом из участия. Это и

обуславливает изучение психологического состояния и особенностей проявления посттравматического расстройства у людей, прошедших через вооруженные конфликты, с целью их реадaptации к условиям мирной жизни, сохранения здоровья и трудоспособности.

Глава II. Экспериментальное исследование особенностей психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством

2.1. Организация, методы и методики исследования

Исследование проводилось на базе Красноярского Гарнизонного военного госпиталя, филиал № 2 г. Красноярска. В исследовании приняли участие 20 пациентов с установленным клиническим диагнозом органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство.

Целью данной работы являлось исследование особенностей психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством.

Основной критерий комплектования экспериментальной выборки – схожесть ситуации, в которой оказались все исследуемые - все участники боевых действий, пациенты мужского пола, все среднего возраста (от 26 лет до 45 лет), в анамнезе у всех – травмы головного мозга, в том числе с потерей памяти. У всех военнослужащих стоит диагноз органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство.

Эксперимент проходил через ряд последовательно сменяющихся этапов:

- 1) Подготовительный.
- 2) Экспериментальный.
- 3) Заключительный.

Исследование было организовано в соответствии с этическими принципами, принятыми в психодиагностике:

- ответственности;
- конфиденциальности;
- благополучия испытуемого;
- информирования клиента о целях обследования.

На подготовительном этапе осуществлялся анализ психологической документации: личных дел, медицинских карт, психологических характеристик, заключений и протоколов обследований на каждого

испытуемого, принимавшего участие в обследовании. Основными методами исследования являлись клинический и экспериментально-психологический. Клинический метод включал в себя клиническую беседу. Беседа проводилась для выявления жалоб.

На экспериментальном этапе с целью исследования особенностей психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством нами были использованы следующие методики:

Для исследования процессов внимания и памяти применялись методики:

- методика Таблицы Шульте (исследование переключаемости и объема внимания) (Приложение № 1);
- методика 10 слов А.Р. Лурия (исследование кратковременной памяти и отсроченного запоминания) (Приложение № 2);
- методика Мюнстерберга (исследование избирательности внимания) (Приложение № 3);

Для исследования эмоционально-личностных характеристик применялась:

- методика Спилберга-Ханина (исследование уровня ситуативной и личностной тревожности) (Приложение № 4).

Методика «Таблицы Шульте»

Методика направлена на исследование особенностей внимания. Значительные колебания во времени выполнения свидетельствуют о неустойчивости внимания, увеличение времени выполнения от начала к концу говорит о тенденции к истощаемости.

Назначение теста: определение устойчивости внимания и динамики работоспособности. Используется для обследования лиц разных возрастов.

Описание теста: испытуемому поочередно предлагается пять таблиц, на которых в произвольном порядке расположены числа от 1 до 25.

Испытуемый отыскивает, показывает и называет числа в порядке их возрастания. Проба повторяется с пятью разными таблицами.

Обработка и интерпретация результатов теста: основной показатель - время выполнения, а так же количество ошибок отдельно по каждой таблице. По результатам выполнения каждой таблицы может быть построена "кривая истощаемости (утомляемости)", отражающая устойчивость внимания и работоспособность в динамике.

С помощью этого теста можно вычислить показатели (по А.Ю. Козыревой):

- эффективность работы (ЭР),
- степень вработываемости (ВР),
- психическая устойчивость (ПУ).

Эффективность работы (ЭР) вычисляется по формуле:

$$\text{ЭР} = (T_1 + T_2 + T_3 + T_4 + T_5) / 5, \text{ где}$$

T_i - время работы с i -той таблицей.

Психически здоровые люди тратят на одну таблицу от 30 до 50 секунд, чаще всего 40-42 секунды. В случае траты времени более указанных промежутков свидетельствует об определенных нарушениях внимания.

Степень вработываемости (ВР) вычисляется по формуле:

$$\text{ВР} = T_1 / \text{ЭР}, \text{ где}$$

T_1 – время работы с первой таблицей;

ЭР – эффективность работы.

Результат меньше 1,0 - показатель хорошей вработываемости, соответственно, чем выше 1,0 данный показатель, тем больше испытуемому требуется подготовка к основной работе.

Психическая устойчивость (выносливость) вычисляется по формуле:

$$\text{ПУ} = T_4 / \text{ЭР}, \text{ где}$$

T_4 – время работы с четвертой таблицей;

ЭР – эффективность работы.

Показатель результата меньше 1,0 говорит о хорошей психической устойчивости, соответственно, чем выше данный показатель, тем хуже психическая устойчивость испытуемого к выполнению заданий.

Методика «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия

Методика исследует объем непосредственной памяти, отсроченное запоминание, динамику мнестической деятельности. Неравномерное запоминание слов свидетельствует о колебании динамики работоспособности, снижение количества запоминаемых слов на протяжении 5 попыток – о снижении непосредственной памяти с тенденцией к истощаемости. Невозможность запоминания 10 слов в пяти попытках – о снижении объема непосредственной памяти. О снижении отсроченного запоминания говорит воспроизведение слов количеством меньше семи.

Назначение теста: исследование процессов кратковременной памяти и отсроченного запоминания, динамики запоминания, утомляемости.

Описание теста: испытуемому зачитывается 10 слов, после чего ему предлагается эти слова воспроизвести. В норме с пяти попыток или меньше испытуемый должен запомнить все 10 слов. Экспериментатором отмечается порядок воспроизведения, привнесение лишних слов. Через час для исследования отсроченного запоминания испытуемого просят повторить слова, которые он запомнил.

Обработка и интерпретация: основные показатели интерпретации – количество запомненных слов, динамика запоминания слов, количество отсрочено воспроизведенных слов. Показатель количества запомненных слов оценивается по критериям:

7-9 слов после пятой попытки свидетельствует о том, что объем кратковременной памяти несколько снижен;

4-6 слов - о том, что объем кратковременной памяти снижен;

0-3 слова – о том, что объем кратковременной памяти значительно снижен.

Показатель количества отсрочено воспроизведенных слов оценивается по критериям:

5-6 слов – объем отсроченного запоминания несколько снижен;

3-4 слова – объем отсроченного запоминания снижен;

0-2 слова – объем отсроченного запоминания значительно снижен.

Методика Мюнстерберга

Методика направлена на исследование избирательности внимания. Ошибки и пропущенные слова свидетельствуют о снижении избирательности внимания, увеличение времени выполнения пробы – о снижении концентрации внимания.

Назначение теста: определение уровня избирательности внимания.

Описание теста: испытуемому предлагается бланк, на котором напечатан набор букв, нужно отыскать слова и подчеркнуть их.

Обработка и интерпретация: фиксируется время выполнения задания, количество найденных слов, количество слов, неправильно воспринятых испытуемым, количество слов, неправильно подчеркнутых, и количество слов, которые подчеркнуты сверх нормы.

Успешность А оценивается по формуле:

$$A = B + T, \text{ где}$$

T – поправка на время;

$$B = (c - m) / (c + n), \text{ где}$$

c – общее количество выделенных слов;

m – количество ошибочно выделенных слов;

n – количество пропущенных слов.

Показателями избирательности внимания в этом исследовании являются время выполнения задания и количество ошибок и пропусков при отыскании и подчеркивании слов. Результаты оцениваются при помощи шкалы оценок, в которой баллы начисляют в зависимости от затраченного на

поиск слов времени. За каждое пропущенное слово снижается по одному баллу.

Время (в с.)	Баллы	Уровень избирательности внимания
250 и более	0	I низкий
240-249	1	I низкий
230-239	2	I низкий
220-229	3	I низкий
210-119	4	I низкий
200-209	5	I низкий
190-199	6	I низкий
180-189	7	II средний
170-179	8	II средний
160-169	9	II средний
150-159	10	II средний
140-149	11	II средний
130-139	12	II средний
120-129	13	II средний
110-119	14	III высокий
100-109	15	III высокий
90-99	16	III высокий
80-89	17	III высокий
70-79	18	III высокий
60-69	19	III высокий
Менее 60	20	IV очень высокий

Баллы в предложенной шкале оценок дают возможность установить абсолютные величины качественных оценок уровня избирательности внимания. В случае, когда у испытуемого от 0 до 3 баллов – это говорит о слабой избирательности внимания. Очень высокий уровень избирательности внимания – это свидетельство феноменальной психической активности человека.

Методика Ч.Д. Спилбергера на выявление личностной и ситуативной тревожности в адаптации Ю.Л. Ханина

Методика направлена на изучение реактивной и личностной тревожности. Показатели личностной тревожности свидетельствует о наличии у человека тревожности как особенности характера, предрасположенности. Показатели реактивной тревожности показывают тревожность как состояние. Тем самым данная методика позволяет определить, является ли уровень тревожности свойством личности или это состояние, которое вызвано болезнью.

Назначение теста: исследование ситуативной и личностной тревожности. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда – тонкой координации. Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагируя состоянием тревоги. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, эмоциональными, невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Описание теста: опросник состоит из 20 высказываний, относящихся к тревожности как состоянию (состояние тревожности, реактивная или ситуативная тревожность) – РТ (высказывания №1-29) и из 20 высказываний на определение тревожности как диспозиции, личностной особенности (свойство тревожности) – ЛТ (высказывания № 21-40).

Обработка и интерпретация:

Реактивная и личностная тревожность высчитывается по формулам:

$$PT = \sum_1 - \sum_2 + 50$$

где Σ_1 – сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам 3, 4, 6, 7, 9, 13, 14, 17, 18; Σ_2 – сумма остальных зачеркнутых цифр (1, 2, 5, 8, 10,

$$ЛТ = \sum_1 - \sum_2 + 35,$$

где \sum_1 и \sum_2 – сумма набранных баллов.

Если показатель не превышает 30, то, следовательно, испытуемый не испытывает особой тревоги, т.е. у него в данный момент низкая тревожность.

Если сумма находится в интервале 31–45, то это означает умеренную тревожность.

При 46 и более — тревожность высокая.

Очень высокая тревожность (> 46) прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями.

Низкая тревожность (< 12), наоборот, характеризует состояние как депрессивное, а реактивное, с низким уровнем мотиваций. Иногда очень низкая тревожность по показателям теста является результатом активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя в «лучшем свете».

На заключительном этапе эмпирического исследования нами были проанализированы данные, полученные на предыдущих этапах исследования, и выявлены особенности психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством. Также мы использовали данные, полученные в ходе психодиагностических исследований, которые позволили определить направления психологической работы по коррекции психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством.

2.2. Анализ результатов исследования

По результатам клинической беседы с пациентами Красноярского Гарнизонного военного госпиталя, филиал № 2 – участниками боевых действий - установлено, что все жалобы пациентов соответствовали

симптомам органического эмоционально лабильного (астенического) расстройства.

У 6 человек из 10 присутствовали жалобы на головные боли, у 2 человек из 10 – на головокружения; у 7 человек из 10 - на прерывистый сон; у 4 человек из 10 - на трудности засыпания, у 6 человек из 10 - на чувство разбитости после сна; у 7 человек из 10 - на повышенную раздражительность, эмоциональную несдержанность; на плохое самочувствие при смене погоды - у 5 человек из 10; на ухудшение памяти - у 6 человек из 10; на трудности сосредоточения при умственных нагрузках - у 5 человек из 10; на быструю утомляемость при умственных нагрузках - у 6 человек из 10; у 4 человек из 10 присутствовали жалобы на рассеянность; у 3 человек – жалобы на снижение настроения (рис. 1).



Рис. 1. Результаты клинической беседы с участниками боевых действий с астеническим расстройством

По результатам клинической беседы в контрольной группе пациентами были предъявлены следующие жалобы: головные боли у 5 человек из 10, снижение слуха у 1 человека из 10, головокружения у 4 человек из 10, прерывистый сон у 8 человек из 10, повышенное артериальное давление у 3 человек из 10, трудности засыпания у 4 человек из 10, чувство разбитости

после сна у 3 человек из 10, ухудшение памяти у 6 человек из 10, рассеянность у 5 человек из 10, быстрая утомляемость у 8 человек из 10, раздражительность у 6 человек из 10, снижение настроения у 6 человек из 10 (рис. 1).

По результатам клинических бесед был высчитан удельный вес каждой названной пациентами жалобы (см. рис. 2).

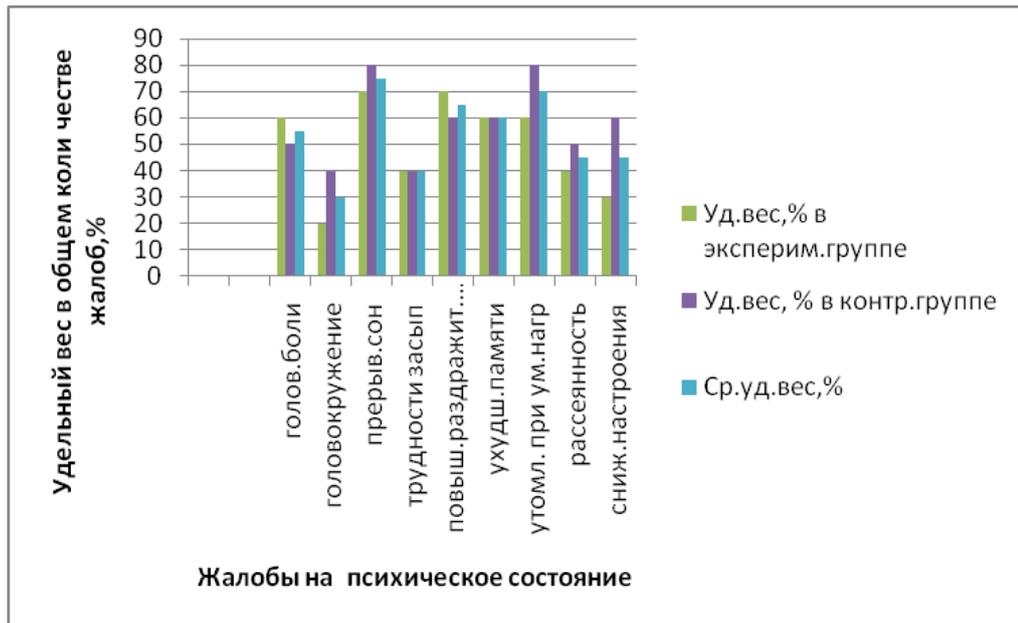


Рис. 2. Результаты исследования психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством по результатам клинической беседы по удельному весу в общем количестве жалоб

В дальнейшем исследовании нами были использованы методики, позволяющие выявить наиболее распространенные особенности психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством.

Далее рассмотрим результаты, полученные по методике «Таблицы Шульте».

На рисунке 3 представлены результаты исследования работоспособности в динамике и устойчивости внимания; основным

показателем являлось время выполнения теста. По результатам выполнения пациентами каждой таблицы данные были сведены в единые таблицы по группам пациентов и на их основе построена «кривая истощаемости (утомляемости), отражающая устойчивость внимания и работоспособность в динамике, в среднем по группам пациентов.

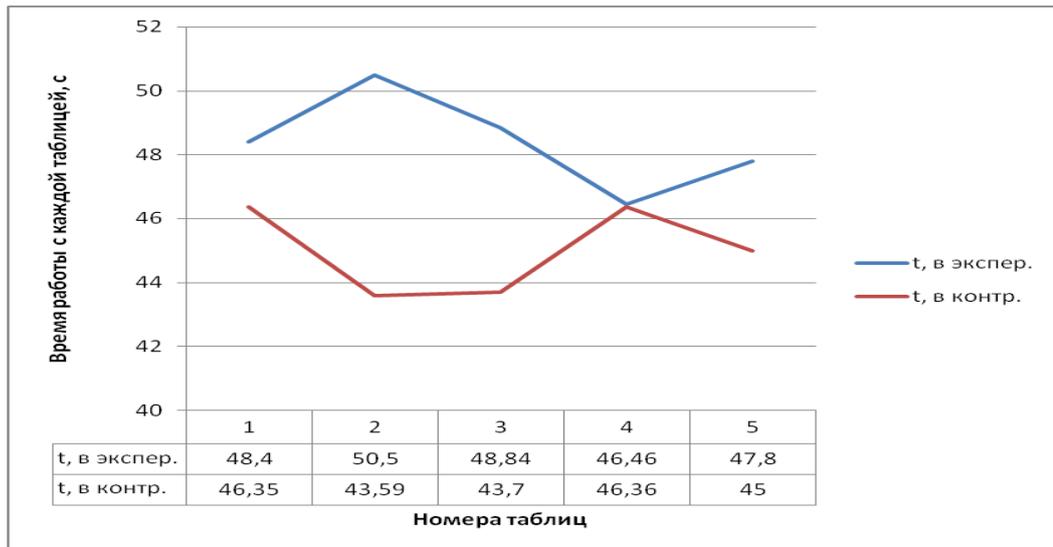


Рис. 3. Результат исследования устойчивости внимания и работоспособности в динамике у участников боевых действий с астеническим расстройством по методике «Таблицы Шульте»

По результатам исследования можно судить о неустойчивости внимания при значительных колебаниях результатов по отдельным таблицам, но без тенденции к увеличению времени, затрачиваемого на каждую следующую таблицу. На рисунке 4 представлены данные об эффективности работоспособности пациентов. Можно сказать, что у 45% пациентов эффективность работоспособности составляла более 50 секунд, то есть у таких пациентов очень неустойчивое внимание; у 35% пациентов эффективность работоспособности составила от 45 до 49 секунд, что говорит о наличии у них неустойчивости внимания, у 15% пациентов эффективность работоспособности составила от 40 до 44 с, что говорит о приближенности к

норме уровня внимания у данных пациентов, у 5% пациентов эффективность работоспособности по методике в норме.

