

УДК 616.89:159.96:355.01\*141.32

Абрамов В.А.<sup>1</sup>, Мельниченко В.В.<sup>1</sup>, Бабура Е.В.<sup>2</sup>

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ, СВЯЗАННЫЕ С ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫМ СТРЕССОМ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ (СООБЩЕНИЕ 1. СОЦИОПАТИИ. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССОВЫЕ СОСТОЯНИЯ)

<sup>1</sup>Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

<sup>2</sup>Психиатрическая больница № 1, г. Макеевка, ДНР

В настоящее время в России и за рубежом опубликовано значительное число работ, посвященных психическим последствиям локальных войн и террористических актов. Большинство данных исследований посвящено непосредственным участникам военных действий. В России это, в основном, работы, описывающие психические последствия у участников войны в Афганистане [1-4] а также исследования, изучающие психическое состояние участников войны в Чечне [5-10]. Среди зарубежных исследований наиболее многочисленны работы американских исследователей по посттравматическим стрессовым расстройствам у вьетнамских комбатантов [11-15].

Между тем, мирное население, проживающее в зоне локальных войн, а также беженцы переживают не менее тяжелые психические расстройства, чем комбатанты. Различные психические расстройства регистрируются у беженцев из Нагорного Карабаха, Чечни [16-20]. Зарубежные исследования последнего времени сосредоточены на описании посттравматического стрессового расстройства и расстройства адаптации у беженцев из Ирака [21-25].

В последнее время появились работы, объектом исследования которых являются организаторы террористических актов и террористы [26-33].

В целом, исследования психических последствий военных конфликтов ограничиваются выявлением и изучением тех расстройств, которые указаны в МКБ-10 и DSM-IV (острая реакция на стресс, расстройство адаптации, ПТСР). В то же время травма военного времени, массивные экзистенциальные переживания, связанные с реальным риском для

жизни, затрагивают различные структуры уникального внутреннего мира человека, все составляющие его личностного потенциала от самодетерминации и саморегуляции до контроля за действием и самоэффективности, что оказывает значительное влияние на жизнедеятельность человека. Феномены, отражающие индивидуальные способы реагирования личности на тяжелый стресс до настоящего времени не изучались. В то же время длительное пребывание в чрезвычайной ситуации угрозы жизни может приводить к тем или иным деформациям составляющих личностного потенциала и, соответственно, к дезадаптивным стратегиям поведения.

**Цель исследования:** выделить и описать содержательные характеристики базисных психологических и психопатологических феноменов, отражающих индивидуально-специфические, глубокие личностные переживания и страдания у лиц, длительное время находившихся в условиях травматического стресса, связанного с военными действиями.

Обследовано три группы лиц в возрасте от 22 до 55 лет – в той или иной мере переживших стресс военного времени: 1-я группа – 130 человек мужского пола, мобилизованные для прохождения военной службы; 2-я группа – 60 человек – лица мужского пола, призванные на военную службу по контракту и 3-я группа – 110 человек – лица смешанного пола в течение длительного времени переживавшие стресс, связанный с военными действиями.

У всех обследованных 1-й группы на период мобилизации отсутствовала мотивация к службе в армии. Большая часть из них в течение нескольких месяцев участвовала в боевых действиях, их жизнь подвергалась непосредственному риску. Обследование прово-

дилось на этапе их обращения за медицинской помощью с жалобами психосоматического характера и фиксацией на невозможности продолжать службу. Лица 2-й группы были изначально мотивированы на службу в армии, однако после резкого обострения ситуации на фронте у них появились признаки различных невротических, психосоматических и соматоформных дисфункций, и они были направлены на обследование и лечение.

В процессе клинического исследования всем обследованным были выставлены диагнозы, относящиеся к диагностическому модулю F43 МКБ-10 (реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации). Параллельно проводилось углубленное исследование, направленное на выявление феноменологически специфических психопатологических стресс-реакций, стресс-синдромов и хронических посттравматических изменений личности, а также феноменов, относящихся к массовым социопатиям, формирующимся в условиях длительного проживания в районах с активными боевыми действиями.

Наконец, в 3-ю группу были включены лица, представлявшие население, проживающее на территории с ведущимися боевыми действиями и пострадавшие от них. Они не обращались за медицинской помощью, однако испытывали значительный психологический дискомфорт и ограниченные возможности противодействия стрессу.

Исследование проводилось с использованием традиционного клинического метода, полуструктурированного интервью, направленного на выявление специфических психопатологических феноменов и метода самоотчета.

Анализ полученных данных показал определенные трудности при разграничении феноменов психологического (включая аггравационный компонент) и психопатологического регистров при квалификации посттравматических стрессовых состояний. Как известно, эмоциональные проявления стресса (страхи, тревога и др.) могут рассматриваться и как проявления адекватной психологической реакции на трудную жизненную ситуацию, и как проявления психопатологического уровня. В качестве более или менее надежных критериев для отнесения выявленных отклонений к клинической проблематике мы опирались на следующие признаки: а) субъективное ощущение болезни и невозможности справиться

с фрустрирующей ситуацией; б) нарушение субъективного благополучия; в) признаки социальной дезадаптации.

Стресс – психофизическая реакция человека на трудную жизненную ситуацию, это состояние, при котором событие или череда событий воспринимаются как представляющие угрозу жизнедеятельности. Стресс может быть активирующим (эустресс) и разрушительным (дистресс). Психологический стресс (эмоциональная реакция) всегда опережает физиологический. Основными модальностями эмоционального восприятия травматической стрессовой ситуации являются переживания тревоги, страха и паники. Эти эмоциональные состояния соответствуют трем классическим стадиям развития стресса: стадии тревоги, стадии резистентности и стадии истощения.

