

УДК: 159.99

DOI: 10.25629/НС.2023.11.09

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ РАНЕНИЯ: РАБОЧАЯ МОДЕЛЬ

Караяни А.Г.

Санкт-Петербургский военный ордена Жукова институт войск национальной гвардии
Российской Федерации

АННОТАЦИЯ

В военных событиях, имевших место в XX-XXI вв., отмечается неуклонный рост процента раненых участников от общего количества боевых потерь. Он объясняется высокими достижениями в области военной медицины, развитием хирургических технологий, оптимизацией методов транспортировки раненых и т. д. Всё это остро ставит вопрос об оптимизации медицинской, психологической, социальной помощи раненым в целях скорейшего возвращения их в боевой строй или в мирную жизнь.

В статье исследуются психологические последствия ранения участников боевых действий. Обосновывается рабочая модель, охватывающая психологическую феноменологию, факторы и последствия ранения. Предложенная модель релевантна для комплексной психодиагностики, терапии и реабилитации раненых.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

психологические последствия ранения, психологическая модель последствий ранения, посттравматическое стрессовое расстройство, стресс-ассоциированные расстройства.

ВВЕДЕНИЕ

История войн и военных конфликтов свидетельствует о том, что ранения и боевые травмы являются неизбежным спутником любой войны. Общие масштабы ранений участников боевых действий, как правило, существенно превышают масштабы погибших на поле боя военнослужащих. Так, в годы Первой мировой войны в Русской армии потери составили: убитыми 624440 человек, ранеными – 2 754 202 человек [1]. Во время Второй мировой войны 8 668 400 советских воинов погибли в боях и 15 685 593 были ранены [2]. В процессе оказания международной помощи Демократической республике Афганистан погибли 14427 наших воинов и 53753 были ранены, контужены, травмированы [3]. Отношение количества раненых к количеству убитых в боевых действиях воинов составляло от 1,8:1 (в годы Второй мировой войны) до 3,73:1 (в ходе боевых действий в ДРА).

Рост процента раненых участников боевых действий от общего количества боевых потерь в людях обуславливается высокими достижениями в области разработки средств индивидуальной защиты, технологий боевой медицины, совершенствующимися технологиями хирургических вмешательств, оптимизацией транспортировки раненых (аэромедицинская эвакуация).

По американским данным, число жертв снизилось с 1 из 2 раненых во время Гражданской войны в США до 1 из 16 – в современных войнах [4]. По оценкам экспертов в ходе специальной военной операции доля погибших среди доставленных в военно-медицинские организации также существенно снизилась по сравнению с прошлыми военными событиями. Госпитальная летальность здесь составляет менее 0,5%, тогда как в годы Великой Отечественной войны она составляла – 7,5%, в Афганистане – 4,4%, в ходе боевых действий на Северном Кавказе – 1,4–0,8%) [5].

По зарубежной статистике число погибших среди военнослужащих задействованных в боевых действиях в ходе недавних конфликтов также снизилось. Примерно 60 000 военнослужащих Соединенных Штатов и Великобритании были ранены во время боевых операций в Ираке и Афганистане, при этом около 90% из них выжили после полученных травм. По этой причине конфликты в Ираке и Афганистане в совокупности называются «войнами инвалидов», когда многие военнослужащие возвращались домой с серьезными долговременными физическими травмами, такими как ампутации, ожоги или потеря зрения [6].

Специальная военная операция (СВО) российских войск на территории Украины отличается невиданными после Второй мировой войны масштабами (в боевых действиях с обеих сторон участвует более миллиона человек; линия боестолкновений в отдельные моменты времени превышала 1000 км; поражение противника осуществляется на глубину в десятки и сотни километров), применением самых современных боевых средств (новейшей авиации, ракет различного класса, разведывательных и ударных беспилотников, дальнобойной артиллерии большого калибра, реактивных систем залпового огня, мобильных средств ПВО, портабельных противотанковых средств, минно-взрывных заграждений и др.), широким использованием высокоточного оружия, способного активно обнаруживать и поражать не только крупные групповые цели, но и одиночных солдат противника. Всё это побуждает прогнозировать значительные объёмы раненых военнослужащих.