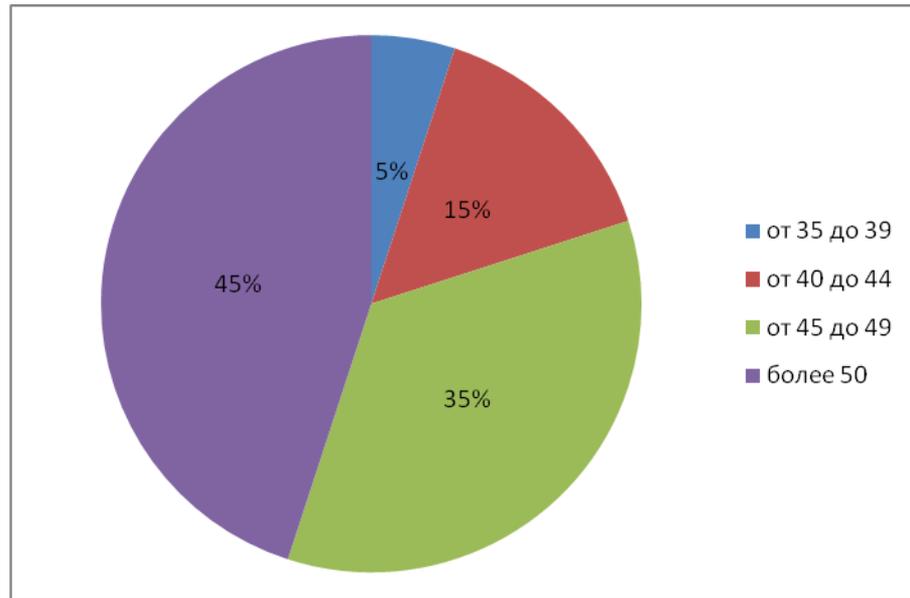


Рис. 4. Результаты исследования эффективности работоспособности по методике «Таблицы Шульте» среди участников боевых действий с астеническим расстройством

При сравнении результатов эффективности работоспособности было замечено, что в экспериментальной группе пациентов с очень неустойчивым вниманием – 50%.

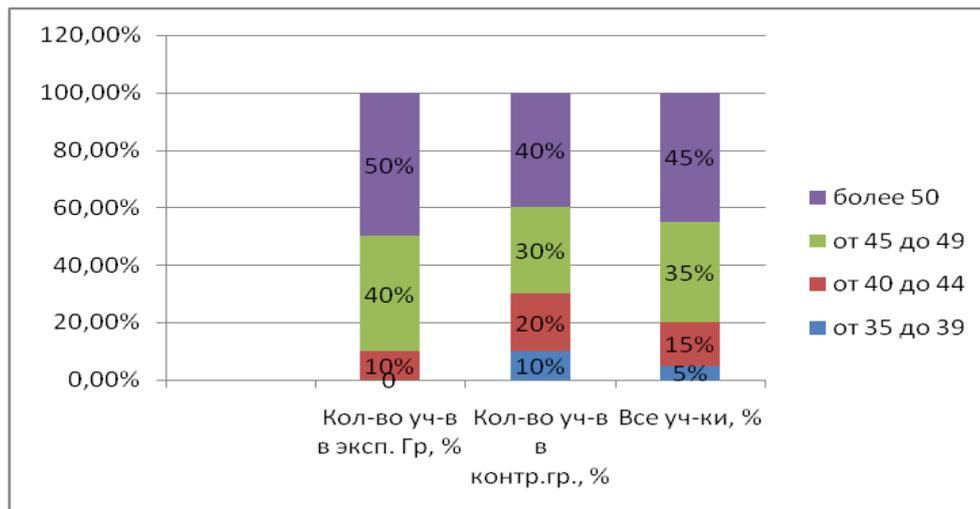


Рис. 5. Сравнительные результаты исследования эффективности работоспособности по методике «Таблицы Шульте» среди участников боевых действий с астеническим расстройством

В контрольной группе с очень неустойчивым вниманием – 40%, с неустойчивым вниманием в экспериментальной группе 40% пациентов, а в контрольной – 30%. Пациентов с приближенным к норме уровнем внимания – 10% в экспериментальной группе и 20% - в контрольной. С устойчивым вниманием пациенты только в контрольной группе – 10% (рисунок 5).

На рисунке 6 показаны результаты исследования степени вработываемости пациентов, на котором видно, что у 50% пациентов степень вработываемости – низкая (больше 1), это говорит о том, что пациенты долго включаются в предложенную деятельность у 30% пациентов – степень вработываемости удовлетворительная, у 20% - хорошая степень вработываемости (меньше 1).

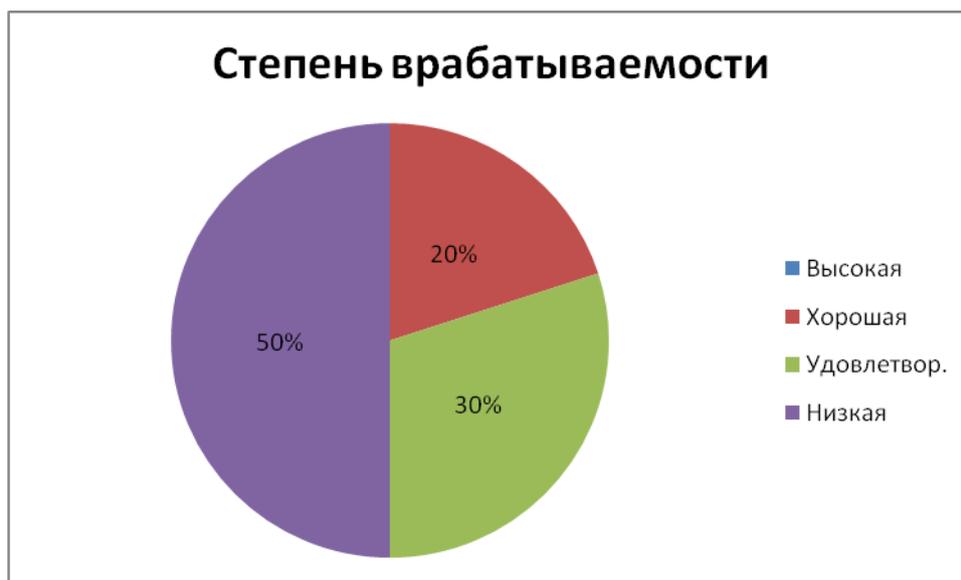


Рис. 6. Результаты исследования степени вработываемости по методике «Таблицы Шульте» среди участников боевых действий с астеническим расстройством

На рисунке 7 представлены результаты исследований психической устойчивости участников боевых действий, на диаграмме видно, что высокая психическая устойчивость наблюдается у 20% пациентов, хорошая – у 40% пациентов, удовлетворительная – у 25% пациентов, низкая психическая устойчивость наблюдается у 15% пациентов – участников боевых действий.



Рис. 7. Результаты исследования психической устойчивости по методике «Таблицы Шульте» среди участников боевых действий с астеническим расстройством

В таблице 1 представлены результаты исследования переключаемости и объема внимания участников боевых действий – пациентов Красноярского Гарнизонного военного госпиталя г. Красноярска.

Таблица 1.

Результаты исследования переключаемости и объема внимания, динамики работоспособности у участников боевых действий с астеническим расстройством по методике «Таблицы Шульте»

Показатели	Среднее значение среди пациентов экспериментальной группы	Среднее значение среди пациентов контрольной группы	Среднее значение всех респондентов
Эффективность работы	48,4	45,0	46,7
Степень вработываемости	1,0	1,03	1,015
Психическая устойчивость	0,96	1,03	0,995
Количество пациентов	10	10	20

Далее мы рассмотрим результаты, полученные по методике «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия.

Таблица 2

Результаты исследования объема кратковременной памяти у участников боевых действий с астеническим расстройством по методике «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия

Кол-во запомненных слов после пятой попытки	Кол-во участников в экспериментальной группе (абс.)	Кол-во участников в контрольной группе (абс.)
10 слов	3	4
от 9 до 7 слов	4	5
от 6 до 4 слов	2	1
от 3 до 0	1	0

По результатам исследования объема кратковременной памяти у участников боевых действий можно сказать, что объем кратковременной памяти значительно снижен у 5% пациентов, у 15% объем кратковременной памяти снижен, у 45% пациентов показатель количества запомненных слов свидетельствует о том, что объем кратковременной памяти несколько снижен.

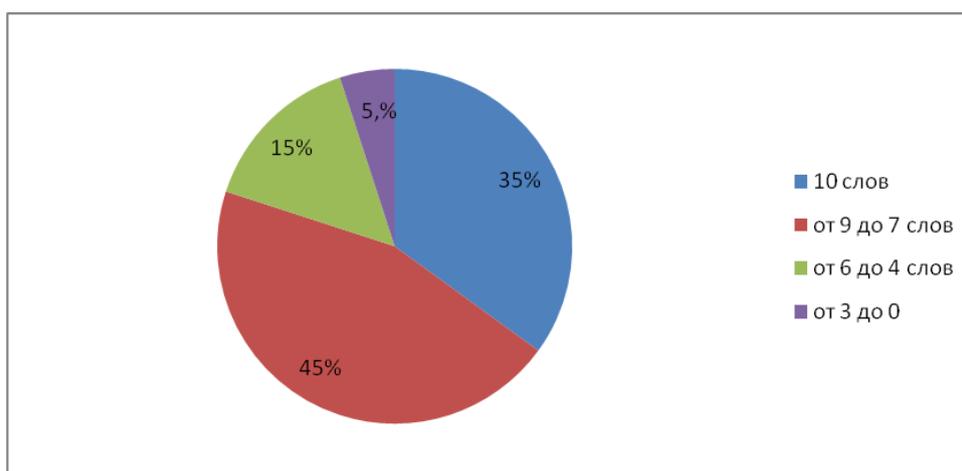


Рис. 8. Результаты изучения объема кратковременной памяти у участников боевых действий с астеническим расстройством по методике «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия

Остальные пациенты (35%) имеют объем кратковременной памяти в норме (таблица 2 и рис. 8).

На рисунке 9 представлены сравнительные результаты исследований кратковременной памяти в двух группах пациентов – участников боевых действий. Из гистограммы мы видим, что наиболее неблагоприятные результаты у пациентов в экспериментальной группе.

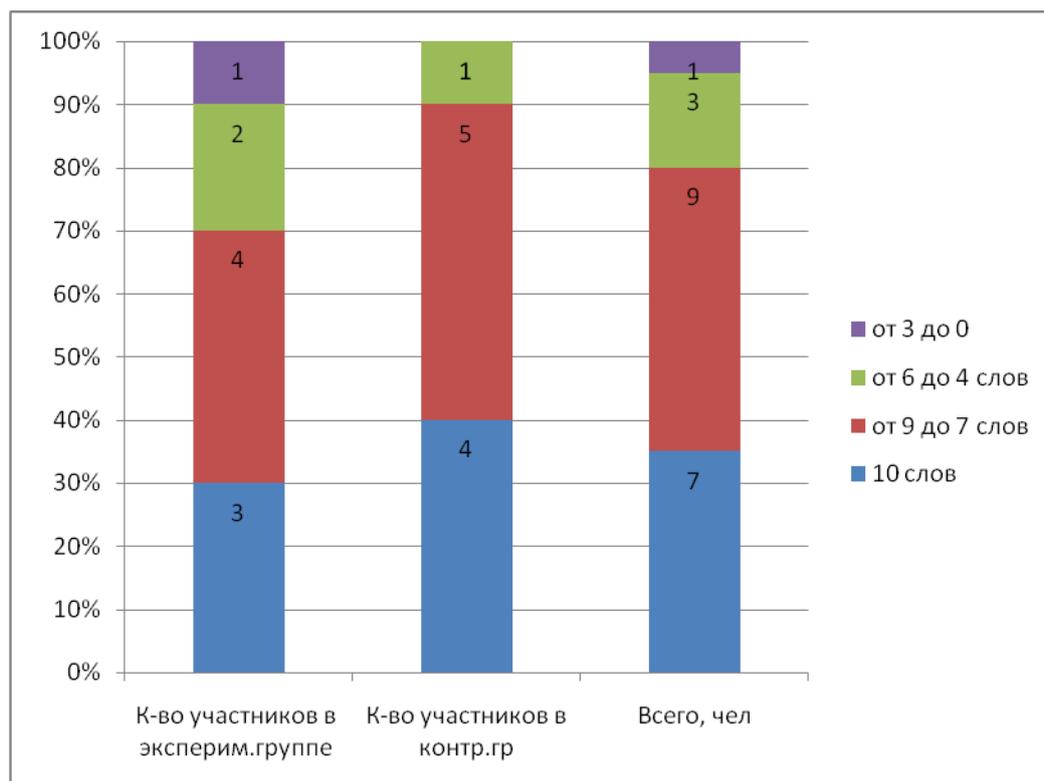


Рис. 9. Сравнительные результаты исследований объема кратковременной памяти экспериментальной и контрольной группы участников боевых действий с астеническим расстройством по методике «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия

Рассмотрев в процессе исследования показатель количества отсроченно воспроизведенных слов, о чем приведены данные в таблице 3, мы пришли к выводу, что у 4 человек объем отсроченного объема памяти стремится к норме, у 8 человек – объем отсроченного запоминания несколько снижен, у 5 человек объем отсроченного запоминания снижен, у 3 человек объем отсроченного запоминания значительно снижен.

Таблица 3

Результаты исследования объема отсроченного запоминания у участников боевых действий с астеническим расстройством по методике «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия

Кол-во отсрочено воспроизведенных слов	Кол-во участников в экспериментальной группе (абс.)	Кол-во участников в контрольной группе (абс.)	Всего, чел
от 7 до 10 слов	1	3	4
от 5 до 6 слов	4	4	8
от 3 до 4 слов	3	2	5
от 0 до 2 слов	2	1	3

По результатам исследования объема отсроченного запоминания у участников боевых действий можно сказать, что его объем значительно снижен у 15% пациентов, у 25% - снижен, у 40% пациентов показатель количества отсрочено запомненных слов свидетельствует о том, что объем отсроченного запоминания несколько снижен. Остальные пациенты (20%) имеют объем отсроченного запоминания в норме (рисунок 10).

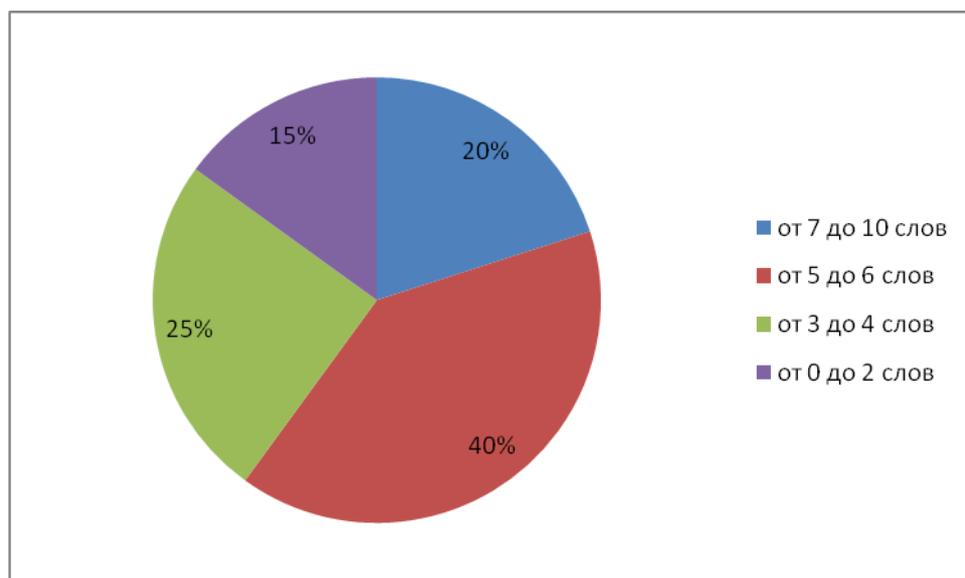


Рис. 10. Результаты изучения объема отсроченного запоминания у участников боевых действий с астеническим расстройством по методике «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия

На рисунке 11 представлены сравнительные результаты исследований объема отсроченного запоминания в двух группах пациентов – участников боевых действий. Из гистограммы видим, что наиболее неблагоприятные результаты у пациентов в экспериментальной группе.

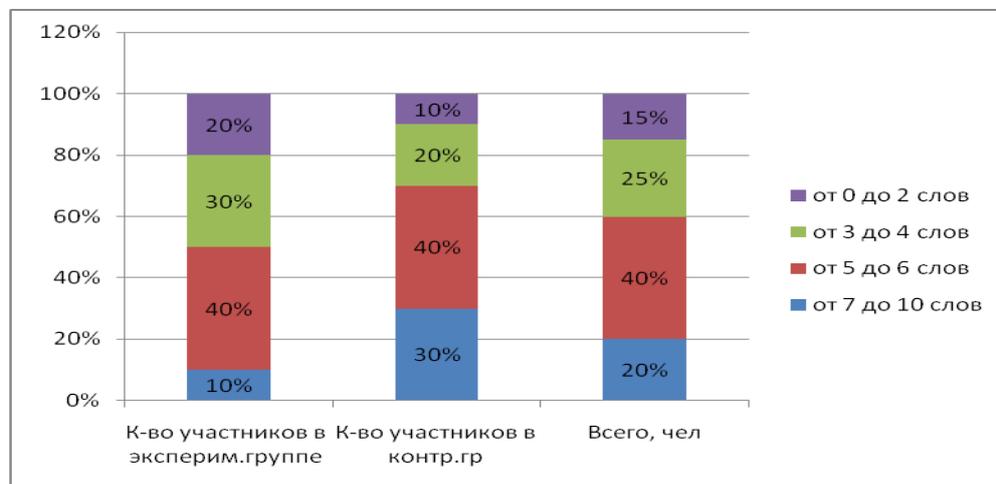


Рис. 11. Сравнительные результаты исследований объема отсроченного запоминания экспериментальной и контрольной группы участников боевых действий с астеническим расстройством по методике «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия

Далее рассмотрим результаты, полученные по методике Мюнстерберга.

В таблице 4 представлены результаты исследования двадцати участников боевых действий, состоящих из двух групп пациентов Красноярского Гарнизонного военного госпиталя, с аналогичным диагнозом, возрастом, жалобами.

Таблица 4.

Результаты исследования избирательности внимания по затраченному на поиск времени у участников боевых действий с астеническим расстройством по методике Мюнстерберга

Показатель	Пациенты экспериментальной группы	Пациенты контрольной группы	Все пациенты
Среднее время работы, сек.	270	273	272

Таблица 5.

Результаты изучения избирательности внимания у участников боевых действий с астеническим расстройством по методике Мюнстерберга, в баллах

Баллы	Пациенты экспериментальной группы	Пациенты контрольной группы	Все пациенты
от 0 до 3 (очень низкий)	5	4	9
от 4 до 8 (низкий)	2	3	5
от 9 до 12 (средний)	3	2	5
от 13 до 15 (высокий)	0	1	1
от 16 до 19 (очень высокий)	0	0	0
Итого:	10	10	20

По результатам исследования можно говорить о том, что у участников боевых действий в основном слабое избирательное внимание – у 45% пациентов, у 25% пациентов - низкий уровень избирательности внимания, у 25% пациентов – средний уровень избирательности внимания, и только у 5% пациентов высокий уровень избирательности внимания (см. рис. 12).