Травматический стресс – реакция человека на широкий спектр событий, представляющих повышенные требования к его адаптационным ресурсам. Стресс, как известно, включает психологическую составляющую (эмоциональный стресс, связанный с блокадой потребностей человека и его способности к самореализации и физиологическую составляющую (физиологический стресс), проявляющийся в реакциях организма. Физиологическая составляющая стресса включает все проблемы, связанные главным образом с соматовегетативной дисфункцией, а психологическая – с отрицательными витальными переживаниями в связи с восприятием ситуации как несущей в себе опасность для жизни и здоровья, и угрозу близким.

Травматический стресс военного времени – это масштабная угроза существованию. Наиболее чутким индикатором на начальных этапах его развития является уровень психической адаптации. Первичным является эмоциональное восприятие ситуации как неприемлемой, негативной. В дальнейшем трудная жизненная ситуация начинает восприниматься как экстремальная или критическая, а стресс – как требующий адаптационной перестройки функциональных систем человека, постепенной мобилизации и расходования адаптационных ресурсов.

Традиционный термин «стресс» используется для обозначения неспецифических реакций разного уровня в ответ на экстремальные воздействия любых значимых для человека факторов. Одной из ведущих причин травматического стресса, связанного с воен-

ными действиями, является недостаточный контроль за происходящими событиями и сложившейся ситуацией в целом. Неконтролируемость ситуации определяет субъективную ее оценку как угрожающую и невозможность адаптировать к ней свою когнитивную схему (схему интерпретации событий).

Проявление стресса начинается сразу после восприятия (первичная оценка) и когнитивной оценки (вторичная оценка) стрессора. Первичная оценка стрессорного воздействия (primary appraisal) заключается в вопросе – «что это значит для меня лично?» Информация воспринимается и оценивается в таких субъективных параметрах как масштаб непосредственной угрозы и как масштаб отдельных неблагоприятных последствий. Восприятие и оценка стрессора, связанного с военными действиями сопровождаются соответствующими эмоциями: растерянностью, озабоченностью, страхом, тревогой, надеждой и др. Вторичная когнитивная оценка этой информации (secondary appraisal) - это оценка личностного смысла ситуации, собственных ресурсов, и возможности решить проблему; она выражается в вопросе – «что я могу сделать?» Далее включаются более сложные процессы регуляции поведения: мотивация, цели, ценности. Однако непосредственной причиной стресса является субъективная оценка смысловой (семантической) составляющей ситуации в ее доминирующем негативном контексте (опасность, неопределенность, непредсказуемость развития, противоречивость ситуации и, главное – недостаточный контроль за ситуацией).

Стресс затрагивает физиологические, биохимические и психологические параметры человека. Однако наиболее интегративным показателем субъективного ответа на воздействие ситуации военного времени является изменение поведения. Специфика его заключается в невозможности устранения травмирующих факторов. Поведение при этом может изменяться в диапазоне от снижения активности и нарушений сложных форм целенаправленной деятельности, ее планирования и оценивания при умеренной степени психической напряженности до дезорганизации поведения с преобладанием стереотипных реакций, не адекватных ситуации и не имеющих приспособительного значения, или состояний выученной беспомощности при более выраженных степенях психической напряженности.

Стресс у всех обследованных начинался сразу после начала переживания события потенциального угрожающего характера, после осознания чрезвычайной субъективной значимости этого события и предполагаемой угрозы, исходящей из сложившейся ситуации. Он проявлялся как в режиме ожидания неблагоприятной ситуации, так и в режиме ее проживания (непосредственные боевые действия). Человек сталкивался с ситуацией, обладающей повышенной неопределенностью, для которой не было готовых способов решения, воспринимаемой как неподконтрольной и превышающей обычные адаптационные возможности и способы реагирования, в силу чего приводящей к растерянности, замешательству и беспомощности.

Дальнейшее реагирование на стресс было связано с восприятием и переживанием событий, связанных с военными действиями как реальности новой экстремальной логики жизни. У многих лиц этот кризис становился поворотным пунктом в жизни, новой жизненной реальностью. Способ познания этого опыта и его интеграции в общий жизненный опыт человека во многом определял успешность и качество его жизни и психологического благополучия в дальнейшем. Субъективное проживание этого опыта было пронизано базовыми темами человеческой экзистенции (существования), на которых держится весь жизненный опыт человека. Накопление опыта переживания травматической реальности оказывало неблагоприятное влияние на психологическое благополучие человека и качество его социальной жизни. В широком смысле слова – это опыт жизни, осознания масштабных вызовов своему собственному бытию в условиях экстремальной ситуации.

Все неблагоприятные последствия травматического стресса, связанного с военными действиями, у обследованного контингента, по степени их выраженности и масштабности распространения были разделены на три группы:

I. Социопатии или нарушения социального самочувствия – проблема, не относящаяся к спектру медицинских проблем.

II. Посттравматические стрессовые состояния (ПТСС) – проблема, квалифицируемая как медицинская.

III. Индивидуально-специфические посттравматические психопатологические феномены – экзистенциально-гуманистическая проблема.

**I. Социопатии или феномен неаутентичной жизни («жизни под обстрелами»).** Опыт масштабных негативных переживаний и страданий, накапливающийся в условиях длительно (многолетнего) экстремального стресса, у значительной (если не у всех) части населения этих регионов, на наш взгляд, нельзя рассматривать с позиции медицинской (психиатрической) интерпретации массовых изменений психического здоровья. Скорее всего, в большинстве случаев речь идет о так называемых социопатиях, о нарушении социального самочувствия [34], а не о психических расстройствах как таковых. Поэтому ресурсы и возможности психиатрии не могут в полной мере использоваться в отношении массовых проявлений социальной турбулентности (социальных потрясений).