В связи с этим остро актуальной становится задача быстрого восстановления и возвращения в боевой строй раненых военнослужащих. Вспомним, что в годы Великой Отечественной войны наши советские медики вернули в строй 72,3% раненых и 90,6% больных воинов [7]. В абсолютных цифрах это составляет более 10 млн. человек. Этого количества воинов было бы достаточно для двукратного комплектования действующей во время войны армии. Не зря специалисты говорят о том, что ту войну выиграли раненые воины.

Во время войны в Афганистане в боевой строй было возвращено 80,3% раненых, в ходе боевых действий на Северном Кавказе – 78,3–89,9%. Сегодня, в ходе специальной военной операции этот показатель достигает 97,0% [5, с. 37].

В связи с этим перед психологией стоит своеобразный вызов – помочь нашим воинам быстрее восстанавливаться после ранений и как можно скорее возвращаться в свои боевые коллективы, а также без серьёзных психологических проблем интегрироваться в мирные условия жизнедеятельности. В связи с этим остро встаёт вопрос об оказании психологической помощи раненым военнослужащим.

К сожалению, эта проблема всё ещё не попала в фокус внимания отечественных психологов. Изучению психологических последствий ранения и методам оказания психологической помощи раненым участникам боевых действий были посвящены всего лишь несколько работ, написанных на рубеже XX–XXI вв. (А.И. Иванов [8], Е.В. Митасова [9], В.Ф. Мисюра [10], О.Н. Рыбников, Л.В. Смекалкина, С.Н. Палецкая [11]) и работ, посвящённых психологической реабилитации инвалидов боевых действий (Ю.М. Волобуева [12], П.П. Иванов [13], В.И. Кутьинов [14], А.Г. Караяни, Ю.М. Волобуева, В.Ф. Дубяга [15], Ю.М. Караяни [16; 17; 18]). Первые работы написаны порядка 20 лет назад. Последние посвящены исследованию преимущественно отсроченных во времени послераневых психологических проблем участников боевых действий.

В данный момент ощущается острый дефицит доступных для анализа и практического использования специальных исследований, посвящённых психологическому вспомоществованию раненым воинам.

ЦЕЛЬ

Проведенный анализ степени научной разработанности обсуждаемой темы позволяет сформулировать цель данной статьи следующим образом: актуализировать обсуждаемую проблему, обобщить имеющийся опыт психологического изучения психологической феноменологии ранения, предложить модель психологических последствий ранения, релевантную для комплексной психодиагностики, терапии и реабилитации раненых.

МЕТОДЫ

Достижение поставленной цели осуществлялось посредством методов изучения документов, научной литературы. Использовались методы формальной и диалектической логики, сравнительный метод. Методологической основой исследования явились личностно-социально-деятельностный (М.И. Дьяченко, Н.Ф. Феденко, П.А. Корчемный) и ресурсный (А.Г. Караяни) подходы к анализу психологических последствий ранения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ имеющейся литературы по обсуждаемой проблеме позволяет констатировать, что факт ранения военнослужащего чаще всего рассматривается исследователями как мощное потенциально травматическое событие в его жизни. Такое событие может привести к нарушению нормальных адаптивных механизмов приспособления как к краткосрочным, так и к долгосрочным эмоциональным травмам [4], развитию тяжёлых форм реактивных состояний в условиях театра военных действий, увеличивающих риск развития хронического ПТСР в отдалённом периоде [19, с. 22], нарушению идентичности личности военнослужащего [20].

В ряде отечественных и зарубежных работ, посвящённых проблеме психологической помощи раненым, подчёркивается, что масштабы и глубина психологических последствий ранений и, следовательно, стратегии психологической работы с ними в значительной степени определяются такими *факторами*, как характер ранения, социально-психологическая и боевая специфика ситуации ранения, индивидуально-психологические и личностные особенности военнослужащих, отношение общества к войне, участникам боевых действий и раненым. В частности, отмечается, что *обстоятельства ранения* являются фактором, приводящим к тому, что солдаты, перенесшие особенно травмирующий опыт, связанный со смертью или увечьями других людей, испытывают более серьёзный стресс [21].