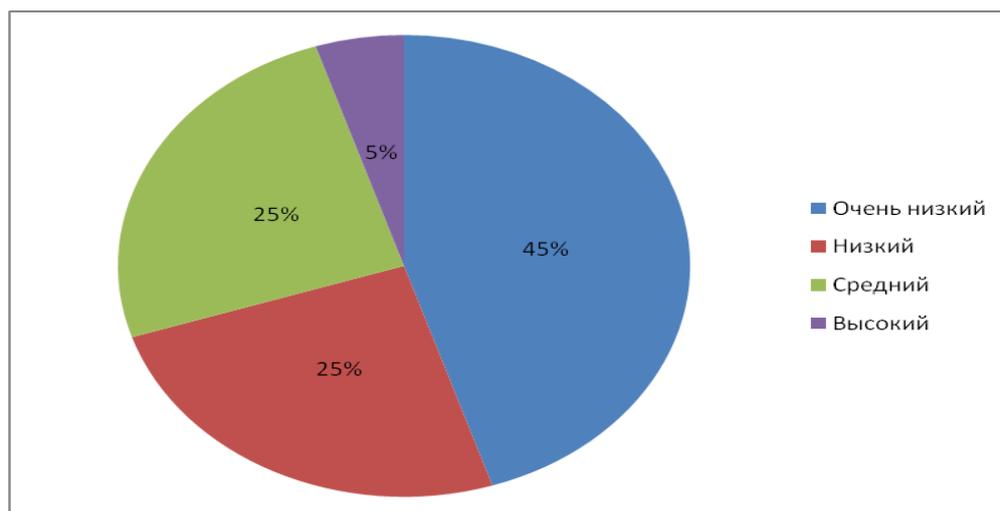


Рис. 12. Результаты исследования уровня избирательности внимания у участников боевых действий с астеническим расстройством по методике Мюнстерберга

На рисунке 13 представлены сравнительные результаты исследований уровня избирательности внимания среди пациентов - участников боевых действий экспериментальной и контрольной группы.

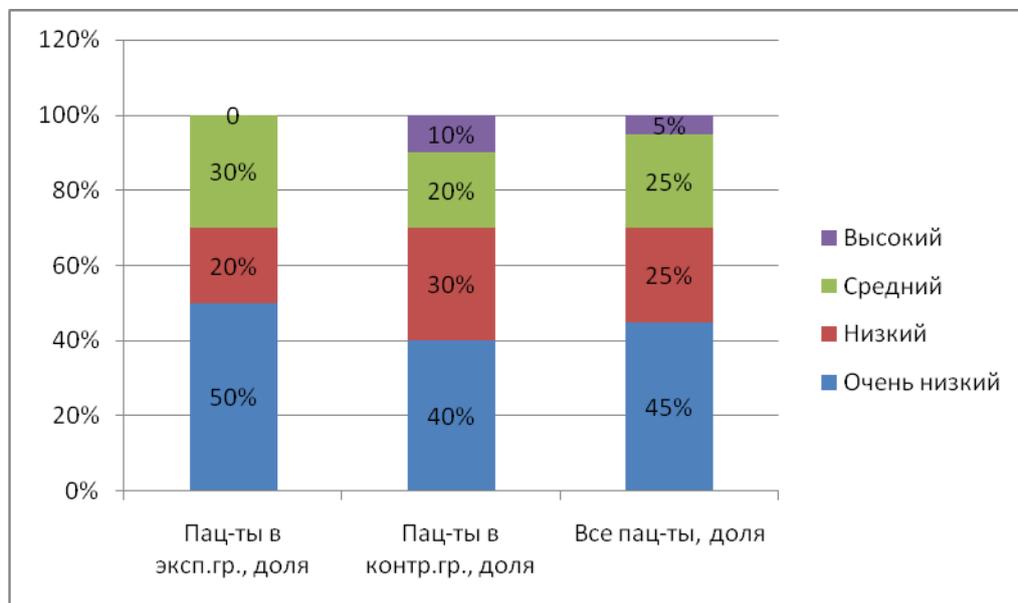


Рис. 13. Сравнительные результаты исследования уровня избирательности внимания у участников боевых действий с астеническим расстройством экспериментальной и контрольной группы по методике Мюнстерберга

Из гистограммы мы видим, что наиболее неблагоприятные результаты исследования по методике Мюнстерберга в экспериментальной группе участников боевых действий. У 50% пациентов этой группы очень низкий уровень избирательности внимания, что свидетельствует о низкой психической активности данного контингента военнослужащих.

Рассмотрим результаты, полученные по методике «Исследование ситуативной и личностной тревожности» (Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханин).

В таблице 6 представлены результаты исследования ситуативной и личностной тревожности участников боевых действий с астеническим расстройством.

Таблица 6.

Результаты исследования уровня тревожности у участников боевых действий – пациентов Красноярского Гарнизонного военного госпиталя по методике «Исследование тревожности» (Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханин), в баллах

Уровень тревожности	Пациенты экспериментальной группы	Пациенты контрольной группы	Все пациенты
Высокий уровень	6	5	11
Умеренный уровень	3	4	7
Низкий уровень	1	1	2
Кол-во пациентов	10	10	20

По результатам исследования тревожности можно сказать, что большинству пациентов свойственен высокий уровень тревожности (рис. 14).

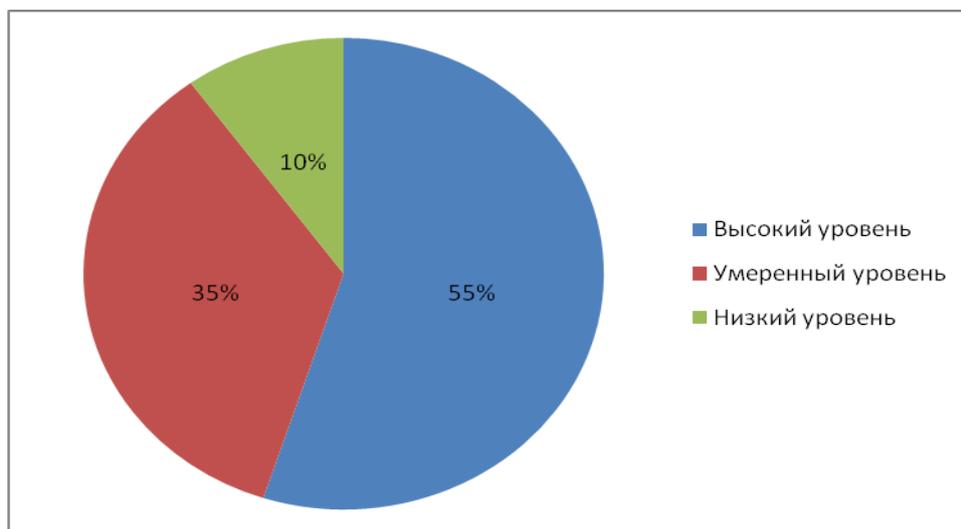


Рис. 14. Результаты исследования уровня тревожности у участников боевых действий с астеническим расстройством по опроснику «Исследование тревожности» (Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханин)

Пациентов с высоким уровнем тревожности (55%) отличает замкнутость, нарушение внимания, иногда – тонкой координации. Как правило, они без инициативны, предрасположены к невротическим конфликтам, эмоциональным и невротическим срывам, имеют психосоматические заболевания.

И наоборот, пациенты, имеющие низкий уровень тревожности (10%) общительны и инициативны, но иногда низкая тревожность является результатом активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя в «лучшем свете» (см. рис.14).

На рисунке 15 представлены результаты исследования участников боевых действий – пациентов Красноярского Гарнизонного военного госпиталя по опроснику «Исследование тревожности» по группам.

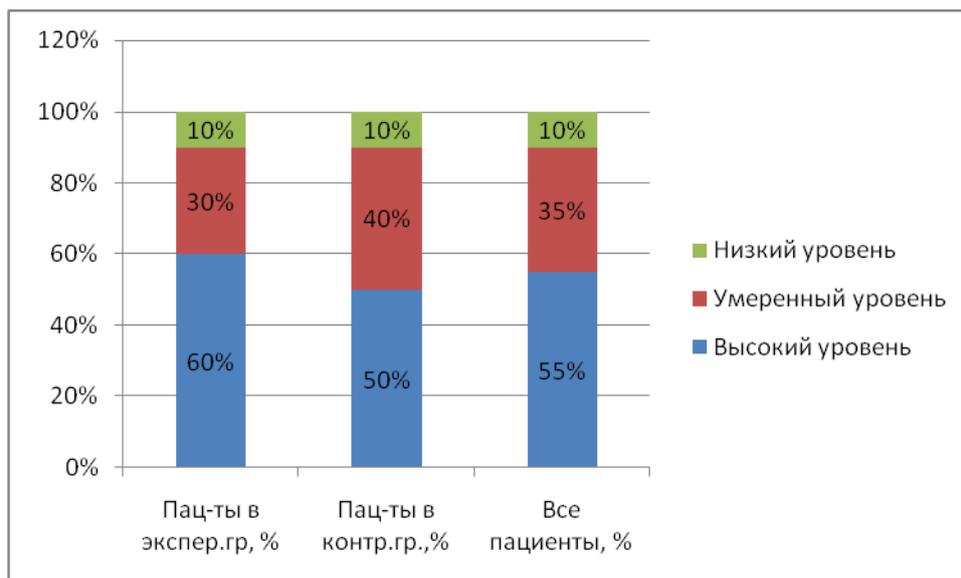


Рис. 15. Сравнительные результаты исследования уровня тревожности у участников боевых действий с астеническим расстройством экспериментальной и контрольной группы по опроснику «Исследование тревожности» (Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханин)

Из гистограммы мы видим, что наиболее неблагоприятные результаты исследования по опроснику «Исследование тревожности» в экспериментальной группе - 60% пациентов с высоким уровнем

тревожности, что выше, чем во второй группе. Умеренный уровень – у 30% пациентов в экспериментальной группе и 40% пациентов в контрольной группе. Низкий уровень зафиксирован у 10% пациентов в обеих группах.

Выводы по второй главе

1. Исследование проводилось на базе Красноярского Гарнизонного военного госпиталя, филиал № 2 г. Красноярска. В исследовании приняли участие 20 пациентов с установленным клиническим диагнозом органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство.

2. Основным критерий комплектования экспериментальной выборки – схожесть ситуации, в которой оказались все исследуемые - все участники боевых действий, пациенты мужского пола, все среднего возраста (от 26 лет до 45 лет), в анамнезе у всех – травмы головного мозга, в том числе с потерей памяти. У всех военнослужащих стоит диагноз органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство.

3. С целью исследования особенностей психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством нами были отобраны следующие методики:

- методика «Таблицы Шульте» (исследование переключаемости и объема внимания);
- методика «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия (исследование кратковременной памяти и отсроченного запоминания);
- методика Мюнстерберга (исследование избирательности внимания);
- методика диагностики самооценки уровня тревожности Спилберга - Ханина.

4. Результаты исследования переключаемости и объема внимания с помощью методики «Таблицы Шульте» у участников боевых действий с астеническим расстройством показали, что среди испытуемых имеет неустойчивое внимание 80% участников, у 50% испытуемых степень вработываемости низкая, психическая устойчивость - у 15% испытуемых. Результаты исследования говорят о том, что у большинства испытуемых зафиксировано нарушения внимания, медленное включение в предложенную

деятельность. Психическая устойчивость участников в большинстве случаев имеет негативную тенденцию.

5. Результаты исследования кратковременной памяти и отсроченного запоминания у участников боевых действий по методике «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия свидетельствуют о том, что у 20% испытуемых кратковременная память снижена и значительно снижена, у 45% - несколько снижена. Только у 35% участников объем кратковременной памяти соответствует норме. Объем отсроченного запоминания соответствует норме у 20% участников. В большинстве – объем отсроченного запоминания очень низок. Можно говорить о проблеме с отсроченной памятью и непосредственной памятью у большинства испытуемых.

6. По результатам исследования избирательности внимания по методике Мюнстерберга можно сказать, что у большинства участников низкий уровень избирательности внимания, что свидетельствует о низкой психической активности данного контингента.

7. Результаты изучения показателей реактивной и личностной тревожности участников боевых действий по методике диагностики самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина) свидетельствуют о том, что большинству участников свойственен высокий уровень тревожности. Людей с высоким уровнем тревожности (55%) отличает замкнутость и малая общительность, у них наблюдаются склонности к восприятию ситуаций как угрожающих, нервозность, беспокойство, тревожность.

8. Анализ полученных результатов свидетельствует о необходимости проведения программы коррекции психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством.

Глава III. Программа коррекции психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством

3.1. Методологические основы формирующего эксперимента

Понятие реабилитация (восстановление) многими рассматривается как "третичная профилактика", понимая, одновременно, под первичной профилактикой предупреждение заболеваний, а под вторичной – лечение болезни.

Рассматривая сущность данного понятия, и говоря о процессе реабилитации военнослужащих, получивших психические травмы, нужно различать следующие разновидности реабилитации:

Медицинская реабилитация. Значимость медицинских мер в восстановлении психического равновесия заключается не только в применении психотропных средств, оказывающих нормализующее влияние на эмоциональную сферу человека, создающих условия для быстрого и конструктивного воздействия на психологические состояния.

Существенную роль в профилактике психических расстройств у военнослужащих играют такие элементы медицинской реабилитации, как полноценное и рациональное питание, забота о состоянии здоровья личного состава, соблюдение элементарных гигиенических норм и т.п.

При оказании квалифицированной медицинской помощи военнослужащим с травмированной психикой в лечебных учреждениях применяются медикаментозная терапия, физиотерапия, бальнеотерапия, массаж и т.п.

В целом, медицинское воздействие на людей, подвергшихся психогенному воздействию, "открывает двери" для психотерапии. Специалисты утверждают, что у 80-85 процентов людей восстановление трудоспособности достигается, по существу, при завершении программы медицинской реабилитации.

Социальная реабилитация. Человек – существо социальное. Особую значимость для него имеют события общественной жизни и ближайшее окружение – социальный фактор. Поэтому социальная реабилитация является одной из важнейших в системе общей реабилитации.

Психосоциальное воздействие осуществляется проведением групповой терапии, стимулированием социальной активности, занятостью общественно значимыми делами (работой). Ощутимо сказывается на социальной реабилитации постоянный контакт военнослужащего с сослуживцами, получение писем, газет, журналов, прослушивание радиопередач и т.п. Решению этих задач активно способствует организационно-воспитательная деятельность командиров.

Психологическая реабилитация – это система медико-психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций, состояний, личностного и социального статуса людей, получивших психическую травму. Она также является неотъемлемой составной частью общей реабилитации.

Психологическая реабилитация является важнейшим элементом восстановления психического равновесия. Сущность её заключается в осуществлении различных воздействий через психику на военнослужащего с учетом терапии, профилактики, гигиены и педагогики.

С помощью психологических воздействий становится возможным снизить уровень нервно-психической напряженности, быстрее восстановить затраченную нервную энергию и, тем самым, оказать существенное влияние на ускорение процессов восстановления в других органах и системах организма. Этим отличается психологическое воздействие от других средств реабилитации.

Основными целями психологической реабилитации являются:

- восстановление боевой и трудовой способности;
- предупреждение инвалидности;

- социальная адаптация людей.

К числу основных задач психологической реабилитации относятся:

1. Установление характера и степени важности нервно-психологических расстройств, определение индивидуально-личностных особенностей реагирования военнослужащим на полученную психическую травму и выработка реабилитационных мероприятий;

2. Снятие психо-эмоционального напряжения, раздражительности и страха посредством применения комплексных воздействий (психотерапевтических, медицинских, биологических, социотерапевтических и педагогических (воспитательных));

3. Регуляция нарушенных функций организма, коррекция психофизиологического состояния методами психофармакологических, психотерапевтических и физических воздействий;

4. Формирование оптимальной психологической реакции на последствия психической травмы, мобилизация личности на преодоление возникших состояний, воспитание у военнослужащих необходимых волевых качеств;

5. Формирование у личного состава четких представлений о факторах риска и осознанного отношения к мероприятиям по их устранению;

6. Оптимальное разрешение психотравмирующей ситуации, восстановление социального статуса, адаптация человека к условиям внешней среды посредством стимулирования социальной активности военнослужащего, а также различными организационно-педагогическими методами;

7. Оценка физической, сенсорной и умственной работоспособности; проведение профессионально-психологической реабилитации, а при утрате профессиональной пригодности – профессиональной переориентации; ориентирование на продолжение активной служебной деятельности и выполнение обязанностей военной службы;

8. Изучение динамики изменений психических состояний в процессе реабилитации; диагностика функционального состояния физиологических систем организма; оценка эффективности и коррекция (в случае необходимости) реабилитационных мероприятий.

Анализ задач психологической реабилитации позволяет определить наиболее важные компоненты и средства, входящие в систему социально-психологической реабилитации. Таковыми могут быть: психологические, медико-биологические и организационно-педагогические.

Эффективное реабилитационное воздействие на военнослужащего позволяет осуществлять психотерапию (т. е. лечебное воздействие на человека психическими факторами).

В широком смысле слова психотерапия – это: благоприятная обстановка, хорошо организованный режим, правильно использованный досуг, а также чуткий подход к травмированному военнослужащему.

В узком смысле под психотерапией понимается планомерное психическое воздействие на человека, получившего психическую травму, словом или речью. Обычно используется в целях положительного влияния на болезненные проявления и для изменения неправильных установок травмированного военнослужащего. Различают: косвенную и прямую психотерапию.

В нашем случае для коррекции психического состояния участников боевых действий – пациентов Красноярского Гарнизонного военного госпиталя, филиала № 2, **используем метод аудиовизуальной стимуляции в качестве начального этапа восстановления психического состояния человека до этапа оказания психологической помощи.**

В работе использовался прибор Антистрессовая система «Galaxy», фирма-производитель THETA Technologies, США ($\lambda=0,25-42\text{Hz}$).

Действие прибора состоит в том, что он генерирует световые и звуковые сигналы с частотой, соответствующей частотам волн головного мозга. Сигналы поступают на зрительный и слуховой анализаторы, при

этом, за счет реакции усвоения ритма, в процесс вовлекаются корковые, лимбические структуры и ретикулярная формация головного мозга. В зависимости от программы воздействия и подаваемых частот сигналов изменяется функциональное состояние структур головного мозга.

Данный прибор состоит из электронного блока "СЗИТ-201" (светозвукового импульсного терминала), присоединенных к нему очков со встроенными светодиодами и наушников. Панель управления на "СЗИТ-201" состоит из переключателя включения/выключения питания, переключателя яркости и светового индикатора заряда батареи.