Наиболее характерной особенностью массовых социопатий, формирующихся в условиях истощения ресурсов активного сопротивления (противодействия) стрессу, является по нашим данным стойкое снижение ощущения психологического благополучия, осознаваемого как проявление неаутентичной жизни.

Аутентичность подразумевает способность быть самим собой, понимания себя, следование собственным ценностным ориентациям, идеям и убеждениям, то подлинное Я, которое выражается в реализации человеком самого себя [35]. В соответствии с пониманием аутентичности в экзистенциальном анализе, - это «потенциальная возможность человека быть человеком в полном смысле этого слова» [36].

Феномен неаутентичной жизни (неаутентичного способа существования) как базовый феномен «жизни под обстрелами» в той или иной форме является универсальной составляющей состояний непатологической психической дезадаптации как субклинического, акцентуированно-личностного феномена. Он отражает неспособность человека в условиях хронического экзистенциального стресса и столкновения человека с границами своего существования (бытия-небытия) реализовать свой потенциал, себя самого, свое Я.

Понятие «аутентичность» ввел М. Хайдеггер, который опираясь на труды С. Кьеркегора и Ф. Ницше, считал, что аутентичность личности лежит в основе ее самоопределения и способствует самовыражению и самореализации человека [37].

Выступая понятием многогранным, сложным и порой неоднозначным, аутентичность вбирает в себя такие концепты, как индивидуальность, конгруэнтность, самоактуализация, самость, суверенность личности, самоценность, искренность, идентичность. При этом, как замечает С.К. Нартова-Бочавер, проблематичен онтологический статус аутентичности, которая рассматривается и как способность, и как черта, как чувство, качество, состояние, характеристика, процесс. Наконец, Д.А. Леонтьев и А.Е. Шильманская [38] рассматривают аутентичность как одну из составляющих жизненной позиции личности, а И.В. Вачков и Т.К. Хромова [39] обращают внимание на тесную взаимосвязь аутентичности с самореализацией.

Социопатии или состояния непатологической дезадаптации и неаутентичной жизни в условиях длительного экзистенциального стресса, связанного с «жизнью под обстрелами», являются следствием повышенной напряженности в обществе в связи с ощущением постоянной угрозы безопасности.

Первичными механизмами формирования феномена неаутентичной жизни, как результата хронического экзистенциального стресса, является когнитивная оценка человеком различных компонентов сложившейся ситуации. В когнитивной психологии широко используется понятие «схема» («убеждения», «правила», когнитивные паттерны, личностные конструкты) как относительно устойчивые когнитивные модели, посредством которых люди сортируют и синтезируют поступающую информацию [40]. Схема рассматривается как особым образом организованная система прошлого опыта, обретенного в процессе познания, с помощью которого объясняются переживание опыта настоящего времени и реакции человека на различные ситуации.

В обычной ситуации у человека преобладают адаптивные, ориентированные на аутентичное существование схемы или базовые убеждения личности (например, вера в то, что в мире больше добра, чем зла; убеждение в том, что мир полон смысла; убеждение в ценности собственного Я). Дисфункциональные схемы (ранние дезадаптивные схемы), возникающие еще в детском возрасте в результате дисфункциональных отношений со значимыми людьми, чаще всего длительное время остаются в дезактивированном состоянии.

В ситуации длительного экзистенциального стресса возникает противоречие с базовыми убеждениями человека - имплицитными, глобальными, устойчивыми представлениями индивида о мире и о себе, оказывающими влияние на мышление, эмоциональные состояния и поведения человека [41]. Базовые убеждения личности претерпевают серьезные изменения, в результате которых основательно разрушаются привычные жизненные представления и схемы поведения, активизируя при этом ранние дезадаптивные схемы.

Эти дисфункциональные схемы ложатся в основу ограничительных аспектов жизнедеятельности больших контингентов людей. Они представляют собой дезадаптивные эмоционально-когнитивные структуры, организующие опыт и поведение, негативно влияющие на актуальное восприятие окружающего мира и управление собственной деятельностью.

Дисфункциональные схемы, возникающие в условиях экзистенциального кризиса, связанного с «жизнью под обстрелами», проявляются специфической деформацией личности в виде постоянной угнетенности, уныния, неопределенности будущего, тематической ограниченности сферой, относящейся к драматическим (трагическим) событиям с тенденцией к почти полному вытеснению позитивных стимулов. Они являются ригидными, самоподдерживающимися механизмами, которые заставляют многих людей фиксироваться на когнициях, отражающих негативный опыт осмысления сложных ситуаций:

а) убеждении о враждебности и опасности внешнего мира;

б) представлении о себе, собственном Я как о личности незащищенной, уязвимой, некомпетентной;

в) переживании глобальной ломки устоявшихся жизненных представлений, убеждений, стереотипов поведения, ценностных нормативов.

Этот опыт резко противоречит базовым убеждениям людей; существовавшая ранее уверенность в собственной защищенности и неуязвимости оказывается иллюзорной, разочарование приводит к потере жизненных ориентиров. Такой способ существования человека в условиях невозможности самоактуализации и аутентичной жизни является наиболее распространенной формой социопатий, связанных с длительным проживанием драматических событий войны. К основным

признакам феномена неаутентичного существования (не подлинной жизни) по нашим данным относятся:

- зависимость от внешних факторов и обстоятельств, невозможность оставаться самим собой;

- неконгруэнтность - невозможность согласования слов и действий с убеждениями;

- конформность - вынужденное принятие навязываемых взглядов и убеждений;

- несамостоятельность решений и поступков;

- заниженная самооценка;

- невозможность полноценной самореализации.