В качестве важнейшего фактора психологических последствий ранения рассматривается *характер ранения*. Подчёркивается, что участники боевых действий могут страдать от огнестрельных и осколочных ранений брюшной полости, головного и спинного мозга, конечностей, тяжёлых и обширных ожогов, тупых травм, а также от ранений нескольких категорий одновременно или политравм и др. [4]

Специалисты фиксируют, что в условиях СВО высока частота взрывных ранений и травм (она достигает 70%). Доля пулевых ранений снизилась до 10%. В структуре огнестрельных ранений по локализации продолжают преобладать ранения конечностей, которые во всех войнах составляют абсолютное большинство боевой хирургической патологии [5, с. 21].

В ходе военных событий последних десятилетий отмечается постоянный рост числа сочетанных и множественных ранений¹ по отношению к изолированным ранениям. В ходе контртеррористических операций на Северном Кавказе, несмотря на высокий процент изолированных ранений и травм (около 63–67%) по сравнению с Великой Отечественной войной (85–90%), у 12–14% раненых отмечались множественные ранения и у 20–24% – сочетанные ранения. В ходе боевых действий НАТО в Афганистане и Ираке, вследствие преобладания минно-взрывных ранений, до 70% в структуре огнестрельной травмы составляли сочетанные ранения. Эта тенденция сохраняется и в условиях СВО, где до 80% ранений носят множественный (35,6%) и сочетанный (41,1%) характер [5, с. 24].

Последствиями таких ранений может стать ампутация конечностей, обезображивание, слепота, послераневая кастрация, повреждения спинного мозга, ведущие к обездвиженности и др. [21]

Ранение часто означает конец жизни, какой ее знал военнослужащий, и начало болезненного и тяжелого испытания с неопределённым исходом. Выживший подвергается широкому спектру психологических стрессов на протяжении всего процесса выздоровления. Боль ус-

¹ В литературе отмечается, что сочетанные травмы – это одномоментное повреждение 2 и более анатомических областей, а множественные травмы – это два и более повреждения, которые происходят в пределах одной топографо-анатомической области.

губляется частыми промывками и обработками, сменой повязок, пересадкой кожи, пластической хирургией и необходимостью заниматься физическими упражнениями, осложнениями, возникающими в ходе лечения и выздоровления, необходимостью повторного разреза и дренирования или ревизии хирургических ран, развитием пролежней у лежачих больных, побочными эффектами от лекарств, внутрибольничными инфекциями, задержками в выздоровлении и длительным пребыванием в больнице и т.д. [20].

Стрессоры, включая боль, неопределенность в исходе – это лишь некоторые из эмоциональных и психологических воздействий на раненого.

Исследователи отмечают, что раненые участники боевых действий, как правило, чаще сообщают от таких негативных психологических последствий, как посттравматическое стрессовое расстройство, депрессия, тревога и мультиморбидность психического здоровья. Но это варьируется в зависимости от типа полученной травмы [22].

Наше наблюдение за поведением раненых в Центре восстановительной терапии «Русь» в период с 2002 по 2015 гг. показало, что на психологические последствия ранения наиболее сильное влияние оказывают не сама его тяжесть, а её *проекция на последующую жизнь раненого*, степень нарушения перспективы социальной жизни раненого, возможность иметь семью и нормальные отношения с социальным окружением и поддерживать приемлемый уровень социальной активности. В этом отношении военнослужащими наиболее тяжело переживаются ранения, ведущие к потере мобильности, половой функции, к сильному увечью.

Специалисты отмечают, что лица, пережившие инвалидизирующие и уродующие травмы, сталкиваются с рядом общих проблем. Наряду со своими физическими ограничениями, они испытывают изменённый образ тела, пониженную самооценку и изменения в своих личных отношениях. Некоторые несут на себе социальную стигматизацию, связанную с увечьями и уродствами [21].

Ампутация конечности вместе с нарушением двигательных функций может сопровождаться изменением социального статуса, полной или частичной утратой трудоспособности, ослаблением социальных контактов и связей (уменьшением времени нахождения в референтной группе), затруднением в проведении досуга, превращением раненого в объект семейной опеки, развитием кризиса бесперспективности и др. У этой категории военнослужащих может отмечаться значительная деструкция смысловых ориентаций, серьёзные проблемы с адаптацией, тяжёлые дистимические расстройства [11]. Всё это может дополняться фантомами конечностей и фантомными болями [21].