Прибор имеет различные программы воздействия. По целям их можно разделить на:

Relaxation-сессии - для глубокого отдыха и расслабления, снятия стресса, депрессии, эффекта "выгорания персонала", борьбы с алкогольной и наркотической зависимостью.

Sleep-сессии - для борьбы с бессонницей и трудностями с засыпанием. Тридцатиминутное пребывание в тета-состоянии психологически эквивалентно четырем часам сна.

Energize-сессии - для повышения энергичности и бодрости.

Learning-сессии - для лучшего усвоения нового материала, увеличивают объем запоминаемой информации.

Meditation-сессии - для сопровождения к различным видам медитации.

Breath-сессии - для занятий дыхательной гимнастикой.

Creativity-сессии - для расширения способностей к визуализации целей, психологической подготовки и усиления эффекта от спортивных тренировок, развития творческих способностей, снятия блоков с творческой фантазии.

Для изменения функционального состояние неспецифических структур головного мозга была выбрана программа «Глубокое расслабление». Время воздействия 30 минут, из которых первые 10 – это постепенный переход от частоты альфа-ритма (10 Гц) до частоты дельта-ритма (1Гц). Поступление звуковых и световых импульсов с частотой дельта-ритма происходит 15

минут. В оставшиеся 5 минут происходит переход от частот дельта- до бета-ритма (14 Гц). Симптомы снижения функционального состояния неспецифических структур головного мозга свидетельствуют о доминировании процессов возбуждения в неспецифических структурах. Человек при воздействии дельта-ритма достигает состояния глубокого сна, при котором происходит торможение не только коры головного мозга, но и нижележащих отделов, что восстанавливает функциональное состояние неспецифических структур.

Прибор имеет ряд противопоказаний для следующих случаев:

- эпилепсия;
- острые воспалительные заболевания глаз;
- опухоли головного мозга;
- острое психотическое состояние;
- тяжелое обострение соматического заболевания;
- состояние после трансплантации органов и тканей;
- беременность;
- возраст до пяти лет;
- индивидуальная непереносимость мерцающего света и звука.

Доказана эффективность применение метода аудиовизуальной стимуляции для:

1. Улучшения функционирования мозга, в частности:

- стимуляция органов чувств подобно воздействию природных факторов повышает поток информации к нервным центрам коры головного мозга, отвлекая от имеющихся проблем;
- сенсорная стимуляция приводит к улучшению функционального состояния нервных центров;
- улучшение ассоциативных связей;
- повышение мозгового кровотока;

- оптимизация активности рецепторного аппарата, балансировка экстеро- и интерорецепции.

2. Снижения стрессовых влияний, в частности:

- снижение уровня мышечного напряжения;
- нормализация вегетативных реакций;
- уменьшение эмоционального реагирования;

3. Синдрома дефицита внимания, в частности:

- снижение гиперактивности;
- улучшение концентрации, внимания, собранности.

4. Повышения успеваемости, в частности:

- оптимальная активация коры головного мозга, повышение мозгового кровотока, увеличение усвоения глюкозы способствуют улучшению усвоения информации;
- снижение эмоционального реагирования приводит к улучшению воспроизводимости информации (на экзаменах).

5. Повышения умственной и физической работоспособности.

6. Снижения уровня тревожности.

7. Нормализации сна:

- облегчаются процесс засыпания и пробуждения;
- уменьшается потребность в сне.

8. Облегчения состояния при хроническом болевом синдроме:

- активация стимулируемых сенсорных каналов снижает поток стимулов от очага боли.

9. Иммуномодулирующего эффекта:

- стимуляция синим цветом ведет к увеличению выработки мелатонина (естественный иммуномодулятор).

10. Повышения спортивной работоспособности:

- ускорение восстановительных процессов после тренировок и соревнований;

- подвод к пику спортивной формы;
- коррекция состояний предстартовой «лихорадки» и предстартовой «апатии»;
- повышение концентрации внимания.

В основе действия прибора аудиовизуальной стимуляции лежит понятие «усвоение ритма» - волны на ЭЭГ могут повторять частоту мерцающего света, особенно если она попадает в диапазон альфа или тета-частот.

Подобное воздействие оказывает и пульсирующий звук, параметры которого модулированы по соответствующей частоте, и выведены как бинауральные биения. Бинауральная пульсация, возникает в результате подачи на каждое ухо звука чистого тона, слегка отличающегося по высоте. Тогда мозг выделяет различия между звуками, получаемыми с левого и правого уха, и это воспринимается как приятный, мягко пульсирующий ритм. Мерцающий свет оказывает массажное действие на глаза, снимает утомление. Одинаковая частота сигналов, подаваемая на правый и левый анализаторы, слуховой и зрительный, синхронизирует активность правого и левого полушарий мозга, улучшает межполушарный перенос информации.

Сеансы аудиовизуальной стимуляции проводились каждый день, кроме выходных, с 15-00. Число сеансов – 10.

Программа «Глубокое расслабление», при которой достигается расслабление, схожее с глубоким сном, была выбрана для оказания воздействия на функциональное состояние неспецифических структур головного мозга.

Следующим этапом коррекции психического состояния участников боевых действий нами выбран метод арт-терапии.

Программа арт-терапевтического вмешательства при стрессовых и постстрессовых расстройствах может быть рассчитана на индивидуальный или групповой формат работы, а также на разные сроки в зависимости от условий ее проведения.

При групповом варианте САТ в ходе работы в группе могут предлагаться такие темы и виды деятельности, которые **направлены на:** снятие напряжения, достижение большей свободы творческого самовыражения (снятие «зажимов»), прояснение и коррекцию отношения пациентов к себе и другим, болезни, прошлому, настоящему и будущему и иным ключевым элементам системы значимых отношений. Рекомендуется также использовать техники, направленные на стимуляцию группового взаимодействия, прояснение и развитие групповых отношений и совершенствование различных навыков (коммуникации, планирования и реализации творческих задач и др.). Важное место в программе занимают арт-терапевтические техники, обеспечивающие развитие навыков саморегуляции. Выбор тем и техник работы в целом определяется, исходя из оценки состояния группы, этапов и задач лечения, а также мишеней воздействия.

Соответственно общей продолжительности курса арт-терапии и моменту ее начала, с точки зрения этапов развития адаптационных реакций и их различных исходов в результате психической травмы, программа может состоять из нескольких этапов, каждый из которых включает те или иные техники и виды работы.

Предложенный вид арт-терапии - **изотерапия** – терапия изобразительным творчеством, в первую очередь, - рисованием. Она дает возможность выходу внутренним конфликтам во вне; помогает понять собственные чувства и переживания; способствует повышению самооценки; помогает в развитии творческих способностей. Данный вид арт-терапии используется: для психологической коррекции клиентов с невротическими, психосоматическими нарушениями; с трудностями в общении и социальной адаптации; при внутрисемейных конфликтах. По нашему мнению, изотерапия - один из самых приемлемых для нашего контингента метод арт-терапии, так как учитывается их психическое состояние, невротические и психосоматические нарушения.

Первый этап работы в рамках программы включает начальную психологическую стабилизацию, создание безопасной среды, освоение простейших способов саморегуляции, а также поддержку и поиск новых способов коммуникации и самовыражения. Данный этап может быть рассчитан на несколько занятий. При этом участникам могут быть предложены простые виды изобразительной деятельности, например, рисование каракулей, что запускает механизм децентрирования, расширяет «регистр игры» и служит мотивирующим фактором к занятиям изобразительной деятельностью.

На данном этапе работы определенное внимание может быть уделено информированию участников занятий относительно природы психогенных (связанных со стрессом) реакций и нарушений адаптации, а также механизмам саморегуляции и выздоровления. В доступной форме участникам занятий может быть предоставлена информация о связи психики и соматики, роли психоэмоциональных стрессов, соотношении положительных и отрицательных эмоций в нарушении здоровья и выздоровлении, значении образной сферы и творческой деятельности для эмоционального здоровья, ответственности человека за переживание различных эмоциональных состояний.

Общая динамика данного этапа работы заключается в постепенной активизации процессов саморегуляции и самопознания. На протяжении всего этапа происходит дозированное возрастание психологической нагрузки и степени личностного самораскрытия.

Второй этап программы направлен на экстернализацию и начальную переработку травматического опыта на основе использования как более привычных, так и альтернативных средств коммуникации и терапевтических отношений. При этом отметим, что экстернализация – это психологический прием, при котором проблема человека рассматривается как некая внешняя воображаемая живая сущность, то есть проблема выносится вовне человека.

Одной из его особенностей является начальное выражение эмоционально-заряженного психологического материала с повышенным вниманием к его удерживанию и поддержанию оптимального уровня нагрузки.

С целью создания более безопасной атмосферы и взаимной поддержки участников занятий, на этапе начального выражения ими сложных переживаний и проблем может быть использована работа в парах. В то время как один из участников выражает свои переживания и проблемы в визуальной форме, другой вносит в его рисунок символы поддержки, в том числе пытается дорисовывать образы первого таким образом, чтобы нейтрализовать или ослабить негативные проявления, внести «ноты» надежды.

При групповом характере работы определенное внимание уделено поиску общих тем, связанных с универсальными, общегрупповыми психологическими феноменами. Некоторыми из них являются темы копинг-умений, саморегуляции, навыков социальной компетентности, связанных с выражением чувств и пониманием чувств других людей. Данные темы непосредственно касаются решения таких задач, которые связаны с особенностями биопсихосоциогенеза психогенных расстройств и личностно-ориентированной направленностью процесса.

На этом этапе важна «дозированная» психоэмоциональная личностная нагрузка, чтобы не допустить преждевременной актуализации такой личностной проблематики, когда группа еще не в состоянии ее утилизировать. Учитывая особенности контингента участников занятий, в частности, высокую чувствительность к эмоциональным стрессам и часто проявляющееся нежелание соприкасаться с эмоционально сложным материалом, важно «не испугать» участников группы, не ухудшить их мотивацию к продолжению дальнейшей работы.

Третий, основной этап программы связан с содержательной личностной переработкой опыта психической травмы, а также с личностной

реконструкцией, с перестройкой и развитием системы значимых отношений, постепенным изменением привычных схем реагирования и самооценки. В условиях арт-терапии перестройка и развитие отношений на данном этапе тесно связаны с разными формами репрезентации (образной и словесной) опыта. Принципиальное значение при этом имеет представление о том, что отношения не могут быть осознаны и изменены, пока предметы отношений не будут определенным образом репрезентированы. Данный этап занимает два дня.

Основными подлежащими репрезентированию предметами, связанными с системой значимых отношений, при этом выступают:

- личность (идентичность) участников занятий;
- их социальные роли и функции;
- их жизненные навыки (включая навыки преодоления сложных жизненных ситуаций);
- значимые другие;
- прошлое, настоящее и будущее;
- травматическое событие (опыт психической травмы) и его место в жизни;
- окружающая среда (природная, социальная, культурная среда обитания), мир в целом.

Подведение итогов и завершение программы рассчитано на последние два занятия. Эта часть программы служит обозначению основных «уроков» и открытий, связанных с предыдущими этапами, закреплению достигнутых изменений и планированию дальнейших действий, связанных с сохранением и усилением положительных эффектов работы. Важной задачей этого этапа также является выражение чувств, связанных с окончанием работы группы.

В приложении № 5 представлена «Программа коррекции психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством» с использованием метода изо-терапии.

Таким образом, в арт-терапии задействованы зрительные, слуховые, тактильные анализаторы, что в свою очередь благоприятно сказывается на физическом и психическом самочувствии человека. Арт-терапия оказывает тонизирующее, укрепляющее, успокаивающее, стимулирующее, расслабляющее воздействие на психическое и эмоциональное состояние человека. В арт-терапии используется комплекс коррекционных упражнений, которые затрагивают общее физическое развитие, эмоциональное развитие, речевое (вербальное) развитие, что в целом позитивно сказывается на социальном развитии. Арт-терапия развивает мелкую моторику, творчество и воображение, создает эмоционально-положительный настрой у участников. Ценностью арт-терапии выступает не результат (творческий продукт), а сама личность участника, что является особенно важным при работе с людьми с астеническими расстройствами. Арт-терапия— это эффективный, доступный, безопасный, интересный метод специальной психологической коррекции.

Таким образом, в течение 10 дней, нами была проведена комплексная работа, направленная на улучшение настроения, снижение высокого уровня тревожности, на улучшение памяти и внимания, на оптимизацию межличностных отношений. Результаты проделанной работы отражены в следующем разделе.

3.2. Контрольный эксперимент и его анализ

С пациентами экспериментальной группы помимо основного курса лечения проводились сеансы аудиовизуальной стимуляции и методики арт-терапии. Пациенты контрольной группы проходили только курс лечения.

Диагностика пациентов экспериментальной группы проводилась дважды, первый раз – при поступлении в госпиталь и до начала лечения и сеансов аудиовизуальной стимуляции и методик арт-терапии, второй раз – после прохождения курса лечения и сеансов аудиовизуальной стимуляции и

методик арт-терапии. Диагностика пациентов контрольной группы проводилась также дважды - при поступлении в госпиталь и повторно после пройденного курса лечения.

Для того чтобы проверить эффективность нашей работы, мы провели вторичную диагностику. Для этого были использованы те же диагностические методики, которые применялись при первичной диагностике.

По результатам повторной клинической беседы (после проведенных коррекционных программ) с пациентами Красноярского Гарнизонного военного госпиталя г. Красноярска, филиал № 2 – участниками боевых действий – установлено следующее. Все пациенты, которые ранее предъявляли жалобы на плохой сон, трудности засыпания, заметили, что сон стал лучше, ночных пробуждений стало меньше, после сна появилось чувство отдыха. Больные, жаловавшиеся на чрезмерную раздражительность, эмоциональную несдержанность, отметили, что стали спокойнее. Головные боли у шести человек не наблюдались за все время лечения, у двух человек головокружения стали реже. Пациенты, предъявлявшие жалобы на ухудшение памяти, рассеянность, трудности сосредоточения при умственных нагрузках, не заметили никаких изменений, объясняя это режимом больницы («нет умственных нагрузок», «выйдем на работу, посмотрим»). Депрессивные настроения сменились на общий положительный настрой у 2 человек из 3.

В повторной беседе с пациентами контрольной группы после курса лечения всеми пациентами отмечено общее улучшение самочувствия. Головные боли у 3 человек не наблюдались во время лечения, у 2 человек стали умереннее. Головокружения стали реже проявляться у 2 человек из 4. Просыпаться по ночам перестали 7 человек из 8, сложность засыпания перестала беспокоить 4 человек из 4. нормализовалось давление у 3 человек из 3. Пациентами, которые предъявляли жалобы на ухудшение памяти, положительных изменений не наблюдалось. Уменьшение проявления

рассеянности заметил 1 человек из 5. Реже стали замечать проявления раздражительности 4 человека из 6, изменение настроения в лучшую сторону заметили 3 человека из 6.

Результаты первичной и вторичной диагностики психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством по методике «Таблицы Шульте» представлены в таблице 7.

Таблица 7.

Результаты первичного и вторичного диагностического исследования переключаемости и объема внимания по методике «Таблицы Шульте» у участников боевых действий с астеническим расстройством

Показатель	Экспериментальная группа		Контрольная группа	
	До сеансов и лечения n=10	После сеансов и лечения n=10	До лечения n=10	После лечения n=10
Эффективность работы, сек	48,4	49,1	45	46,3*
Врабатываемость	1	0,92	1,03	1,02
Психическая устойчивость	0,96	0,99	1,03	1,05

Значимые различия по критерию Стьюдента * $p < 0,05$

Сравнительные результаты исследования эффективности работоспособности участников боевых действий по методике «Таблицы Шульте» до и после формирующего эксперимента представлены более наглядно на гистограмме (рисунок 16).

Согласно показателям средняя эффективность работоспособности среди участников боевых действий после формирующего эксперимента в экспериментальной группе изменилась в сторону увеличения на 1,44% и стала равна 49,1 сек (ранее была 48,4 сек.); в контрольной – увеличилась на 2,89% и составляет 46,3 сек. (ранее было 45 сек.).

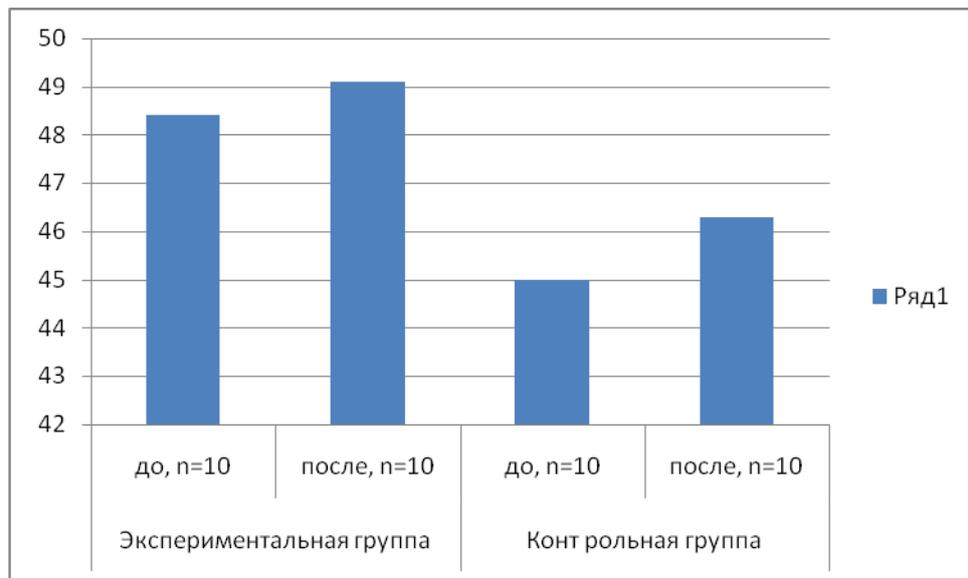


Рис. 16. Сравнительные результаты исследования эффективности работоспособности по методике «Таблицы Шульте» среди участников боевых действий с астеническим расстройством до и после формирующего эксперимента

Показатели вработываемости и психической устойчивости участников боевых действий до и после формирующего эксперимента наглядно видно из гистограммы (рисунок 17).