В основе «посттравматических» или неаутентичного существования человека, помимо непосредственных угроз жизни и безопасности лежат различные виды длительной депривации или изоляции, которые сопровождаются ломкой привычной системы адаптации привычной системы ценностей, привычной системы жизнеобеспечения. Наиболее характерными являются три вида изоляции, приводящих к постепенному разрушению субъектности человека:

а) экзистенциальная изоляция – связана с самим существованием человека и сопровождается чувством пустоты, оторванности от мира, беспокойства утраты образа жизни, точек опоры и бессилием;

б) межличностная изоляция – значительное сужение круга общения и ограниченность социальных ролей, тревога по поводу незавершенных дел, перспектив дальнейшего развития событий, раздражение в связи со сменой ритма жизни;

в) внутриличностная изоляция – нарушение целостности психического опыта и взаимодействия различных составляющих личностного потенциала.

По существу, феномен неаутентичной жизни, связанный с переживанием тотальной депривации – это специфический («новый») способ существования человека, его «бытия-в-мире», связанный с ограничениями внутренней свободы и возможности удовлетворения собственных потребностей. С учетом психологической неготовности к существенному изменению устоявшихся стереотипов и ограничению свобод это может оказать негативное влияние на личность человека, приводя к снижению его познавательно-коммуникативной активности, в понимании и

предвосхищении событий и т.п. Потеря ресурсов в этом случае будет рассматриваться как первичный механизм, запускающий стрессовые реакции, влекущие за собой дистресс с потерей субъективного благополучия.

Осознание неаутентичности собственной жизни, неспособности должным образом ее организовать в условиях постоянной угрозы ее безопасности сопровождается драматизацией массовым сознанием пессимистических оценок происходящих событий, дезактуализацией ценностно-нормативной системы человека с последующим ухудшением социального самочувствия.

Существование в условиях неаутентичной жизни приводит к утрате адаптивных функций, сформированных в прежних жизненных обстоятельствах. Вынужденное и не комфортные стереотипы поведения в ограничительных условиях, как средство упрощения адаптации к ним, не всегда оправданы и воспринимаются как чуждые. Человек утрачивает ориентиры для приложения своих автоматизированных приспособительных реакций. Это является основным источником напряжения и порождает ощущение маргинальности положения – нахождения людей между привычным образом жизни и длительной перспективой нового жизненного порядка, состоящего из многочисленных ограничительных мер (комендантский час, вынужденная физическая изоляция, дефицит привычных услуг и т.п.) В такой среде накапливается потенциал сомнений, неуверенности, непонимания, ангедонических тенденций.

Таким образом, неаутентичная жизнь – это реализация дисфункциональных схем, разрушающих привычные жизненные представления и создающих некомфортные условия существования. К активации этих схем приводят многочисленные ситуации «жизни под обстрелами», вступающие в противоречие с базовыми ценностями и убеждениями человека. Подлинная реальность, отражающая привычный образ жизни, замещается в сознании людей иррациональной «реальностью», насыщенной тревожными ожиданиями и пессимистическими атрибуциями, делающими человека бессильным, неспособным адекватно оценить ситуацию и действовать в соответствии с общепринятыми социальными ориентирами. Такая неаутентично-центрированная жизнедеятельность как форма массовых социопатий в условиях длительного экзистенциального

стресса создает предпосылки для формирования клинически выраженных личностных дисфункций и индивидуально-специфических психопатологических стресс-синдромов.

**II. Посттравматические стрессовые состояния.** В МКБ-10 в качестве самостоятельного раздела для обозначения посттравматических стрессовых состояний (ПТСС) представлена рубрика F40-F48 Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

1. Все расстройства объединены в одну большую группу в силу их исторической связи с концепцией невроза.

2. Расстройства, связанные со стрессом – это не невротические, а особый вид расстройств, затрагивающий все существование человека.

3. Выделение в МКБ-10 отдельной диагностической рубрики «органические, включая симптоматические органические расстройства» подразумевают, что все остальные психические расстройства, включая ПТСС, относятся к неорганическим, т.е. не имеющим очевидного патоморфологического субстрата.

А если это так, то ПТСС не относятся ни к органическим, ни к невротическим расстройствам.

Тогда к какой категории относятся люди, пережившие и переживающие тяжелую (экстремальную) жизненную ситуацию и состояние психической дезадаптации?

Это большие в общемедицинском смысле этого слова?

Это люди, претерпевшие много горя и пребывающие в состоянии духовного кризиса, фрустрации в области духовной жизни?

Это люди с естественной защитной психологической реакцией на стресс?

Официальная систематика ПТСС не дает ответов на эти вопросы. Большинство ПТСС рассматриваются как расстройства, связанные со стрессом, как патология, без выделения специфического для отдельного пациента спектра переживаний и своеобразия личностных дисфункций. Значимым при этом является акцентирование внимания не на содержании интрапсихического конфликта и деструкции экзистенциальных данностей человека, а на интенсивности стрессовых жизненных событий. Не учитываются при этом и особенности ресурсов личности, которые могут остановить стрессогенное воздействие на субклиническом уровне реагирования в

виде непатологических форм психической дезадаптации.

Следует, правда, отметить, что по версии МКБ-10 не все реакции личности на стресс должны рассматриваться как аномальные и кодироваться кодами главы F. Допускаются и нормальные стресс-реакции, не выходящие за уровень психологических реакций, которые должны квалифицироваться с помощью кодов главы XXI – проблемы, имеющие отношение к затруднениям в решении повседневных жизненных задач, сопровождающимся непатологической психической дезадаптацией. К такого рода состояниям относятся и некоторые диагностические категории (например, F43 – острые реакции на стресс, которые как декларируется в МКБ-10 «развивается без видимого психического расстройства».