Вместе с тем констатируется, что ампутации конечности, последующая за ранением, может переживаться военнослужащим как тяжелейшая личная трагедия, заключающая в себе громадный разрушительный смысл, как крушение всех его жизненных перспектив и планов, переоценку собственного «Я», существенное понижение уровня притязания личности, необходимость поиска своей особой социальной ниши, и, зачастую, утрату смысла существования. Однако исследователи указывают на то обстоятельство, что уровень ПТСР в группе ампутантов, как правило ниже, чем в группе раненых без ампутации (23% и 37%, соответственно) [11, с. 28].

MacGregor A. J. et al, исследуя психологические последствия ранений и травм у санитаров (n=405) установили, что у раненых по сравнению с не ранеными санитарями был больший риск развития ПТСР, тревожного расстройства, расстройства адаптации, расстройства настроения и злоупотребления психоактивными веществами. Исследователи подчеркивают, что более тяжёлые травмы выявили более сильную связь с ПТСР и тревожным расстройством [22]. Российские специалисты отмечают, что у раненых военнослужащих психические расстройства пограничного уровня развиваются более чем в 30% случаев, а удельный вес ПТСР составляет от 14% до 17%. При этом ПТСР может провоцировать или усиливать другие психические расстройства, такие как тревога и депрессия, химические и нехимические аддикции, расстройства пищевого поведения. В числе наиболее неблагоприятных социальных последствий ПТСР отмечается высокий уровень суицидов, насильственные действия в отношении как ближайшего

окружения, так и незнакомых лиц, криминальное поведение, безработица [24, с. 15; 4]. В другом исследовании отмечается, что примерно у 38-45% раненых в процессе скрининга обнаруживалось ПТСР, а у 43-48% – депрессия [25]. Кроме того, у раненых могут проявляться изменения в восприятии образа тела и потеря самооценки [6].

Психологические последствия ранения могут сохраняться в течении длительного времени. В исследовании Woodruff S. et al показано, что ПТСР и/или депрессия являются мощными предикторами низкого долгосрочного качества жизни раненых военнослужащих [26].

Иногда ранение, особенно с ампутацией, порождает у человека мощнейшие силы, которые позволяют ему не только пережить кризис ранения, но выйти из него закалённым, опытным, знающим цену себе, испытывающим острый интерес к жизни, активно борющимся за жизнь.

Результаты исследования Dyball и др., показывают, что ампутанты значительно отличаются от раненых участников боевых действий и не раненых военнослужащих по уровню *посттравматического личностного роста (ПТР)*. Высокий уровень ПТР наблюдался ими у 28,0% в группе не травмированных, у 34,1% в группе раненых без ампутаций и у 45,4% в группе ампутантов [22]. То есть раненые военнослужащие обнаруживают в себе мотивацию, энергию и ресурсы для более активной жизни, планируют более высокие социальные достижения.

Исследователи различным образом объясняют меньшую подверженность военнослужащих с ампутированными конечностями ПТСР и их готовности к посттравматическому росту. Так, О.Н. Рыбников, Л.В. Смекалкина и С.Н. Палецкая полагают, что в результате потери конечности (или другого тяжёлого ранения) происходит своего рода искупление вины за собственные действия на войне [11, с. 28]. D. Dyball и др. указывают на то, что военнослужащие с ампутированными конечностями могут иметь более широкий доступ к различным терапевтическим или благотворительным услугам, что позволяет им демонстрировать более высокий уровень ПТР [22].

Среди факторов, оказывающих сильное влияние на характер психологических последствий ранения, исследователями также отмечаются *факторы места, времени, актуального статуса участника боевых действий, ситуации получения травмы*. В частности, важным является то, был ли военнослужащий ранен в бою или в результате несчастного случая; был ли он одиночным пострадавшим или одним из нескольких раненых; ранен ли он также тяжело, как сослуживцы, или легче; эвакуирован ли он из зоны боевых действий или нет; является ли раненый рядовым солдатом или командиром [20]; получено ли ранение в период ведения успешных или неуспешных действий (ещё Гиппократ утверждал, что раны победителей заживают быстрее). Проявление этих факторов в различных сочетаниях может подрывать профессиональную идентичность военнослужащих, вызывать у них чувство вины выжившего, гнев к командирам и др.