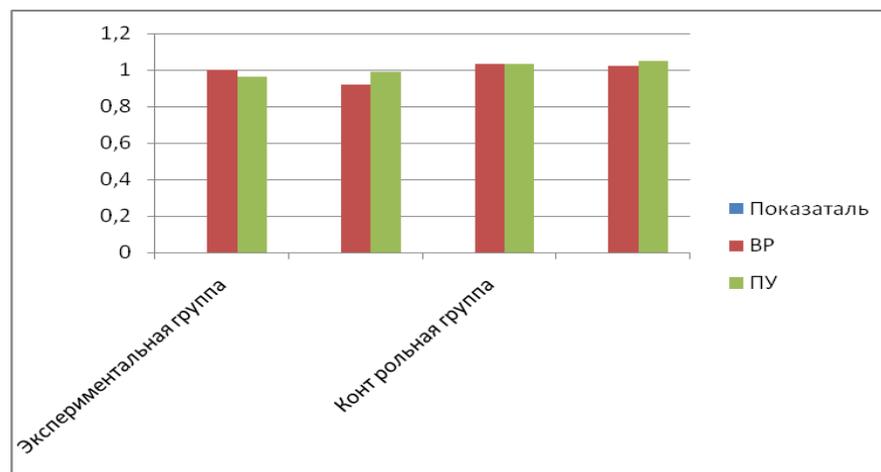


Рис. 17. Сравнительные результаты исследования вработываемости и психической устойчивости по методике «Таблицы Шульте» у участников боевых действий с астеническим расстройством до и после формирующего эксперимента

Показатель вработываемости у экспериментальной группы равен 1 до эксперимента и курса лечения и 0,92 после, то есть уменьшился на 8%. У контрольной группы показатель изменяется с 1,03 до 1,02, то есть уменьшился на 0,97%.

Показатель психической устойчивости у экспериментальной группы до лечения и эксперимента равен 0,96 после лечения и сеансов – 0,99, то есть увеличился на 3,03%. У контрольной группы этот показатель изменяется с 1,03 до 1,05, то есть увеличился на 1,9%.

По результатам изучения динамики выполнения задания в целом наблюдается колебание динамики работоспособности у обеих групп при первом и при повторном исследовании.

Результаты первичного и вторичного исследования объема кратковременной памяти, отсроченного запоминания у участников боевых действий с астеническим расстройством по методике «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия представлены в таблице 8.

Таблица 8.

Результаты первичного и вторичного исследования объема кратковременной памяти, отсроченного запоминания у участников боевых действий с астеническим расстройством по методике «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия

Показатель	Экспериментальная группа		Контрольная группа	
	До экспер-та и лечения n=10	После экспер-та и лечения n=10	До лечения n=10	После лечения n=10
Количество запомненных слов в 5 попытках	10 слов у 3 чел. 9-7 слов у 4 чел. 6-4 слов у 2 чел. 3-0 слов у 1 чел.	10 слов у 5 чел. 9-7 слов у 4 чел. 6-4 слов у 1 чел.	10 слов у 4 чел. 9-7 слов у 5 чел. 6-4 слов у 1 чел.	10 слов у 4 человека. 9-7слов у 5 человека. 6-4 слов у 1 человека.

Количество отсрочено воспроизведенных слов	10-7 слов у 1 чел.	10-7 слов у 2 чел.	10-7 слов у 3 чел.	10-7 слов у 3 чел.
	6-5 слов у 4 чел.	6-5 слов у 5 чел.	6-5 слов у 4 чел.	6-5 слов у 4 чел.
	4-3 слов у 3 чел.	4-3 слов у 2 чел.	4-3 слов у 2 чел.	4-3 слов у 2 чел.
	2-0 слова у 2 чел.	2-0 слов у 1 чел.	2-0 слова у 1 человека	2-0 слов у 1 чел.

По результатам исследования видно, что объем кратковременной памяти после формирующего эксперимента и лечения соответствует норме у 5 участников экспериментальной группы (до эксперимента и лечения норма была - у 3 участников). В контрольной группе до лечения и после изменений не произошло (рисунок 18).

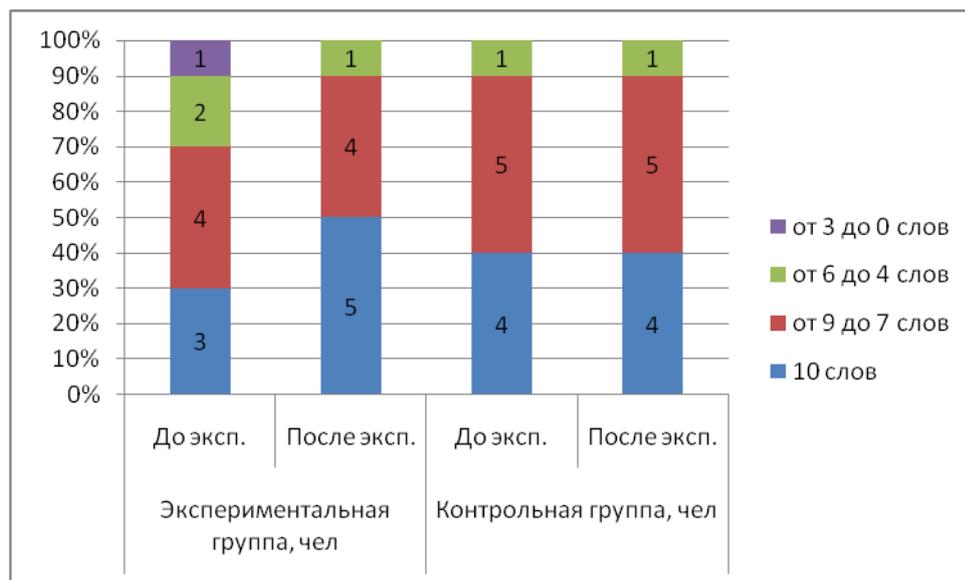


Рис. 18. Сравнительные результаты исследования объема кратковременной памяти у участников боевых действий по методике «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия до и после формирующего эксперимента

Из данных гистограммы видно, что в экспериментальной группе объем кратковременной памяти после эксперимента увеличился у 20% участников и таких участников стало 50%. Объем кратковременной памяти несколько

снижен у 40% участников экспериментальной группы до и после эксперимента. Объем кратковременной памяти снижен до эксперимента - у 20% участников экспериментальной группы, после – у 10% участников.

В контрольной группе изменений не зафиксировано по объему кратковременной памяти.

Результаты исследования отсроченного запоминания показали, что в экспериментальной группе до формирующего эксперимента и лечения и после него у 10% участников объем отсроченного запоминания близок к норме. Объем отсроченного запоминания несколько снижен до эксперимента у 40% участников экспериментальной групп, после эксперимента – у 50%. При этом, количество лиц со значительным снижением объема отсроченного запоминания в экспериментальной группе уменьшилось с 20% до 10% участников. У участников контрольной группы изменений не зафиксировано. Данные сравнения отражены в гистограмме на рисунке 19.

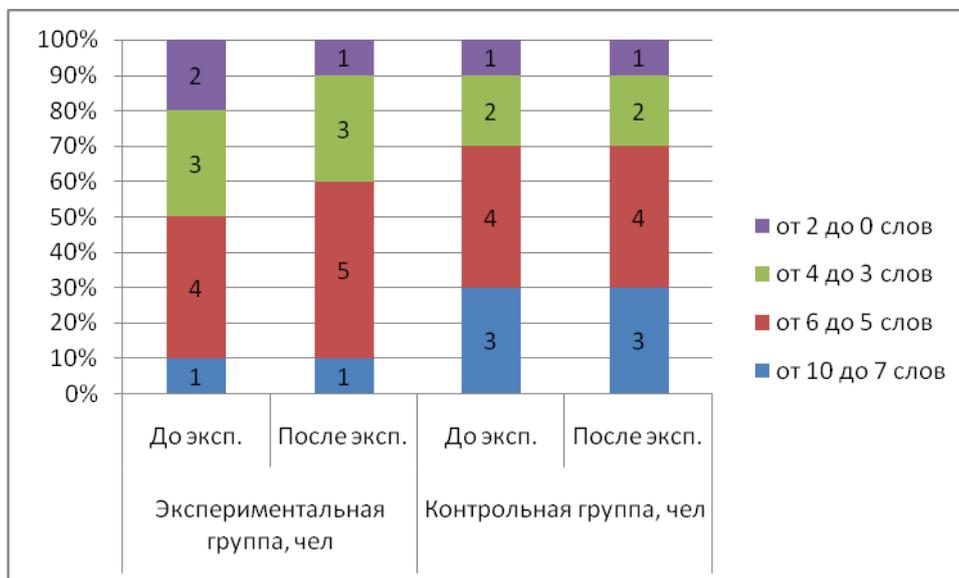


Рис. 19. Сравнительные результаты исследования объема отсроченного запоминания у участников боевых действий по методике «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия до и после формирующего эксперимента

Далее представлены сравнительные результаты первичного и вторичного диагностического изучения уровня избирательности внимания у участников боевых действий – пациентов Красноярского Гарнизонного военного госпиталя **по методике Мюнстерберга**.

Таблица 9.

Результаты первичного и вторичного диагностического исследования избирательности внимания у участников боевых действий по методике Мюнстерберга

Показатель	Экспериментальная группа		Контрольная группа	
	До эксп-та	После эксп-та	До эксп-та	После эксп-та
Время работы, сек	270	239	273	269
Успешность (А)	0,96	1,21	1,1	1,15

Данные указывают на уменьшение количества затраченного времени на выполнение задания после проведенного эксперимента и лечения – у участников экспериментальной группы на 11,48%, у участников контрольной группы – на 1,49%. Уменьшение времени выполнения задания говорит о повышении работоспособности и устойчивости внимания. Зафиксировано увеличение успешности после эксперимента: у участников экспериментальной группы – на 26,04%, у участников в контрольной группе – на 4,55%. Увеличение успешности выполнения задания показывает улучшение избирательности внимания. Из показателей гистограммы на рисунке 20 видно, что в экспериментальной группе после эксперимента высокий уровень избирательности внимания наблюдается у 10% участников, до эксперимента – таких участников не было в экспериментальной группе. Очень низкий уровень избирательности внимания в экспериментальной группе после эксперимента наблюдается у 40% участников, до эксперимента он наблюдался у 50% пациентов – участников этой группы. В контрольной группе средний уровень избирательности внимания наблюдался до эксперимента и лечения у 20% участников, после эксперимента – у 30%.

Также, замечено, что низкий уровень избирательности внимания у участников в контрольной группе до эксперимента и лечения наблюдался у 30%, после – у 20% участников, т.е. снижен на 33,3%.

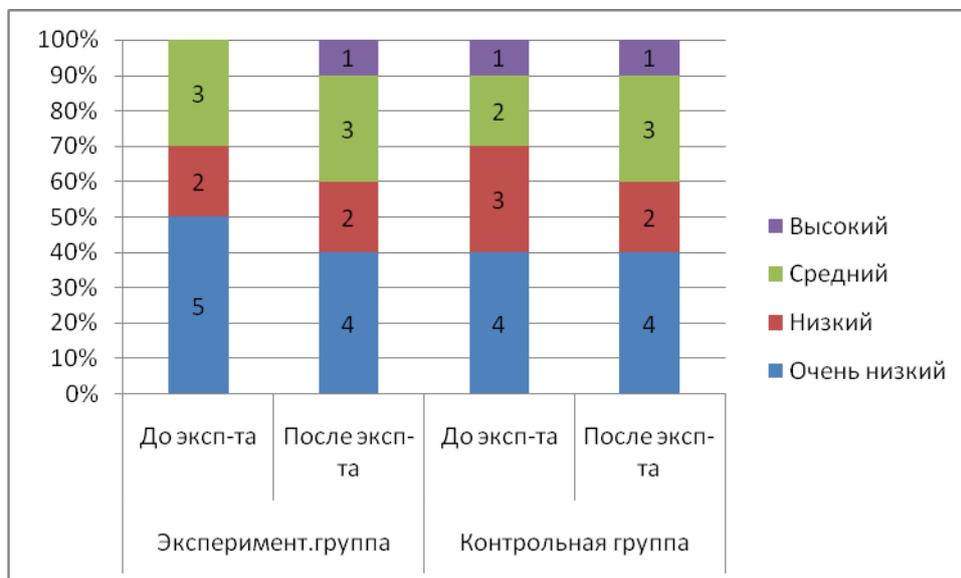


Рис. 20. Сравнительные результаты первичного и вторичного диагностического исследования уровня избирательности внимания у участников боевых действий с астеническим расстройством по методике Мюнстерберга

Далее в таблице 10 представлены сравнительные результаты исследования уровня тревожности по группам у участников боевых действий – пациентов Красноярского Гарнизонного военного госпиталя по опроснику «Исследование тревожности» (Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханин) до и после формирующего эксперимента.

Сравнительные результаты исследования уровня тревожности по группам участников боевых действий по опроснику «Исследование тревожности» (Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханин) до и после формирующего эксперимента наглядно представлены на гистограмме.

Таблица 10.

Результаты первичного и вторичного диагностического исследования уровня тревожности участников боевых действий по опроснику «Исследование тревожности» (Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханин)

Уровень тревожности	Экспериментальная группа		Контрольная группа	
	До экспер-та	После эксп-та	До экспер-та	После экспер-та
Высокий уровень	6	5	5	5
Умеренный уровень	3	4	4	4
Низкий уровень	1	1	1	1

В целом по полученным данным видно, что у испытуемых уровень тревожности снизился (рис. 21).

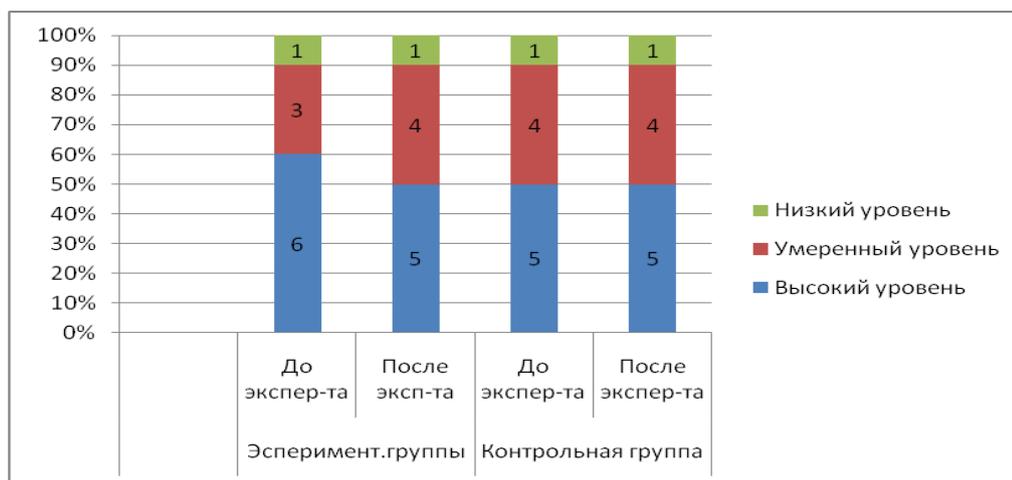


Рис. 21. Результаты исследования уровня тревожности у участников боевых действий с астеническим расстройством по опроснику «Исследование тревожности» (Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханин) до и после формирующего эксперимента

Из рисунка видно, что в экспериментальной группе после проведенного формирующего эксперимента высокий уровень тревожности зафиксирован у 50% участников, а до эксперимента он был зафиксирован у 60% участников. Умеренный уровень тревожности был отмечен у 40% участников в экспериментальной группе после эксперимента, и у 30% участников до эксперимента. Таким образом, фиксируем снижение уровня тревожности по итогам эксперимента у участников боевых действий в экспериментальной группе. Снижение данных показателей говорит об изменениях эмоционального состояния, снижении тревожности и беспокойства. В контрольной группе значительных изменений не зафиксировано.

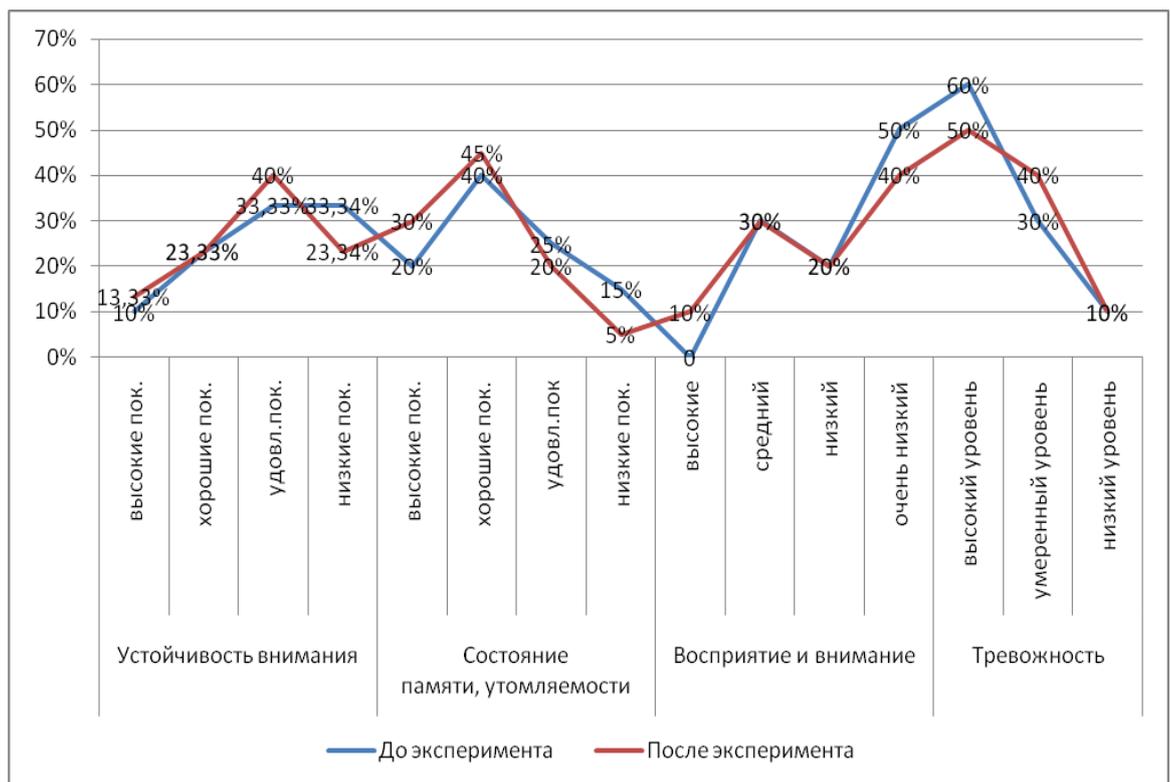


Рис. 22. Сравнительные результаты первичных и вторичных психодиагностических исследований психического состояния участников боевых действий экспериментальной группы с астеническим расстройством по всем проведенным методикам

Из рисунка 22 мы видим положительную динамику в психическом состоянии участников боевых действий. По результатам исследования устойчивости внимания среди участников экспериментальной группы мы видим, что высокие показатели объема внимания увеличились на 33,3%, низкий показатель устойчивости внимания снизился с 33,34% до 23,34% (на 30%).