От классической клинической диагностики ПТСС существенно отличается экзистенциально-феноменологический подход, который позволяет, во-первых, проникать в содержание психопатологических переживаний, связанных со стрессом, путем их феноменологического анализа, а, во-вторых, широко использовать т.н. контекстуальные факторы (глава XXI МКБ-10, Z73.1; Z73.3) – возможность оценки уровня патологизации последствий стрессогенного воздействия.

При таком подходе все ПТСС можно разделить на три группы нарушений, акцентирующих внимание на глубину и содержательные их характеристики:

1. Ситуативные личностно-акцентуированные стресс-реакции (комбатантные акцентуации личности).

2. Острые и подострые (транзиторные) посттравматические (аномальные) стресс-синдромы.

3. Хронические посттравматические изменения личности.

**1. Ситуативные акцентуированные личностные стресс-реакции или комбатантные акцентуации личности (Z73.1-Z73.3)** представляют собой опосредованную акцентуированной индивидуальностью субъективную репрезентацию стрессовой ситуации субклинического уровня, без четкого синдромального оформления.

В качестве основных черт «комбатантной акцентуаций личности» выделяются: эмоциональная неустойчивость; раздражительность, вплоть до бурных агрессивных вспышек; тревога и настороженность; усиленная рани-

мость; недоверчивость к окружающим людям, особенно в отношении военных командиров и государственных структур; избирательность и сложность в установлении межличностных контактов, ведущих к снижению их количества; обостренное чувство справедливости.

Диагностические признаки стресс-реакций:

- избирательность акцентуированно – личностного реагирования на стрессовую ситуацию;

- переживания **угрозы** безопасности, потери личностных ресурсов и **потенциальных рисков** для собственного благополучия;

- обратимость проявления при мобилизации и активации собственных ресурсов;

- переход в стадию деструктивных личностных феноменов при нарастании тяжести и длительности травматической ситуации и иммобилизации потенциальных личностных возможностей.

Типологические (феноменологические) варианты травматических стресс-реакций субклинического уровня:

а) феномен ожидания «виртуального небытия» (смерти);

б) фрустрационное тревожное беспокойство;

в) ситуационно ограниченное паническое настроение;

г) ситуационно ограниченное паническое настроение и поведение;

д) дисбаланс жизнестойкости.

Общим признаком ситуативных акцентуировано-личностных стресс-реакций явилась их приоритетная встречаемость у лиц, мобилизованных для прохождения военной службы, и участвовавших в боевых действиях. Отсутствие у большинства из них мотивации и психологической готовности к выполнению служебных обязанностей в сочетании с резкой негативной трансформацией образа жизни и нарастающим объемом угроз для жизни оказывало мощное стрессогенное воздействие и сопровождалось поиском путей для радикального и быстрого разрешения этой ситуации. Чаще всего в этих случаях высказывались жалобы на непереносимость нагрузок, неуверенность, сложные взаимоотношения с сослуживцами, невозможность влиять на ситуацию. Использовались любые способы для получения возможности быть направленным на медицинское обследование, которое, как правило, умышленно затягивалось и чаще всего с учетом характера жалоб завершалось

обращением к психиатру. Предъявляемые при этом жалобы тревожно-депрессивного и интерсомнического содержания, фиксация на переживаниях трагических событий, драматизация оценок этих событий и собственного поведения носили шаблонизированный характер, усиливались при консультативных осмотрах (плач, дрожь в теле) и особенно нарастали в преддверии принятия военно-врачебной комиссией решения о годности и военной службе. Возникающие при этом кратковременные тревожно-депрессивные реакции в большей мере были связаны с низкой их стрессоустойчивостью (почти всегда подтверждавшейся при психологическом исследовании) и переживаниями в связи с предстоящим экспертным решением, т.е. с установочным поведением. Нарушений социального функционирования и продуктивности у этого контингента не было, однако наблюдались более или менее выраженные проявления акцентуировано-личностного уровня, не достигающие степени синдромальной завершенности.

**Феномен ожидания «виртуального небытия» (смерти).** Участие в боевых действиях сопровождается быстро накапливающимся опытом вероятной (неизбежной) смерти. С экзистенциальных позиций ожидание смерти является основным базовым источником тревоги.

Столкновение человека с угрожающими жизни обстоятельствами представляет собой кризис экзистенции – резко активизируется экзистенциальная тревога смерти и ее клиническое выражение – страх.

Феномен «виртуального небытия» – утрата целостности Я, дезинтеграция личности, утрата самоидентичности – ощущения себя как личности, человека, субъекта.

Переживания смерти могут целиком заполнить внутренний мир человека, определять для него реальности и в дальнейшем привести к глобальным личностным трансформациям, изменению ценностно-смысловой и мировоззренческой сфер жизни.

**Фрустрационное тревожное беспокойство.** Базисным (стержневым, сквозным) признаком специфических посттравматических психопатологических феноменов является континуум страх-тревога-паника. Эти эмоционально-стрессовые феномены в определенной мере соотносятся с фазами развития стресса (хронического стресса) в формате эустресса и дистресса.