Не менее сильное влияние на постраниевые психологические проявления оказывает *отношение общества к войне, противнику, своей армии, к раненым и инвалидам*. Под влиянием такого отношения у воинов формируются (или не формируются) широкие социальные мотивы участия в боевых действиях (любовь к Родине, чувство долга, стремление к справедливости, ненависть к врагу и др.), рождаются личностные смыслы боевой деятельности. Ещё в начале прошлого века российские военные специалисты отмечали, что личность воина производна от общественных условий, что армия – верная копия государства, миниатюра, зеркало его со всеми достоинствами и недостатками, что для мощи войск необходимы симпатии всего населения, и что никакой энтузиазм в армии невозможен, если не будет его в отечестве [27, с. 91].

Если общество считает участие в конкретных военных событиях честью и доблестью, а самих воинов – достойнейшими гражданами своей страны и щедро компенсирует последствия ранения, то свидетельства ранения (знаки числа ранений на военной форме, шрамы, признаки ранения и инвалидизации) носят воинами с гордостью как символы доблестного служения своему народу.

Многие исследователи выделяют в качестве важнейшей переменной психологических последствий ранения особенности *личности раненого*. Среди личностных свойств и образований, выполняющих роль переменных в формировании психологических проблем раненого

называют ведущая тенденция личности, адаптационный потенциал личности, содержание внутренней картины болезни, содержащей в себе в свёрнутом виде всю драму личностных трансформаций в условиях ранения, а также тип «комбатантной акцентуации» раненного [9] (тревожно-астеническая, эксплозивно-агрессивная и истеро-неустойчивая).

Своеобразным «адаптером», преобразующим мощное психическое напряжение, вызываемое ранением, в различные психологические последствия, выступает *смысл*, придаваемый раненым своей воинской деятельности и факту ранения. В. Франкл, конкретизируя известную мысль Ф. Ницше, утверждал, что отчаяние равно разности от страдания и смысла жизни [28]. Наши наблюдения за переживаниями раненых и инвалидов боевых действий в Афганистане и Чеченской республике показывают, что, когда военнослужащий (ветеран боевых действий) понимает за что он воевал и пострадал, негативные психологические последствия ранения минимизируются. Это позволило оформить выводы В. Франкла в своеобразную квазиформулу: $O = P - C$, где O – *отчаяние*, P – *негативное переживание*, C – *смысл*. Чем в большей степени участие военнослужащего в боевых событиях освещено высоким смыслом, тем меньше у него места для отчаяния, являющегося важной переменной ПТСР.

В рамках идеи сложной, многофакторной (личность, болезнь, ситуация лечения) детерминации субъективного переживания ранения в качестве важнейших факторов психологических последствий ранения наряду с личностными особенностями раненого выделяют *особенности его взаимодействия с ближним социальным окружением* (медицинский персонал, члены семьи, раненые в больничной палате, друзья, однополчане, общество в целом) и психологом [9; 16; 17; 18].

В литературе описано двухлетнее когортное исследование двух стратегий реабилитации британских военнослужащих с психическими расстройствами: 1) «госпитальная» стратегия, фиксирующая отношения «больной – врач, медицинское учреждение» и 2) «реабилитационная стратегия, реализующая отношения «военнослужащий, требующий помощи – реабилитологи, специальное реабилитационное учреждение». В больнице для военнослужащих с проблемами в психическом здоровье пациенты переодевались в больничные костюмы, находились в больничных палатах, по отношению к ним со стороны медицинского персонала осуществлялась лечебная стратегия поведения. В специально созданном военном реабилитационном подразделении военнослужащие, получая лечение, оставались в военной форме, медицинский персонал обращался к ним по воинским званиям, с ними проводились занятия по различным видам военной подготовки т. д. Результаты исследования показали, что при реализации реабилитационной стратегии шансы солдат вернуться на действительную службу были в 14 раз выше, чем при реализации госпитальной стратегии [29, с. 337-341].

Понятно, что прямо экстраполировать результаты, полученные на выборке из военнослужащих с психическими расстройствами, на категорию раненых нельзя. Однако эти результаты прямо указывают на неблагоприятное и даже травмирующее воздействия *длительного пребывания раненых в госпиталях*.