По результатам исследований по методике «Запоминание 10 слов» А.Р. Лурия также видна положительная тенденция – высокие показатели состояния памяти и утомляемости зафиксированы после эксперимента у 30% участников, т.е. видим рост высоких показателей на 50%. Низкие показатели состояния памяти после эксперимента наблюдаются у 5% участников, что говорит о снижении этого показателя на 66,67%.

В результате исследования избирательности внимания среди участников боевых действий в данной группе установлено, что высокие показатели избирательности памяти после эксперимента зафиксированы у 10% участников данной группы, а при первичном исследовании данного показателя не было зафиксировано ни у кого. Очень низкие показатели избирательности внимания снизились на 20% (с 50% участников до 40% участников).

По результатам опросника, направленного на измерение уровня тревожности, также видна положительная динамика. Высокий уровень тревожности при повторном исследовании зафиксирован у 50% участников, при первичном исследовании – у 60% участников, т.е. снизился на 16,67%.

На рисунке 23 представлены результаты первичных и вторичных исследований участников боевых действий – пациентов Красноярского Гарнизонного военного госпиталя, с которыми психокоррекционная работа не проводилась. В контрольной группе мы видим, что высокая устойчивость внимания при повторном исследовании зафиксирована у 10% участников, при первичном – у 6,67% участников. По хорошим и удовлетворительным

показателям динамики нет. Низкие показатели устойчивости внимания снизились на 8,32%.

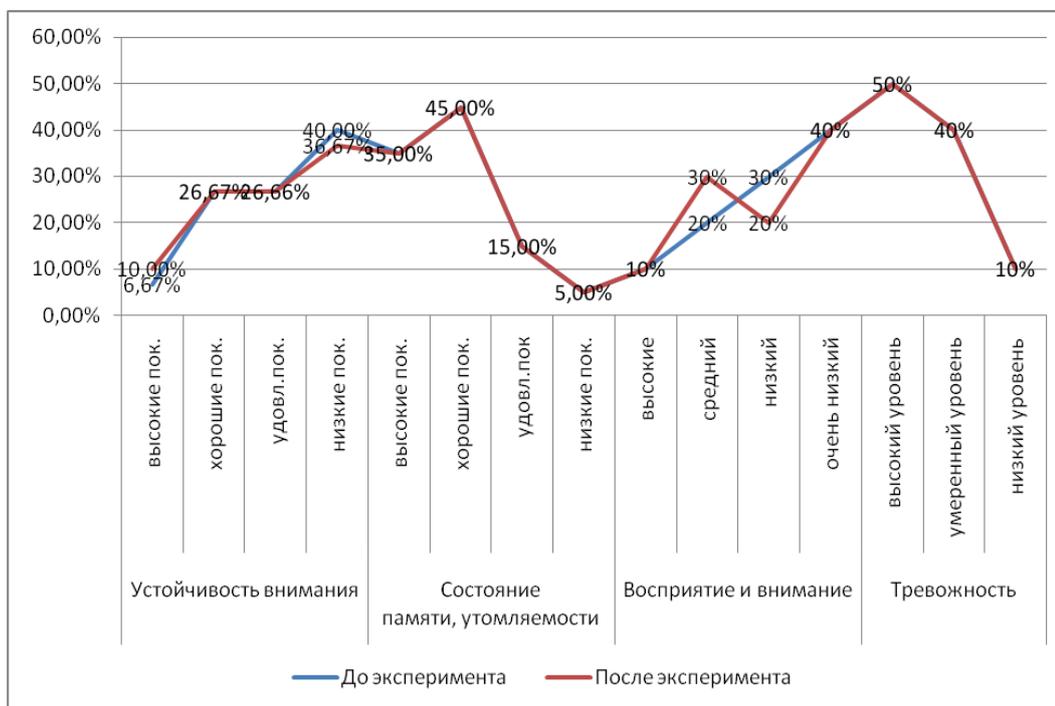


Рис. 23. Сравнительные результаты первичных и вторичных психодиагностических исследований психического состояния участников боевых действий контрольной группы с астеническим расстройством по всем проведенным методикам

При повторном исследовании состояния памяти и утомляемости у участников контрольной группы изменений не зафиксировано.

Низкий уровень избирательности внимания у участников контрольной группы при повторном исследовании снизился на 33,33% и наблюдался у 20% участников.

Уровень тревожности у участников контрольной группы при повторном исследовании динамики не показал.

Выводы по третьей главе

1. Результаты констатирующего эксперимента выявили наличие у участников боевых действий, находящихся на лечении симптомов, характерных для органического эмоционально-лабильного расстройства – головные боли, головокружения, нарушения сна, снижение мнестической деятельности (снижение памяти, рассеянность, трудности сосредоточения), утомляемость, раздражительность. С учетом полученных данных нами была разработана и апробирована коррекционная программа, включающая в себя метод аудиовизуальной стимуляции для восстановления функционального резерва организма с программой «Глубокое расслабление» для оказания воздействия на функциональное состояние неспецифических структур головного мозга и метод арт-терапии, сущность которой состоит в терапевтическом и коррекционном воздействии искусства на пациентов и проявляется в реконструировании психотравмирующей ситуации с помощью художественной деятельности, выведения переживаний, связанных с ней, во внешнюю форму через продукт творческой деятельности.

2. Коррекционная программа проводилась с участниками военных действий – пациентами Красноярского Гарнизонного военного госпиталя Филиала № 2 в течение 10 дней.

3. Вторичная диагностика, проведенная после десяти дней медикаментозного лечения и психологической коррекционной помощи, показала, что у находящихся на лечение участников боевых действий с астеническим расстройством, с которыми проводилась разработанная нами программа, улучшилось функциональное состояние неспецифических структур головного мозга, снизился уровень тревожности, наблюдается рост показателей избирательности и устойчивости внимания, объема кратковременной памяти, динамики работоспособности.

4. Результаты проведенного исследования позволяют нам сделать вывод, что разработанная нами программа коррекции психического

состояния участников боевых действий с астеническим расстройством эффективна и может быть использована в дальнейшем. Для получения более высоких результатов нужно продолжать работу в данном направлении.

Заключение

Данная работа посвящена изучению особенностей психического состояния участников боевых действий, являющихся пациентами военного госпиталя с клиническим диагнозом - органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство, (в анамнезе у всех - черепно-мозговые травмы), а также разработке и внедрению программы коррекции, направленной на улучшение функционального и психического состояния участников боевых действий.

На основании анализа психолого-медико-биологической литературы нами было определено современное состояние проблемы изучения особенностей психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством. Боевые стрессы, террористические акты, чрезвычайные ситуации ставят человека в условия выживания, когда доминирует инстинкт самосохранения. Одновременно воздействуют неблагоприятные экологические факторы, нарушаются привычные режимы жизнедеятельности, меняются жизненные стереотипы. В результате страдает не только «соматическое здоровье», но и способность быть здоровым на духовно-нравственном, нервно-психическом уровне. Анализ исследований последних лет, посвященных проблеме медицины катастроф и боевых действий показывает, что имеет место тенденция к неуклонному росту астено-невротических расстройств, обусловленных стрессогенными воздействиями.

Под астенией понимаются состояния нервно-психической слабости различного происхождения, выражающиеся преимущественно в нарушениях тонуса нервных процессов и характеризующиеся большой их истощаемостью.

Чаще всего встречаются астении психогенного происхождения, называемые неврастенией. Факторами, вызывающими неврастению являются острые или хронические психотравмирующие обстоятельства, выраженные

неблагоприятные жизненные перемены, перегрузки, конфликты. Для больных с черепно-мозговыми травмами характерно состояние, определяемое стойкостью и монотонностью, отсутствием явной связи с настроением и нагрузками. Степень выраженности данного вида астении, в таких случаях, часто бывает больше степени осознания. Утомляемость и сонливость могут возникать в покое. На фоне последствий черепно-мозговых травм кроме вышеуказанных симптомов характерна раздражительность, эксплозивность (взрывчатость), потеря памяти.

Обобщая основные теоретические положения, высказанные в трудах отечественных и зарубежных исследователей, были выделены некоторые из основных современных психологических подходов к изучению проблемы психического состояния участников боевых действий. Биологический подход к изучению человека пытается установить взаимосвязь между внешними проявлениями поведения и электрическими и химическими процессами, происходящими внутри тела, в частности в мозге и нервной системе. Сторонники такого подхода стремятся определить, какие нейробиологические процессы лежат в основе поведения и психической активности. Бихевиористский подход уделяет основное внимание наблюдаемым стимулам и реакциям. Современный когнитивизм уже не основывается на интроспекции и исходит из следующих главных положений: а) только изучая умственные процессы, мы сможем полностью понять, что делают организмы; б) объективно изучать умственные процессы можно на примере конкретных типов поведения (как, собственно, и делали бихевиористы), но объясняя его в терминах умственных процессов, лежащих в его основе. С точки зрения психоанализа объяснимо поведение участников боевых действий в посттравматическом состоянии, в том числе и об агрессивности. Феноменологический подход практически полностью сосредоточен на субъективном опыте. Редукционный подход к изучению психических состояний участников боевых действий тоже может быть приемлем и используется в современных условиях.

Исследование проблем психического состояния участников боевых действий становится все более актуальным, так как урегулирование вооруженных конфликтов и локальных войн не обходятся без осложнений, которые достаточно долго сопровождают социум и личность и продолжаются после окончания конфликта или выходом из участия. Это и обуславливает изучение психологического состояния и особенностей проявления посттравматического расстройства у людей, прошедших через вооруженные конфликты, с целью их реадaptации к условиям мирной жизни, сохранения здоровья и трудоспособности.

В процессе исследования мы предположили, что улучшение психического и физического состояния участников боевых действий пройдет успешней и эффективней при условии использования разработанной нами коррекционной программы, включающей в себя метод аудиовизуальной стимуляции, для восстановления функционального резерва организма с программой «Глубокое расслабление», и метод арт-терапии, сущность которой состоит в терапевтическом и коррекционном воздействии искусства на пациентов.

Для подтверждения гипотезы было организовано диагностическое исследование, направленное на выявление психических особенностей участников боевых действий, находящихся на лечении симптомов, характерных для астенического расстройства, в процессе которого были использованы следующие методики:

- методика «Таблицы Шульте» (исследование переключаемости и объема внимания);
- методика «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия (исследование кратковременной памяти и отсроченного запоминания);
- методика Мюнстерберга (исследование избирательности внимания);
- методика диагностики самооценки уровня тревожности Спилберга - Ханина.

Результаты исследования переключаемости и объема внимания с помощью методики «Таблицы Шульте» у участников боевых действий с астеническим расстройством показали, что среди испытуемых имеет неустойчивое внимание 80% участников, у 50% испытуемых степень вработываемости низкая, психическая устойчивость - у 15% испытуемых. Результаты исследования говорят о том, что у большинства испытуемых зафиксировано нарушения внимания, медленное включение в предложенную деятельность. Психическая устойчивость участников в большинстве случаев имеет негативную тенденцию.

Результаты исследования кратковременной памяти и отсроченного запоминания у участников боевых действий по методике «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия свидетельствуют о том, что у 20% испытуемых кратковременная память снижена и значительно снижена, у 45% - несколько снижена. Только у 35% участников объем кратковременной памяти соответствует норме. Объем отсроченного запоминания соответствует норме у 20% участников. В большинстве – объем отсроченного запоминания очень низок. Можно говорить о проблеме с отсроченной памятью и непосредственной памятью у большинства испытуемых.

По результатам исследования избирательности внимания по методике Мюнстерберга можно сказать, что у большинства участников низкий уровень избирательности внимания, что свидетельствует о низкой психической активности данного контингента.

Результаты изучения показателей реактивной и личностной тревожности участников боевых действий по методике диагностики самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина) свидетельствуют о том, что большинству участников свойственен высокий уровень тревожности. Людей с высоким уровнем тревожности (55%) отличает замкнутость и малая общительность, у них наблюдаются склонности к восприятию ситуаций как угрожающих, нервозность, беспокойство, тревожность.

Анализ полученных результатов свидетельствовал о необходимости проведения программы коррекции психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством. При планировании программы мы опирались на результаты импирических методов и психодиагностических методик. Также, учитывая тот факт, что все исследуемые будут проходить медикаментозное лечение.

Коррекционная программа состоит из двух частей. Первая часть основана на психосоматическом методе – метод аудиовизуальной стимуляции в качестве начального этапа восстановления психического состояния человека до этапа оказания психологической помощи. Вторая часть программы основана на методе арт-терапии, в частности использовалась изо-терапия, которая основывается на открытиях психоанализа. Программа реализовывалась в течение двух недель (июнь 2016 года).

Оценка результатов исследования эффективности программы определялась с помощью повторного психодиагностического обследования с использованием методов и методик, которые мы применяли для реализации констатирующего эксперимента.

В экспериментальную группу вошли участники боевых действий с наиболее низкими показателями по результатам всех проведенных психодиагностических методик. Анализ полученных результатов проводился в виде соотнесения данных с уровнями результативности констатирующего эксперимента.

После проведенной психокоррекционной работы мы наблюдали положительную динамику в психическом состоянии участников боевых действий. По результатам исследования устойчивости внимания среди участников экспериментальной группы мы видим, что высокие показатели объема внимания увеличились на 33,3%, низкий показатель устойчивости внимания снизился с 33,34% до 23,34% (на 30%).

По результатам исследований по методике «Запоминание 10 слов» А.Р. Лурия также видна положительная тенденция – высокие показатели состояния памяти и утомляемости зафиксированы после эксперимента у 30% участников, т.е. видим рост высоких показателей на 50%. Низкие показатели состояния памяти после эксперимента наблюдаются у 5% участников, что говорит о снижении этого показателя на 66,67%.

В результате исследования избирательности внимания среди участников боевых действий в данной группе установлено, что высокие показатели избирательности памяти после эксперимента зафиксированы у 10% участников данной группы, а при первичном исследовании данного показателя не было зафиксировано ни у кого. Очень низкие показатели избирательности внимания снизились на 20% (с 50% участников до 40% участников).

По результатам опросника, направленного на измерение уровня тревожности, также видна положительная динамика. Высокий уровень тревожности при повторном исследовании зафиксирован у 50% участников, при первичном исследовании – у 60% участников, т.е. снизился на 16,67%.

Изменения в психическом состоянии участников боевых действий контрольной группы, с которыми психокоррекционная работа не проводилась, незначительны.

В контрольной группе мы видим, что высокая устойчивость внимания при повторном исследовании зафиксирована у 10% участников, при первичном – у 6,67% участников. По хорошим и удовлетворительным показателям динамики нет. Низкие показатели устойчивости внимания снизились на 8,32%.

При повторном исследовании состояния памяти и утомляемости у участников контрольной группы изменений не зафиксировано.

Низкий уровень избирательности внимания у участников контрольной группы при повторном исследовании снизился на 33,33% и наблюдался у 20% участников.

Уровень тревожности у участников контрольной группы при повторном исследовании динамики не показал.

В целом, по приведенным результатам методик можно говорить об изменениях в сторону улучшения свойств внимания (устойчивость, концентрация, избирательность), объема памяти, эмоционально-личностных характеристик (тревожность). Также произошли изменения общего самочувствия и снижение выраженности симптомов (головные боли, нарушения сна, головокружения).

Результаты проведенного исследования позволяют нам сделать вывод, что разработанная нами программа коррекции психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством эффективна и может быть использована в дальнейшем. Для получения более высоких результатов нужно продолжать работу в данном направлении.

Данная программа может быть использована не только для участников боевых действий, но и для любой группы лиц, подвергшихся стрессогенным воздействиям.

Библиографический список

1. Абалкина М.А., Абашкина Е.Б. Современные концепции личности в американской гуманистической психологии: Личность. Общение. Групповые процессы: Сборник обзоров/АН СССР. ИНИОН. М.: 1991.
2. Абдурахманов Р.А. История психологии: идеи, концепции, направления. 2-е изд., стер. - М.: МПСИ, 2008. – 326 с.
3. Абдурахманов Р.А. Психологические трудности в общении, их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане. Дисс. канд. психол. наук. - М.: ВПА, 1994. - 223 с.
4. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни М.: - Наука, 1989. 248 С.
5. Агрель Я. Стресс: его военные следствия психологические аспекты проблемы./В кн.: Эмоциональный стресс.- Л.: Медицина, 1970. - С.248-254.
6. Акимов Г.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И. Некоторые вопросы организации психоневрологической помощи во время Великой Отечественной войны // Военно-мед. журнал. 1985. - №11. - С.18-21.
7. Алалыкина Н.Н. Эффективность психолого-акмеологической реабилитации военнослужащих: Автореф. дис. канд. психол. наук. М./Под ред. О.В. Красновой. М., 2002.
8. Александров Ю.И. Психофизиология: Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2002. – 496 с.
9. Александровский Ю.А. Психогении в экстремальных ситуациях. – М., 1991 – 115 с.
10. Апчел В. Я., Цыган В. Н. Стресс и стрессоустойчивость человека. СПб.: Питер, 1999.
11. Аррингтон Д. Работа с чувствами горя и утраты в арт-терапии // Исцеляющее искусство: Международный журнал арт-терапии. 2011.
12. Арт-терапия жертв насилия / Под ред. А. И. Копытина. М.: Институт психотерапии, 2009.