Первыми признаками психологического стресса были беспокойство и тревожные ожидания, связанные не с непосредственным воздействием травматического фактора, а с устрашающими представлениями о нем. Количественные и качественные особенности этих проявлений зависели, главным образом, от субъективной когнитивной оценки события. Тревога в форме озабоченности и естественной настороженности в связи с предчувствием потенциальной опасности от мобилизации является естественной реакцией человека на сложившуюся ситуацию. Однако довольно быстро, по мере накопления событий, оцениваемых как «каскад угроз жизни», уровень тревожности повышался, и со временем она становилась постоянной, изматывающей и лишала человека возможности адекватно функционировать во многих сферах жизни.

Тревога, как и страх – нормальная психологическая реакция на трудную жизненную ситуацию, способствующая мобилизации адаптивных ресурсов на преодоление ситуации, представляющей угрозу выживания. Однако повышенный уровень тревожности в условиях продолжающегося стресса выходил за пределы нормы и становился фактором, дезорганизирующим жизнедеятельность человека и приводящим к ухудшению или утрате ресурсов психологической устойчивости, необходимых для нормального самочувствия и повышению уязвимости к формированию фобических реакций жизненно-угрожающего содержания.

Тревога – устойчивое переживание эмоционального беспокойства. Это состояние связано с ожиданием неблагоприятия, грозящей опасности, угрозой физической безопасности, относящейся к ближайшему или отдаленному будущему. Тревога переживалась как неопределенное, смутное чувство возможного наступления неблагоприятных для него событий. Тревога травматического происхождения, как правило, поддавалась логическому объяснению со стороны индивидуума, хотя и не всегда была соразмерна реальным обстоятельствам. Специфика и парадоксальность этого феномена заключалась в том, что человек испытывающий тревогу, делал все, чтобы ее вновь и вновь пережить, обращаясь к воспоминаниям о травмирующих обстоятельствах.

В некоторых случаях в стадии резистентности тревога могла быть подавлена и устранена



ресурсными возможностями человека или потерей субъективной значимости ситуации. Это позволяло говорить о возможности эустресса, когда мобилизация всех ресурсов приводит к полной адаптации к новым условиям и возвращению в зону комфорта. Однако в случае ситуации военного времени снижения тревоги не происходило из-за всевозрастающего объема негативных событий. Более того, нарастали деструктивные явления в виде дальнейшей когнитивной переработки тревоги и формирования безотчетных страхов смерти, не имеющих достаточной логической аргументации.

Известно, что самый сильный страх человека – это страх перед небытием – этот страх парализовывал волю, лишал возможности влиять на ситуацию, блокировал позитивную энергию, порождал мысли о мерах защиты, о том, как выжить в сложившейся ситуации (метафора «чуть не умер от страха» точно передает переживание сильного страха).

Идеальная ситуация для появления страха в условиях военных действий – это ситуация неопределенности, потенциальной опасности. Это заставляло сознание людей прорабатывать самые негативные сценарии развития событий, не соответствующие реальной тяжести ситуации варианты «спасения», нелогичные способы поведения в ответ на потенциальную опасность.

Благодаря страху, восприятие ситуации, как реального повода для беспокойства, очень быстро (примерно спустя месяцы) трансформировались панические состояния, которые нами рассматривались как психологический (психопатологический) эквивалент третьей стадии стресса – стадии истощения или угнетения всех систем и резервных возможностей организма.

**Ситуационно ограниченные паническое настроение и поведение.** Паника (паническое состояние) – это состояние интенсивного страха, растерянности, потери точки опоры, субъективной катастрофизации представлений о неизбежной смерти. У всех обследованных при столкновении с жизненно опасными ситуациями. Паника проявлялась снижением способности к самоуправлению, способности контролировать события, занимать определенную позицию, принимать решения относительно своей жизни, предчувствием непоправимых, трагических последствий пребывания в опасных для жизни условиях.

Понятие «паника» феноменологически охватывает определенный спектр состояний, характеризующихся потерей самообладания и установки на мобилизацию разумных и адекватных действий. Это состояние сильного безотчетного страха и дезорганизирующего поведения, не поддающегося сознательному контролю, логическому мышлению и критической оценке. Это своеобразное переживание утраты автономии, субъективности, собственной защищенности, способности к самодетерминации и самореализации, утраты свободы выбора (внутренней свободы). Важнейшим компонентом паники является утрата поисковой активности или способности к поиску решения в условиях неопределенной ситуации.

Мы наблюдали три вида панических состояний: а) паническое настроение; б) паническое поведение; в) панические атаки (панические расстройства).

**Феномен панического настроения** проявляется сильным и постоянным волнением, осознанием реальности возникающей всеобщей угрозы. Ожидание беды быстро трансформируется в чувство непосредственной личностной опасности. Это состояние носит очевидный раздражительный характер, оно индуцируется информацией, распространяемой в медиaprостранстве, побуждая ориентироваться на поведение других (по типу цепной реакции). В отличие от панического расстройства паническое настроение ограничено конкретной ситуацией, связанной со страхом, не распространяется на другие ситуации и носит перманентный, а не приступообразный характер как при панических атаках. Паническое настроение как личностный уровень восприятия и переработки угрозы безопасности и утраты жизненной перспективы непосредственно связано с пессимистическими оценками собственного благополучия и благополучия своих близких.

**Феномен панического поведения** характеризуется хаотичностью и непредсказуемостью. Эмоционально продиктованные решения и поступки, совершаемые в этом состоянии, как правило, продиктованы преувеличенными представлениями об опасности. Человек перестает чувствовать себя активным субъектом сообщества, не имея конкретного плана действий. Паника в этом случае проявляется чувством бессилия и невозможности повлиять на ход событий и собственную перспективу.

Следует отметить, что панические состояния (настроение и поведение) не могут считаться исключительно клинической проблемой, так как они не всегда сопровождаются субъективным ощущением болезни. Поэтому они должны рассматриваться не как невротические реакции, а как феномены, представляющие собой один из вариантов деструкции ценностно-нормативных устоев личной жизни и привычных ориентиров поведения.