В ряде исследований показано, что на психическом состоянии раненых военнослужащих прямо сказываются не только их отношения с персоналом, но и характер взаимодействия с членами семей, боевыми товарищами, приятелями и т. д.

Проведённый анализ позволяет нам очертить общую психологическую модель психологических последствий ранения (рисунок 1).

Из рисунка 1 видно, что модель психологических последствий ранения включает: факторы, влияющие на процесс переживания ранения; проявления психологических последствий ранения, симптомы психических расстройств; комбатантные акцентуации, влияющие на психологические последствия ранения; проявления дезадаптации.

Модель показывает, что сочетание факторов ранения даёт обширный реестр психологических последствий, по существу, делая каждый случай ранения психологически уникальным. Вместе с тем, очевидны общие тенденции в манифестации психологической феноменологии ранения.



Рисунок 1 – Модель психологических последствий ранения

В содержательном отношении психологические последствия ранения включают симптоматику ПТСР, переживания утраты, депрессии, ощущения вины, стыда, тревоги, укороченной жизненной перспективы и т. д.

При этом центральную картину психологических последствий ранения составляют отдельные симптомы ПТСР, их различные констелляции и развернутые формы болезни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, ранения – неизбежное явление войны. Для того, чтобы оказывать эффективную психологическую помощь раненым, необходимо модельно или системно представить психологическую феноменологию последствий ранения. Психологические последствия ранений отличаются широким спектром психических расстройств (ПТСР, переживание утраты, расстройство адаптации, депрессия, тревога, химические и нехимические аддикции), отдельных симптомов и их констелляций.

Предложенная модель психологических последствий ранения может являться своеобразным ориентиром для психологов, психотерапевтов, психиатров, врачей, участвующих в лечении раненых при осуществлении диагностических, лечебных и психореабилитационных мероприятий.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Потери в Первой мировой войне. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Потери_в_Первой_мировой_войне (дата обращения: 22.10.2023).
2. Потери во второй мировой войне. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Потери_во_Второй_мировой_войне (дата обращения: 22.10.2023).
3. Потери в Афганской войне (1979–1989). URL: [https://ru.wikipedia.org/wiki/Потери_в_Афганской_войне_\(1979–1989\)](https://ru.wikipedia.org/wiki/Потери_в_Афганской_войне_(1979–1989)) (дата обращения: 22.10.2023).
4. Harold J. Wain; Scott C. Moran; Marvin Oleshansky; Andree Bouterie, Christopher L. Lange. Psychiatric intervention for the battle-injured medical and surgical patient following traumatic injuries // Combat and operational behavioral health. Textbooks of Military Medicine (2011). Office of The Surgeon General United States Army Falls Church, Virginia Borden Institute Fort Detrick, Maryland.