- 13.Аткинсон Р. Введение в психологию – М.: 2003 – 672 с.
14. Барабаш А. Влияние боя на психику воина. // Ориентир. - 2004. - № 6.
- 15.Безруких М.М., Фабер Д.А. Психофизиология. Словарь. – М.: ПЕР СЭ, 2006. – 128 с.
- 16.Беспалько И. Г. Шкала для психологической экспресс-диагностики слабоструктурированных депрессивных расстройств. Пособие для врачей и психологов.-СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2004.
- 17.Буклина С.Б. Нарушения памяти и глубинные структуры головного мозга // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова – 1999. - №9. – С. 567-572.
- 18.Выготский Л.С. Проблемы развития психики/Под ред. А. М. Матюшкина. – М.: Педагогика, 1983. Т. 3. – 368 с.
- 19.Выготский Л.С. Психология и учение о локализации психических функций // Л.С. Выготский. Собр. соч.: В 6 т. — М.: Педагогика. 1982. — Т. 1.
- 20.Газенко О.Г. Человечество и космос. М., 1987.
- 21.Гиндикин В.Я. Психиатрия для клинических психологов и психотерапевтов – М.: Высшая школа психологов. 2001.
- 22.Грингут К.Э. https://www.b17.ru/article/three_approach/ Сайт Психологи на b17.ru.
- 23.Грошилин С.М. Пути совершенствования организации оказания медицинской помощи пострадавшим. Архангельск: 2001.
- 24.Дыбов М.Д., Белякин С.А., Голов Ю.С., Белинский А.В. Применение биоакустической психокоррекции в реабилитации больных с астено-невротическими состояниями // Актуальные проблемы сохранения психического здоровья военнослужащих и медицинской реабилитации больных психоневрологического профиля. – Сборник научных трудов,

- посвященный 15-летию 6 ЦВКГ МО РФ под ред. С.А. Белякина, А.В. Белинского. - М., 2004. - С. 131-133.
25. Дыбов М.Д., Шевченко В.Ф., Ситников А.Г. Биоакустическая психокоррекция при невротических нарушениях // Воен.-мед. журн. – 2000. - № 1. - С. 46-49.
26. Зеленков М.Ю. Морально-психологическая подготовка войск в армиях зарубежных стран// Зарубежное военное обозрение. 2000. - № 11.
27. Зеленков М.Ю. Социальная конфликтология. // Уч. пособие. – М.: 2003.
28. Зимбардо Ф., Сворт Р., Сворт Р. Время как лекарство. – СПб.: Питер, 2014. – 352 с.
29. Караяни А., Сыромятников И. Прикладная военная психология. Учебно-методическое пособие. - СПб.: Питер, 2006.
30. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. - М., 2004.
31. Классификация болезней в психиатрии и наркологии: Пособие для врачей. / Под ред. М.М. Милевского. – М.: Триада-Х, 2006. – 184 с.
32. Клочков Н.Д., Герасимов С.М., Сидорин В.С., Тимофеев И.В. Причины летальных исходов при ранениях / Хирургическая помощь раненым по опыту войны в Республике Афганистан. Т.232. с.-п.: ВМА, 1993. - С. 43-63.
33. Колодзин Б. Как жить после психической травмы. // Изд-во: Центр «Школа реабилитации» воинов-афганцев в Зеленограде, 2001. – 107 с.
34. Колосов А. Боевой стресс и его психологические последствия // «Ориентир» - 2011. - № 5.
35. Котенев И.О. Особенности психологических реакций на чрезвычайные обстоятельства. М.: - Наука, 2009.
36. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра// Практическая медицина – М., 2011.
37. Кушнер Ю.З. Методология и методы педагогического исследования: Учебно-методическое пособие. – Могилев: МГУ им. А.А. Кулешова, 2001. – 66 с.

38. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования// Эмоциональный стресс: физиологические и психологические реакции/ Под ред. Л.Леви, В.Н.Мясищева. Л., 1970.
- 39.Ласков Б.И. Исследование больного в клинике нервных болезней. Изд.2-е. Воронеж. 1980.
- 40.Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. — М.: Политиздат, 1972. — 224 с.
- 41.Лесной Н.. После войны. — ГЕО, 2006. — № 2.
- 42.Лобзин В.С. Систематика и дифференциация астенических состояний // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1989. - №11. — С. 7-11.
- 43.Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях мозга. — М.: Академ. проект, 2000, 3-е изд. — 102 с.
- 44.Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. — СПб.: Питер, 2007. — 624 с.
- 45.Льонгберг Л. Стресс: его военные следствия. Медицинские аспекты и проблемы / В кн.: Эмоциональный стресс. Л.: Медицина, 1970. - С.255-260.
- 46.Ляховский А., Забродин В. Тайны афганской войны — М.: - Планета, 1991.
- 47.Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: МКБ-10. Т.1. — М.: Медицина, 2003. — 569 с.
- 48.Мороз И.Н. Особенности астенических расстройств по данным отделения неврозов и пограничных состояний // Вопросы клиники, диагностики и терапии психических и наркологических заболеваний. — Челябинск, 2001. — С. 72-74.
- 49.Мощанский И.Б. Испытание огнем. — М.: Вече, 2010.

50. Мясищев В.Н. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — Изд. 2-е, доп. и перераб.. — СПб.: Питер, 2000. — С. 394-195.
51. Осипова А.А. Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. - Ростов н/Д: Феникс, 2005. - 315 с.
52. Павлов И.П. Рефлекс свободы. – СПб.: Питер, 2001. – 432 с.
53. Пашукова Т.И., Допира А.И., Дьяконов В.Г. Практикум по общей психологии: Учебное пособие. – М.: Издательство "Институт практической психологии", 2006. – 345 с.
54. Проблемы военной психологии: Хрестоматия / Сост. К.В.Сельченко; под общ. ред. А.Е.Тараса. – Мн.: Харвест, 2003.
55. Психологические тесты: В 2 т. / Под ред. А.А.Карелина. – М.: Владос, 2001.
56. Психология и педагогика. Военная психология. Учебник. Под ред. А.Г. Маклакова. М., 2004.
57. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: Медиасфера, 2002. – 312 с.
58. Руководство пользователя антистрессовой системы «Galaxy» и рекомендации по применению – Theta Technologies Inc., 1998. – 14 с.
59. Свядош А.М. Неврозы. Руководство для врачей. М., 1997.
60. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1982.
61. Смулевич А.Б. Расстройства личности. – М.: МИА, 2007.
62. Снедков Е., Резник А., Трущелев С. Реакции боевого стресса: Учебное пособие. – М.: Медкнига, 2007.
63. 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.
64. Собчик Л.Н. Методы психологической диагностики. – Москва:, 1990.

- 65.Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е. Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у ликвидаторов последствий аварий на ЧАЭС// Психологический журнал, 1994 – №5. - С. 67-77.
- 66.Ушаков И.Б., Бубеев Ю.А. Боевой стресс: Психофизиологические маркеры устойчивости // Сб. научных трудов симпозиума, посвященного 75-летию ГНИИИ, М.: Истоки, 2005. - С. 10 -12.
- 67.Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. – М., 1989.
- 68.Храменашвили В.В. Астения как раннее проявление дезадаптации. Гуманитарный вестник, 2013, вып. 12.
<http://hmbul.bmstu.ru/catalog/prmed/hidden/143.html>
- 69.Черкасов А. Формировать готовность к бою // Ориентир. – 1995. - № 6.
- 70.Чутко Л.С. Психовегетативные расстройства в клинической практике. – СПб.: Наука, 2005.
- 71.Шаров Р.А., Козлова И.Ю. Влияние курсового применения аудиовизуальной стимуляции на некоторые характеристики функционального состояния организма // Вестник Российской Военно-медицинской академии, 2007. – № 13 (19). - С. 24-27.
- 72.Шерман М.А. Состояние неспецифических систем головного мозга при легкой боевой черепно-мозговой травме // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2001. - №8. – С. 456-460.
73. Причины образования и развития психических состояний. Источник: <https://odepressii.ru/psihicheskie-rasstroystva/sostoyaniya.html> ©
odepressii.ru.
- 74.Andersen, K.L. Physiological indexes of physical performance capacity /K.L. Andersen, J. Rutenfranz // Measurement in health promotion and protection. – 1987.
- 75.Health and subjective well-being: a meta-analysis /M.A. Okun, W.A. Stock, M.Y. Harring, R.A. Wetter // Int J. Aging Hum Dev. - 1984. - Vol. 19. - P. 111-130.

76.Porges, S.W. Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory /S.W. Porges // Psychophysiology. – 1995. – Vol. 32. Strelau, J. Temperament: A psychological perspective /J. Strelau. - New York: Plenum, 1999. – 380 p.

Приложение 1.

Методика «Таблицы Шульте»

Предлагается пять таблиц с 25 цифрами в каждой, расположенные в произвольном порядке. Нужно отыскать, показать и назвать числа в порядке их возрастания. Проба повторяется с пятью разными таблицами.

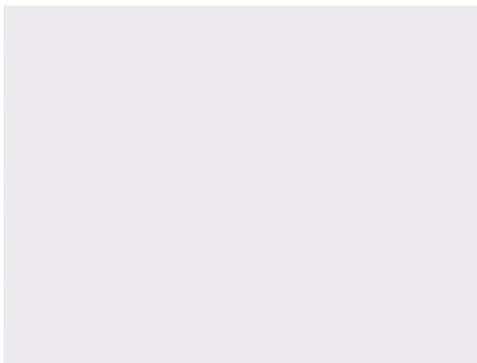
14	9	2	21	13
22	7	16	5	10
4	25	11	18	3
20	6	23	8	19
15	24	1	17	12

2	13	1	8	20
17	6	25	7	11
22	18	3	15	19
10	5	12	24	16
14	23	4	9	21

21	11	1	19	24
2	20	18	5	10
4	13	25	16	7
17	6	14	9	12
22	3	8	15	23

5	21	23	4	25
11	2	7	13	20
24	17	19	6	18
9	1	12	8	14
16	10	3	15	22

3	17	21	8	4
10	6	15	25	13
24	20	1	9	22
19	12	7	14	16
2	18	23	11	5



Приложение 2.**Методика «Заучивание 10 слов» А.Р. Лурия****Инструкция проведения теста.**

ТЕСТ: лес, хлеб, окно, стул, вода, брат, конь, гриб, игла, мед.

1. Прослушать 10 слов и сразу же их повторить в любом порядке.
2. После повторного прослушивания этих же слов необходимо повторить их, - и те, которые Вы уже называли, и те, которые в первый раз пропустили. Порядок слов не важен.
3. После каждого последующего прослушивания (3-5 раз) 10 слов испытуемый без дополнительных инструкций повторяет слова.

Экспериментатор каждый раз ставит крестики под словами, которые воспроизвел испытуемый.

Если испытуемый называет какие-либо лишние слова, экспериментатор обязательно записывает их рядом с крестиками, а если слова эти повторяются, ставит крестики и под ними.

После пятикратного повторения слов экспериментатор переходит к другим экспериментам, а в конце исследования, т. е. примерно спустя 50-60 мин, снова просит воспроизвести эти слова (без напоминания).

Протокол эксперимента

Количество повторений	Лес	Хлеб	Окно	Стул	Вода	Брат	Конь	Гриб	Игла	Мед
1	+		+		+	+				
2	+		+			+		+		
3	+	+			+	+		+		
4	+	+								+
5	+	+			+	+		+		
Спустя час		0				0		0		

По этому протоколу может быть составлена «кривая запоминания». Для этого по горизонтальной оси откладываются номера повторения, а по вертикальной — число правильно воспроизведенных слов.

По форме кривой можно делать некоторые выводы относительно особенностей запоминания

Приложение 3.

Тест Мюнстерберга для диагностики избирательного внимания

Среди буквенного текста имеются слова. Ваша задача - как можно быстрее считывая текст, подчеркнуть эти слова.

Пример: «лгцьбапамятьшогхеюжп». Время выполнения задания — 2 минуты.

бсолнцевтргщоцрайонзгучновостьхэьгчяфактуекэкзаментроч
 ягшгцкпрокуроргурстабюетеорияентсджэбьамхоккейтрсицы
 фцуигзхтелевизорсолджщзхюэлгцьбапамятьшогхеюжпждргщ
 хэнздвосприятиейцукенгшщзхьвафыапролдблюбовьавфырпл
 ослдспектаклячсмитьбюжюерадостьвуфцпэждлорпкнародш
 лджьхэшщгиенакуыфйшрепортажэждорлафывюефьбконкурс
 йфячыщувскапрличностьзхжэьеюдщгложэпрплаваниедтлж
 эзбьтрдшшжнпркывкомедияшлджкуйфотчаяниейфоячвтлджэ
 хьфтасенлабораториягщдщнруцтргшщтлроснованиезщдэркэ
 нтаопрукгвсмтрпсихиатриябплмстчьйсмтзацэьагнтэхт

Приложение 4.

Исследование уровня тревожности (Ч.Д. Спилбергер - Ю.Л. Ханин)

Прочитай внимательно каждое утверждение и выбери, в соответствующей графе, справа, подходящий тебе ответ на данный момент.

Я спокоен	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
Мне ничто не угрожает				
Я нахожусь в напряжении				
Я внутренне скован				
Я чувствую себя свободно				
Я расстроен				
Меня волнуют возможные неудачи				
Я ощущаю душевный покой				
Я встревожен				
Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения				
Я уверен в себе				
Я нервничаю				
Я не нахожу себе места				
Я взвинчен				
Я не чувствую скованности, напряжения				
Я доволен				
Я озабочен				
Я слишком возбужден и мне не по себе				
Мне радостно				
Мне приятно				
У меня бывает приподнятое настроение	Никогда	Почти никогда	Часто	Всегда
Я бываю раздражительным				
Я легко расстраиваюсь				
Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие				
Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть				
Я чувствую прилив сил и желание работать				
Я спокоен, хладнокровен и собран				
Меня тревожат возможные трудности				
Я слишком переживаю из-за пустяков				
Я бываю вполне счастлив				
Я все принимаю близко к сердцу				
Мне не хватает уверенности в себе				
Я чувствую себя беззащитным				
Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей				
У меня бывает хандра				
Я бываю доволен				
Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня				
Бывает, что я чувствую себя неудачником				

Я уравновешенный человек				
Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах				

Приложение 5.**Программа коррекции психического состояния участников боевых действий с астеническим расстройством с использованием метода изо-терапии**

Учитывая контингент, место нахождения - лечебное учреждение - и ограниченность во времени, занятия проводились через день по 1-1,5 часа. Группы сформированы по 5 человек. На каждого пациента - семь занятий. Упражнения составлены в соответствии с поэтапным проведением работы в рамках программы.

Упражнение № 1. Изображение дыхания

Цель: научить владеть внутренним состоянием через регулирование дыхания.

Рекомендуемое время на выполнение упражнения (включая описание и анализ): 45–60 минут.

Материалы: бумага для рисования формата А4 и А3, масляная пастель черного цвета.

Инструкция:

Подготовка. Необходимо сесть удобно на стуле, чтобы спина была прямая и стопы равномерно прилегали к полу. Обратите внимание на дыхание: насколько оно поверхностное или глубокое; каков ритм дыхания – частый, редкий, средний. Почувствуйте движения грудной клетки, связанные с вдохом и выдохом. Насколько ваше дыхание равномерное?

Основная часть:

1. Начните рисовать черной масляной пастелью разные линии на листе А3. Линии могут быть короткими или длинными, тонкими или толстыми, прямыми или извилистыми. Попробуйте разную степень нажима. Можете ставить пунктирные линии и точки.

2. Сфокусируйтесь на дыхании. При каждом вдохе и выдохе представляйте их мысленно в виде линий и затем начните изображать эти линии на листе А4. Можете использовать разные виды линий, которые вы

исследовали на предыдущем этапе. Продолжайте делать это в течение примерно пяти минут. Если вы чувствуете себя достаточно комфортно, можете закрыть глаза и рисовать с закрытыми глазами.

3. Измените характер дыхания, стараясь сделать его несколько более редким и глубоким. Используйте в процессе дыхания живот, почувствуйте движения брюшной стенки по мере углубления дыхания. Продолжая дышать более глубоко, можете мысленно произносить: «Я вдыхаю покой. Я выдыхаю напряжение», «Покой приходит. Напряжение уходит».

4. Возьмите другой лист бумаги А4 и в течение пяти минут сопровождайте глубокое дыхание изображением линий, соответствующих его изменившемуся характеру. Если вы чувствуете себя достаточно комфортно, можете закрыть глаза и рисовать с закрытыми глазами.

Описание и самоанализ:

1. Опишите особенности линий, которые вы нарисовали
2. Опишите различия и сходства, которые вы обнаружили, сравнивая линии на двух листах. Обратите внимание не только на особенности самих линий, но и то, как они располагаются на листе бумаги.
3. Обозначьте, как линии могут отражать разный уровень внутреннего напряжения.
4. Удалось ли вам произвольно изменить характер дыхания и повлиять на свое состояние?

Примечание: В дальнейшем вы можете пользоваться данным упражнением, произвольно меняя характер дыхания и влияя на свое состояние, снижая уровень внутреннего напряжения. Постепенно вы сможете усовершенствовать навык контроля над дыханием и психической саморегуляцией.

Упражнение № 2. Создание безопасного места

Цель: научить приобретению навыков активного воображения для поддержания внутреннего равновесия во время неприятных воспоминаний.

Рекомендуемое время выполнения упражнения (включая описание и самоанализ): 45–60 минут.

Материалы: бумага для рисования формата А3, масляная пастель или карандаши разных цветов, гуашевые краски, кисточки, палитра, вода.

Инструкция:

Подготовка.

1. Вспомните разные места, реальные и воображаемые, находясь в которых вы могли бы чувствовать себя комфортно и безопасно. Если вы не можете вспомнить ни одно из таких мест, не беспокойтесь. Постарайтесь представить его в своем воображении сейчас.

2. Представьте себе одно из таких мест как можно более ярко. Оно может быть как реальным, так и воображаемым, а также сочетать в себе признаки того и другого. Вы можете наполнить это место любимыми деталями, которые захотите, чтобы сделать его как можно более привлекательным для себя.

3. Постарайтесь живо представить себе те предметы и сенсорные характеристики, которые имеют особо важное значение для создания ощущения безопасности и комфорта. Это могут быть цветы, музыка, личные предметы и т. д.

Основная часть:

1. Нарисуйте безопасное место, которые вы представили. Можно это делать по-разному, например, изображать вид этого места сверху, сбоку, в виде схемы или более детализированного реалистического рисунка и т. д.

2. Можете обратить дополнительное внимание на те детали, которые позволяют вам чувствовать себя в безопасности и контролировать ситуацию, например: закрыта ли входная дверь, какой вид открывается за окном и т. д.

Описание и самоанализ.

1. Представьте, будто вы перенеслись в изображенное место, и попытайтесь увидеть то, что находится слева и справа, спереди и сзади от

вас, над вами и под вами. При этом вы можете при желании создать несколько дополнительных зарисовок.

2. Составьте список визуальных признаков безопасного места, которое вы изобразили. Опишите, почему каждое из них для вас имеет значение.

3. Представьте изображенное место в натуральную величину, рассмотрите детали. Подумайте, в каких ситуациях воображение такого места может быть для вас полезно. Можете ли вы хотя бы на несколько минут представлять его себе, находясь среди людей, на более длительное время, когда находитесь в уединении?

4. Запишите последовательность действий, совершаемых в воображении, которые помогут вам внутренне посещать такое безопасное место в будущем. Например, вы можете записать примерно следующее: «Отправляясь в безопасное и комфортное для себя место, я открываю дверь внутренней комнаты...». Или: «Отправляясь в безопасное и комфортное для себя место, я ступаю на лестницу, ведущую...».