**Паническое расстройство (панические атаки)** – это психические расстройства, возникающие у конкретного человека в определенной фобической ситуации. Они имеют четко выраженный индивидуальный оттенок переживаний и являются сугубо психиатрическим аспектом паники как феномена и представляют собой наиболее неблагоприятный вариант ее развития (проявления этого феномена рассматриваются в следующем разделе).

**Дисбаланс жизнестойкости.** Феномен отражает трудности в преодолении стрессогенных жизненных событий в связи с недостаточным развитием таких интегративных личностных качеств как: а) вовлеченность в процесс жизни; б) контроль или возможность влияния на ход событий; в) принятие риска или способность принять вызов. Эти качества личности, определяющие уровень жизнестойкости («hardiness») рассматриваются как установка на выживаемость и как абсолютно эффективные (в отличие от копинг-стратегий) способы совладания со стрессом [42-44].

Дисбаланс различных компонентов жизнестойкости отражает низкий уровень способности контролировать ситуацию, целеполагания, готовности к эффективному взаимодействию личности и стрессогенной ситуации, способности к когнитивной структуризации и осмыслению ситуации и планомерному решению проблем. Это повышает уязвимость к дезадаптивному реагированию на стресс, снижает самоэффективность при попытках его преодоления и восстановления своей уникальной идентичности.

**2. Острые и подострые (транзиторные) аномальные посттравматические стресс-синдромы.** В эту группу входят собственно посттравматические стрессовые расстройства (расстройство адаптации – F43.2 и ПТСР – F43.1, сопровождающиеся значительным нарушением социального функционирования и продуктивности в период адаптации к значительным изменениям в жизни или стрессо-

вым жизненным событиям. Диагностические критерии этих расстройств довольно четко описаны в МКБ-10 и не нуждаются в дополнительных уточнениях и дополнениях. Однако требует анализа феномен транзиторного панического расстройства (F41.0) как наиболее специфичного для лиц, непосредственно участвовавших в боевых действиях.

**Транзиторное паническое расстройство,** представленное самостоятельной диагностической категорией, связанной с нарушением психической адаптации, дезорганизацией сознания и поведения, выходящей за пределы нормы. Это, во-первых, индивидуальная реакция человека чаще всего на воображаемую опасность (на ситуацию, которая в данный момент не является реально опасной) и не воспринимается как угрожающая окружающими и, во-вторых – это реакция обеспокоенности и тревоги связана с первичными неприятными ощущениями (сердцебиение, головокружение и др.) или с конкретной психотравмирующей ситуацией. Эта специфическая и системная психическая реакция заключается в интерпретации события катастрофическим образом, которая описывается как «ужасная, глубинная эмоция, вытягивающая нас за пределы нашей способности представить себе более ужасное переживание... для психиатра нет более значительной боли, чем взрывающаяся и лично разрушающая паническая атака. В этом случае панические состояния соответствуют критериям нарушенного психического здоровья по версии ВОЗ: несоответствие (неадекватность) психических реакций социальным обстоятельствам и ситуациям, неспособность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами и правилами, неспособность планировать собственную жизнедеятельность, неспособность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и др.

Таким образом, возникновение паники означает переход стресса в заключительную, третью стадию, которая характеризуется истощением своих сил, своей жизненной энергии, когнитивных функций, способности к целенаправленным и решительным действиям всех своих ресурсов. Все это позволяет рассматривать длительно существующую панику не просто как одну из негативных эмоциональных реакций, а как панический, экзистенциальный кризис личности. Этот

кризис представляет собой особый способ существования, «бытия-в-мире». Он проявляется утратой экзистенциальной свободы – ориентиров для сознания принимаемых решений, и осмысленного выбора наилучших возможностей из тех, что предоставляется ситуацией и обстоятельствами, переживанием неспособности брать ответственность за собственную жизнь, потерей контроля над ситуацией, принятием образа «жертвы» обстоятельств. Такая дезинтеграция личности сопровождается утратой человеческого достоинства и делает человека уязвимым и беззащитным перед любым заболеванием.

**3. Хронические посттравматические изменения личности** – затрагивают масштабные проблемы человеческого бытия в условиях глобальных кризисных явлений и длительной подверженности угрожающей жизненной си-

туации (F 62.8). Эти изменения проявляются ригидными и дезадаптирующими признаками, приводящими к нарушению в межперсональном, социальном и профессиональном функционировании. Приводимые в МКБ-10 диагностические указания охватывают такие признаки как: а) социальную отгороженность; б) враждебное или неадекватное отношение к миру; в) ощущение пустоты и безнадежности; г) хроническое чувство волнения и постоянной угрозы существования «на грани»; д) отчужденность.

Как правило, хроническим посттравматическим изменениям личности предшествует посттравматическое стрессовое расстройство. Наиболее выраженное и быстро формирующиеся личностные деформации наблюдаются у лиц, побывавших в плену и являющихся жертвами пыток.