5. Боевая травма: медико-социальная реабилитация : практическое руководство / под. ред. Г.Н. Пономаренко. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2023. 304 с.
6. Harbertson J., MacGregor A. J., McCabe C. T., Eskridge S. L. Differences in quality-of-life scores across injury categories by mental health status among injured U.S. military service members and veterans. October 2022. *Quality of Life Research* 32(8).
7. Кнопов М.Ш., Тарануха В.К. Вклад советской медицины в Великую Победу // *Клиническая медицина*. 2015. № 5. С. 8–17.
8. Иванов А., Жуматий Н. Реабилитация личности военнослужащих, пострадавших в боевых действиях // *Развитие личности*. 2003. № 4. С. 143–152.
9. Митасова Е.В. Социально-психологические условия психологической реабилитации раненых военнослужащих в медицинских учреждениях МО РФ: дис. ... канд. психол. наук. М.: ВУ, 2004.
10. Мисюра В.Ф. Психологическая реабилитация военнослужащих. М.: Военная Академия имени М. В. Фрунзе, 1995. 48 с.
11. Рыбников О.Н., Смекалкина Л.В., Палецкая С.Н. Психический статус лиц, перенесших травматическую ампутацию конечности, и задачи психотерапии // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2005. №1. Т.15. С.28–34.
12. Волобуева Ю. М. Социально-психологическая коррекция Я-концепции инвалидов боевых действий : дис. ... канд. психол. наук. М., 2009.
13. Иванов П. П. Социально-психологическая реадaptация инвалидов боевых действий : дис. ... канд. психол. наук. М., 2004.
14. Кутыинов В. И. Социальные стереотипы об инвалидах как фактор регуляции системы их отношений : дис. ... канд. психол. наук. М., 2004.
15. Караяни, А. Г., Волобуева, Ю. М., Дубяга, В. Ф. Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий : монография. М., 2007.
16. Караяни Ю.М. Социально-психологическая реабилитация инвалидов боевых действий: дис. ... докт. психол. н. М. : МГУ, 2015.
17. Караяни Ю. М. Социально-психологическая модель реабилитации инвалидов боевых действий: монография. М. : ВУ, 2015. 132 с.
18. Караяни Ю. М. Концепция и технологии социально-психологической реабилитации инвалидов боевых действий: монография. М. : ВУ, 2015. 172 с.
19. Нечипоренко В. В., Литвинцев С. В., Снедков Е. В. Современный взгляд на проблему боевой психической травмы // *Военно-медицинский журнал*. 1997. №4. С. 22–26.
20. Rebecca I. Porter. Physical Injuries; Psychological Treatment. In book: Janice H. Laurence (ed.) Michael D. Matthews. *The Oxford Handbook of Military Psychology*. С. 29–36.
21. Franklin D. Jones, Linette R. Sparacino, Victoria L. Wilcox, Joseph M. Rothberg, James W. Stokes (Ed.) (1995). *War psychiatry: Textbook of Military Medicine*. Washington, Borden Institute Walter Reed Army Medical Center.
22. Dyball D, Bennett AN, Schofield S, Cullinan P, Boos CJ, Bull AMJ, Stevelink SAM, Fear NT, on behalf of the ADVANCE Study (2022). Post-traumatic growth amongst UK armed forces personnel who were deployed to Afghanistan and the role of combat injury, mental health and pain: the ADVANCE cohort study. *Psychological Medicine*. 1–10.
23. MacGregor A. J., Zouris J. M., Dougherty A. L., Dye J. The Psychological Consequences of Combat Injury Among U.S. Navy Health Care Personnel. October 2022. *Military Medicine*.

24. Организация оказания медицинской помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством: методические рекомендации / Н.В. Семенова, А.Ю. Гончаренко, С.В. Ляшкова, М.Ю. Попов, В.К. Шамрей, Е.С. Курасов, А.А. Марченко, Н.Г. Незнанов. СПб., НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева 2022. 36 с.

25. D'Souza E. W., MacGregor A. J., Dougherty A. L., Olson A. S. Combat injury profiles among U.S. military personnel who survived serious wounds in Iraq and Afghanistan: A latent class analysis. April 2022.

26. Woodruff S., Galarneau M. R., McCabe C. T., Sack D.I, Clouser M. C. Health-related quality of life among US military personnel injured in combat: findings from the Wounded Warrior Recovery Project. May 2018. *Quality of Life Research* 27(24):1-10.

27. Зенченко М. В. Сообщение на тему «Анализ нравственных сил бойца». СПб., 1892.

28. Франкл В. Человек в поисках смысла. М., 1990.

29. Neal, L., Kiernan, M., Hill, D., Mcmanus, F., & Turner, M. (2003). Management of mental illness by the British Army. *British Journal of Psychiatry*, 182(4), 337-341. doi:10.1192/bjp.182.4.337.

PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES OF INJURY: WORKING MODEL

Karayani A.G.

St. Petersburg Military Order of Zhukov Institute
of the National Guard of the Russian Federation

ABSTRACT

In the military events that took place in the XX-XXI centuries, there is a steady increase in the percentage of wounded participants from the total number of human combat losses. It is explained by high achievements in the field of military medicine, the development of surgical technologies, optimization of methods of transporting the wounded, etc. All this sharply raises the question of optimizing medical, psychological, and social assistance to the wounded in order to return them to combat formation or to peaceful life as soon as possible.

The article examines the psychological consequences of the injury of combatants. A working model covering psychological phenomenology, factors and consequences of injury is substantiated. The proposed model is relevant for complex psychodiagnostics, therapy and rehabilitation of the wounded.

KEYWORDS

psychological consequences of injury, psychological model of injury consequences, post-traumatic stress disorder, stress-associated disorders.