Примечание: В дальнейшем вы можете упражняться, с закрытыми глазами представляя в деталях изображенное место. Вы можете также повесить свой рисунок на стенку или даже поместить его в рамку и поставить на стол для того, чтобы иметь возможность созерцать его, когда захотите. Кроме того, вы можете попытаться создать такое место в реальности. Оно может представлять собой помещение или его часть с необходимыми предметами, которые организованы с соответствии с вашими потребностями.

Упражнение № 3. Пейзажи эмоционального состояния

Цель: восстановление способностей чувствовать и осознать свои переживания.

Рекомендуемое время на выполнение упражнения (включая описание и самоанализ): 60–90 минут.

Материалы: два листа белой бумаги А4, цветные карандаши или масляная пастель, гуашевые краски, кисточки, палитра, вода.

Инструкция:

Часть первая. Подготовка.

1. Представьте себе определенный пейзаж, который мог бы служить метафорой вашего текущего эмоционального состояния или пережитой вами психической травмы (сложной жизненной ситуации). На пейзаже могут быть горы или холмы, пустыня, скалы, морской пейзаж и т. д.

2. Постарайтесь почувствовать и представить себе погодные условия, характерные для этого пейзажа и соответствующие вашему эмоциональному состоянию. Вы, в частности, можете представить себе морозную погоду и снегопад, зной, шторм или наводнение и т. д.

Основная часть:

Создайте картину, передающую тот пейзаж и те погодные условия, которые вы представили, на листе форматом А4. Добавьте детали, постарайтесь сделать картину более выразительной.

Описание и самоанализ:

1. Представьте, что может чувствовать человек, находящийся в том или ином месте на изображенной вами местности. Обозначьте чувства и физические ощущения.

2. Представьте и опишите, что делал бы человек, оказавшись в этом месте. Например, искал бы он укрытие, стоял бы на месте или спасался бегством.

3. Сфокусируйте поочередно внимание на разных деталях созданной картины и постарайтесь обозначить чувства, ассоциирующиеся с ними. Так, например, одинокое дерево может передавать переживание одиночества.

Часть вторая. Подготовка.

Представьте, как можно было бы изменить созданный вами пейзаж и состояние природы на нем:

- добавляя или заменяя некоторые элементы картины;
- меняя местами или трансформируя имеющиеся элементы;
- уменьшая или усиливая определенные части;
- изменяя погодные условия.

Основная часть.

Создайте еще одну картину, передающую измененный пейзаж или погодные условия. Доверьтесь процессу, выбирая формы и цвета, которые потребуются, чтобы сделать картину более выразительной.

Описание и самоанализ:

1. Представьте, что может чувствовать человек, находящийся в том или ином месте на изображенной вами местности. Обозначьте его чувства и физические ощущения.

2. Представьте и опишите, что делал бы человек, оказавшись в этом месте. Например, он мог бы танцевать, гулять, отдыхать, лежа на траве, любоваться пейзажем и т. д.

3. Сфокусируйте поочередно внимание на разных деталях созданной картины и постарайтесь обозначить чувства, ассоциирующиеся с ними.

4. Расположите оба рисунка рядом друг с другом и обратите внимание на сходства и различия между ними.

5. Постарайтесь объяснить письменно, почему вы предпочли бы находиться в той или иной обстановке.

Примечание: Вы можете попробовать создать несколько новых картин, передающих новые варианты трансформации исходного пейзажа. Постарайтесь выбрать из них тот, который в наибольшей мере вас устраивает.

Упражнение № 4. «Отпечатки» страха»

Цель: помочь снизить интенсивность реакций страха, понять страх и его влияние на жизнь.

Рекомендуемое время на выполнение упражнения: 60–90 минут.

Материалы: белая бумага размером А3, разделенная на шесть частей равного размера; акриловые или гуашевые краски, палитра, кисточки, вода.

Инструкция.

Подготовка:

1. Постарайтесь вспомнить некоторые страхи, которые возникают или ранее возникали у Вас вследствие пережитого психотравмирующего события.

2. Вспомните некоторые звуки, запахи, образы, места, предметы или ситуации, вызывающие у вас реакцию страха.

3. Обозначьте одну из ситуаций в вашей жизни, повторения которой вы стараетесь избежать, так как она вызывает у вас сильный страх.

4. Перечислите неприятные ситуации, при которых страх либо вовсе не проявляется, либо проявляется слабо.

Основная часть:

1. Выберите краски трех цветов, которые ассоциируются со страхом.

2. Создайте абстрактное изображение страха на одном из шести листочков бумаги. Оно должно передавать ваше восприятие страха. Затем, используя это изображение, пока краска еще сырая, вы должны создать с него отпечаток на другом листе бумаги.

3. Создайте отпечаток с этого изображения на другом листе бумаги, прикладывая его к изображению. Не переворачивая этот листок, придавите его сверху, чтобы краска лучше отпечатавалась. Затем переверните этот листок и посмотрите, что получилось.

4. Повторите то же самое, используя новый листок бумаги и помещая его поверх созданного отпечатка.

5. Повторите то же самое один или несколько раз, пока у вас остаются чистые листочки бумаги и до тех пор, пока краска еще способна оставлять следы.

Описание и самоанализ.

1. Подумайте над символикой использованных цветов и созданных изображений.

2. Расположите отпечатки в том порядке, в котором они создавались. Слева должен находиться первый рисунок, с права – последний. Обратите внимание на то, как интенсивность цветов по мере перемещения от первого

рисунка к последнему постепенно снижается. Подумайте, как это может быть связано с интенсивностью страха.

3. Выберите отпечаток, который в наибольшей степени соответствует выраженности вашего страха на сегодняшний день.

4. Вспомните про последний случай, когда вы испытывали страх. Выберите отпечаток, который по интенсивности цветов соответствует степени выраженности страха в этом случае. Проанализировав этот случай и выраженность страха, постарайтесь определить, являлся ли ваш страх: адекватным ситуации, чрезмерным, недостаточно выраженным.

5. Определите, чего вы боитесь больше всего, почему.

6. Что помогло бы вам уменьшить этот страх?

7. Посмотрите на последний рисунок из созданной серии отпечатков. Представьте, что вам удалось побороть свои страхи и уменьшить их до степени, соответствующей интенсивности цветов на последнем рисунке. Позволило бы это вам изменить свою жизнь к лучшему? Например: повысить чувство собственного достоинства, чувствовать себя более уверенно и комфортно, приступить к новой деятельности или заняться новыми хобби, изменить свои отношения с окружающими?

Примечание: используя фломастеры или масляную пастель, на пустых пространствах, оставшихся после создания последнего отпечатка, постарайтесь изобразить то, что вы представляли себе, выполняя п. 7. Данное упражнение может быть также использовано для работы с другими чувствами, такими как гнев, депрессия, вина, стыд и т. д.

3 этап

Упражнение № 5. «Прокладывая путь»

Цель: приобретение уверенности в себе, помощь в раскрытии положительных качеств своей личности и внешних ресурсов.

Время на выполнение упражнения (включая описание и самоанализ): 60–90 минут.

Материалы: белая бумага размером А3; бумага или картон формата А4 разных оттенков; карандаши; клей, ножницы.

Инструкция.

Подготовка:

1. Составьте список различных положительных, ценных человеческих качеств, которыми вы обладаете.

2. Подумайте и кратко опишите, как пережитая психическая травма или сложная жизненная ситуация повлияли на эти качества.

3. Обозначьте новые положительные качества, которые появились у вас в результате переживания и преодоления психической травмы (сложной жизненной ситуации).

Основная часть.

1. Выберите по листу цветной бумаги или картона для каждого положительного, ценного человеческого качества, которыми вы обладаете.

2. Вырежьте из них силуэты камней овальной формы примерно 25 см в диаметре, на которые вы могли бы наступать. Напишите на них названия положительных человеческих качеств, которыми вы обладаете.

3. Выберите по листу цветной бумаги или картона для каждого положительного качества, согласно следующему списку (если некоторые из этих качеств совпадают с теми, которые вы уже обозначили как характерные для себя, то выбирать для них бумагу или картон не надо): решимость и вера в возможность преодоления препятствий; сила воли и смелость; готовность к борьбе; вера в себя и других людей; готовность трезво оценить ситуацию и искать выходы из нее; взятие ответственности на себя; способность управлять своим состоянием и сохранять самообладание; креативность и открытость сознания; умение смотреть на ситуацию в новом, необычном ракурсе; чувство юмора.

4. Вырежьте из цветной бумаги или картона еще один набор силуэтов камней овальной формы примерно 25 см в диаметре. Напишите на них

названия положительных человеческих качеств, которые включены в этот список.

5. Вырежьте из бумаги и картона определенного цвета форму примерно 50 см в диаметре, обозначающую психическую травму или сложную жизненную ситуацию, и поместите ее в определенное место на построенном вами пути.

6. Вырежьте из бумаги и картона определенного цвета форму примерно 50 см в диаметре, обозначающую окончательное преодоление психической травмы и достижение состояния относительного или полного благополучия, и поместите ее в определенное место на построенном вами пути.

7. На листе А3 создайте рисунок, схематично обозначающий постепенное преодоление вами психической травмы или сложной жизненной ситуации. Путь может быть прямым, извилистым, спиралевидным, напоминающим лабиринт. Начало и завершение, обозначающее окончательное преодоление психической травмы, могут находиться в центре, с краю или на разных концах пути.

8. Постройте символический путь, передающий постепенное преодоление вами психической травмы или сложной жизненной ситуации, располагая на полу вырезанные цветные формы камней, а также две формы, обозначающие травму и ее окончательное преодоление. Этот путь должен начинаться с формы, передающей травму, и заканчиваться формой, обозначающей ее окончательное преодоление.

Описание и самоанализ:

1. Запишите, почему вы выбрали те или иные цвета для обозначения ваших положительных качеств и положительных качеств, включенных в готовый список (вы также можете обладать некоторыми из них).

2. Поясните, почему вы изобразили путь преодоления травмы в той или иной форме. Как эта форма может передавать ваши ощущения или представления, связанные с исцелением и преодолением препятствий?

3. Запишите, в каком месте на построенном вами пути вы себя ощущаете в настоящий момент.

4. Обозначьте те дополнительные качества, которые вам необходимы для того, чтобы более успешно преодолеть последствия травмы, и которые вы хотели бы включить в построенную вами картину пути.

5. Подумайте и запишите, как вы могли бы развить в себе эти качества.

Примечание: Вы можете использовать в дальнейшем созданный вами путь, если испытываете сложности или сомнения в возможности преодоления психической травмы или сложной жизненной ситуации. Вы можете не только укреплять в себе решимость и веру в ее преодоление, но и уточнять, какие качества вам необходимы для этого.

Упражнение № 6. Образ «Я»

Цель: изменить негативное представление о себе на более позитивное

Время на выполнение упражнения (включая описание и самоанализ) : 60-90 минут.

Материалы: белая бумага для рисования размером А2, разделенная на две части (либо четыре листа размером А4). Из них два листа будут использованы при выполнении первой части задания; цветная бумага или картон для создания рамки для своего изображения; две ксерокопии своего недавнего фото, цветные карандаши; клей, ножницы.

Инструкция.

Первая часть. Подготовка.

Подумайте над тем, как пережитая когда-либо психическая травма или сложная жизненная ситуация (в том числе повторяющиеся неприятные события) повлияли на ваше отношение к себе, включая ваше представление о себе как личности, своих интеллектуальных и эмоциональных возможностях, внешности и физических качествах и т. д.

Основная часть.

1. Используя цветную бумагу или картон, создайте либо нарисуйте рамку, в которую вы могли бы поместить свое изображение (ксерокопию

своей фотографии). Такая рамка должна символизировать пережитую вами когда-либо психическую травму или сложную жизненную ситуацию (в том числе повторяющиеся неприятные события в вашей жизни, «удары судьбы»). По размеру она должна соответствовать формату бумаги А4.

2. Поместите черно-белую ксерокопию своей фотографии внутрь рамки (при ксерокопировании ваша фотография должна быть увеличена или уменьшена до размера А4).

3. Приклейте рамку и изображение на лист более плотной бумаги А4.

4. Выберите карандаши одного или нескольких цветов, чтобы раскрасить копию своей фотографии или нарисовать на ней определенные детали, чтобы передать то, как травма или неприятные события вашей жизни повлияли на ваше представление о себе.

Описание и самоанализ:

1. Посмотрите на свое изображение и подумайте, почему вы выбрали именно эту фотографию.

2. Подумайте, почему вы изобразили или создали для своего образа именно такую рамку. Какой смысл или переживания вы вкладывали в цвета или формы рамки.

3. Какую связь эти особенности имеют с перенесенным травматическим или неприятным событием?

4. Запишите названия цвета (цветов), которые вы выбрали для раскрашивания своего изображения. Подумайте, почему вы выбрали именно этот цвет (цвета)? Какое символическое значение они имеют?

5. Опишите, что вы чувствуете по поводу того, что поместили свой образ в рамку, обозначающую перенесенное травматическое или неприятное событие. Как оно повлияло на ваше восприятие себя?

Вторая часть. Подготовка:

1. Посмотрите на то, что вы создали на первом этапе выполнения этого упражнения, и представьте, что изображенный человек – это не вы, а кто-то другой.

2. Какие чувства вы испытали бы по отношению к этому человеку, если бы узнали, что он перенес?

Основная часть.

1. Создайте новую рамку для этого человека на фотографии, стремясь улучшить его представление о себе, показывая, что перенесенная психическая травма или сложные жизненные обстоятельства – это далеко не все, что может определять самооценку человека.

2. Вырежьте эту рамку и поместите ее на новый лист бумаги формата А4.

3. Поместите новую копию фотографии (той же самой, которую вы использовали при выполнении первой части данного задания) в рамку и затем приклейте рамку и фотографию к листу плотной бумаги.

4. Выберите один или несколько цветных карандашей, чтобы передать иное восприятие образа человека на фотографии, а затем раскрасьте его образ.

Описание и самоанализ:

1. Подумайте, почему вы изобразили или создали для своего второго образа именно такую рамку.

2. Какой смысл или переживания вы вкладывали в цвета или формы этой второй рамки?

3. Запишите названия цвета (цветов), которые вы выбрали для раскрашивания второго изображения. Подумайте, почему вы выбрали именно этот цвет (цвета)? Какое символическое значение они имеют?

4. Сравните два образа. Как созданные рамки и раскраска изображения влияют на восприятие вашего изображения?

5. Если бы вы сохранили вторую рамку и созерцали помещенное в нее свое изображение, как это могло бы влиять на ваше самовосприятие?

6. Что мешает вам в реальности воспринимать себя в таком свете?

7. Представьте, какие первые шаги вы могли бы сделать, чтобы постепенно изменить свое отношение себе?

Упражнение № 7. «Картина мира»

Цель: формирование интегрированного представления о реальности на основе переработки травматического опыта и его включения в целостное представление о реальности, в которой есть место как положительным, так и отрицательным, сложным, неприятным моментам.

Время на выполнение упражнения: 60–90 минут.

Материалы: несколько листов белой и цветной бумаги для рисования размером А3; несколько окружностей, по размеру примерно соответствующих листу А3, заранее вырезанных из бумаги белого цвета; акриловые или гуашевые краски, палитра, кисточки, вода; иллюстрированные журналы; ножницы, клей.

Инструкция по выполнению упражнения.

Первая часть.

Подготовка:

1. Подумайте, как перенесенная психическая травма повлияла на ваше восприятие мира. Перечислите несколько наиболее характерных особенностей такого мировосприятия.

2. Перечислите несколько наиболее характерных признаков идеальной картины мира.

Основная часть.

1. Возьмите две окружности, вырезанные из бумаги белого цвета.

2. Создайте первый образ, передающий картину мира, основанную на пережитом травматическом опыте, используя одну из окружностей. Для этого заполните ее линиями, формами и цветами с помощью красок, а также вырезок из журналов. Какое впечатление созданная картина производит? Что вы испытываете, глядя на нее? Какое мироощущение она передает? Подберите для первого образа фон, используя для этого белую или цветную бумагу. Ее оттенок мог бы соответствовать тем ощущениям, которые данная картина вызывает или передает. Вы также можете раскрасить или оформить фон самостоятельно на отдельном листе бумаги. Поместите на созданный

фон заполненную окружность, передающую картину мира, основанную на пережитом травматическом опыте. Пока не приклеивайте ее к фону.

3. Создайте второй образ, передающий идеальную картину мира, используя вторую окружность. Для этого заполните ее линиями, формами и цветами с помощью красок, а также вырезок из журналов. Какое впечатление созданная картина производит? Что вы испытываете, глядя на нее? Какое мироощущение она передает? Подберите для второго образа фон, используя для этого белую или цветную бумагу. Ее оттенок мог бы соответствовать тем ощущениям, которые данная картина вызывает или передает. Вы также можете раскрасить или оформить фон самостоятельно на отдельном листе бумаги. Поместите на созданный фон заполненную вторую окружность, передающую идеальную картину мира. Пока не приклеивайте ее к фону.

Описание и самоанализ:

1. Расположите две работы рядом друг с другом. Что в них общего? Чем они отличаются друг от друга?

2. Опишите чувства, которые вы испытывали, создавая первую и вторую работу.

3. Опишите, что вам нравится в первой и второй работе.

4. Опишите, что вам не нравится в первой и второй работе.

Вторая часть.

Подготовка:

Для начала еще раз посмотрите на расположенные рядом две работы, передающие две разные картины мира.

Основная часть.

1. Объедините две работы, созданные на предыдущем этапе упражнения, сочетая их части друг с другом. При этом вы можете разрезать или разрывать как фоны для каждой работы, так и сами композиции, выполненные на основе круга. Для создания новой композиции вы можете

использовать только отдельные части ранее созданных двух работ либо постараться интегрировать их составные элементы в полном объеме.

2. Найдите оптимальное расположение для выбранных элементов и затем приклейте их к фону.

Описание и самоанализ:

1. Опишите, что оказалось для вас наиболее интересным и важным в процессе выполнения данного задания.

2. Поясните, какую роль играют элементы, взятые из первой и второй композиций (соответствующие разному мировосприятию), когда они оказались включенными в новую, интегрированную композицию. Какое мировосприятие преобладает в конечной композиции? Или элементы двух картин мира более или менее равномерно представлены в последней работе?

3. Поясните, какие изменения претерпели две картины мира, когда они оказались включенными в новую, интегрированную работу.

4. Подумайте, как выполненная вами работа по интеграции элементов двух противоположных картин мира может способствовать вашему исцелению и гармонизации ваших отношений с реальностью.