*Абрамов В.А.<sup>1</sup>, Мельниченко В.В.<sup>1</sup>, Бабуря Е.В.<sup>2</sup>*

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ФЕНОМЕНЫ, СВЯЗАННЫЕ С ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫМ СТРЕССОМ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ  
(СООБЩЕНИЕ 1. СОЦИОПАТИИ. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРЕССОВЫЕ СОСТОЯНИЯ)

<sup>1</sup>Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР;

<sup>2</sup>Психиатрическая больница № 1, г. Макеевка, ДНР

Статья посвящена анализу содержательных характеристик психологических и психопатологических феноменов, отражающих индивидуально-специфические, глубокие личностные переживания и страдания у лиц, длительное время находившихся в условиях травматического стресса, связанного с военными действиями. В зависимости от интенсивности переживания стресса военного времени были сформированы три группы исследования: 1-я группа – 130 человек мужского пола, мобилизованные для прохождения военной службы; 2-я группа – 60 человек – лица мужского пола, призванные на военную службу по контракту и 3-я группа – 110 человек – лица смешанного пола в течение длительного времени переживавшие стресс, связанный с военными действиями. На основании системного изучения выраженности и масштабности распространения неблагоприятных последствий травматического стресса у обследуемого контингента была составлена авторская классификация психологических и психопатологических состояний. К ним были отнесены: 1. Социопатии; 2. Посттравматические стрессовые состояния (ПТСС) и 3. Индивидуально-специфические посттравматические психопатологические феномены. Две первые категории были подробно описаны с теоретической и практической точек зрения.

Ключевые слова: экзистенциальный стресс, военные действия, психологические и психопатологические феномены

*Abramov V.A.<sup>1</sup>, Melnichenko V.V.<sup>1</sup>, Babura E.V.<sup>2</sup>*

PSYCHOLOGICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL PHENOMENA ASSOCIATED WITH WAR-TIME EXISTENTIAL STRESS  
(REPORT 1. SOCIOPATHIES. POSTTRAUMATIC STRESS CONDITIONS)

<sup>1</sup>State educational institution of higher professional education

«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR;

<sup>2</sup>Psychiatric Hospital № 1, Makeevka, DPR

The article is devoted to the analysis of the content characteristics of psychological and psychopathological phenomena that reflect individual-specific, deep personal experiences and suffering in people who have been under conditions of traumatic stress associated with military operations

for a long time. Depending on the intensity of wartime stress experience, three study groups were formed: group 1 - 130 males mobilized for military service; the 2nd group - 60 people - males called up for military service under the contract and the 3rd group - 110 people - people of mixed sex for a long time experiencing stress associated with military operations. Based on a systematic study of the severity and scale of the spread of adverse effects of traumatic stress in the surveyed contingent, the author's classification of psychological and psychopathological conditions was compiled. They included: 1. Sociopathies; 2. Post-traumatic stress states (PTSS) and 3. Individual-specific post-traumatic psychopathological phenomena. The first two categories were described in detail from a theoretical and practical point of view.

Keywords: stress, military actions, psychological and psychopathological phenomena

### *Литература*

1. Хохлов Л.К. Посттравматическое стрессовое расстройство и проблема коморбидности. Соц. и клин. психиатрия. 1998; №2: 116-122.
2. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы. Психологический журнал. 1992; №2: 14-16.
3. Киндрас Г.П., Тураходжаев А.М. Влияние посттравматических стрессовых расстройств на адаптацию воинов-ветеранов войны в Афганистане. Соц. и клин. психиатрия. 1992; №1: 33-36.
4. Сидоров П.И. Психическое здоровье ветеранов афганской войны. Архангельск; 1999. 384.
5. Крылов К.Е. Клиника посттравматических стрессовых расстройств у военнослужащих срочной службы участвовавших в боевых действиях: автореф. дис...канд. мед. наук. СПб; 2000. 20.
6. Морозов В.М., Булыко В.И., Рустанович А.В., Козаченко В.В. Психическое состояние военнослужащих, освобожденных из плена. Воен. мед. журн. 1997; №5: 47-48.
7. Рустанович А.В., Гуляев В.А. Боевая психическая травма и оказание психиатрической помощи легкопораженным на этапе медицинской эвакуации. Воен.- мед. журнал. 1995; №3: 32-37.
8. Маклаков А.Г., Чермянин С.В., Шустов Е.Б. Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов. Психол. журн. 1998; Т.19, №2: 15-26.
9. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Снедков Е.В. и др. Реакции боевого стресса и медико-психологическая реабилитация участников войн. Российский психиатрический журнал. 1997; №1: 35-38.
10. Нечипоренко В.В., Шамрей В.К. Некоторые дискуссионные вопросы психиатрии катастроф. Мед. катастроф. 1997; №1(17): 109-118.
11. Kormos H.R. The nature of combat stress. Stress disorders among Vietnam veterans. 1978; 3-22.
12. Kulak R.A., Schwinger W.E., Fairbank J.A., Hough R.L, Jordan B.K., Marmar C.R. Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. New-York: Brunner: Mazel. 1990.
13. Orr S.P., Claiborn J.M., Altman B., Fergue D.F., de Jong J.B., Pitman R.K. & Herz L.R. Psychometric Profile of PTSD, Anxious, and Healthy Vietnam Veterans: Correlations with Psychophysiologic Responses. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1990; №58.
14. Scull C.S. Existential themes in interviews with Vietnam veterans: doctoral dissertation. Institute of Transpersonal Psychology; 1989.
15. Horowitz M.J., Wilner N.Y., Kaltreider N., Alvarez W. Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. Archives of General Psychiatry. 1980.
16. Бакунц А.Г. Психические расстройства у армянских добровольцев, сражавшихся в Карабахе. Обозр. психиатр. и мед. психол. 1994; №2: 77-79.
17. Цыганков Б.Д. Психические нарушения у беженцев и их медико-психологическая коррекция: рук. для врачей. М-во здравоохранения РФ. Кислово. Центр псих. здоровья. Кисловодск. 1998; 135.
18. Асанов А.О. Особенности аффективных расстройств, выявляемые у вынужденных переселенцев. Журнал невропатологии и психиатрии. 2000; №5: 32-38.
19. Былим А.И. Психические нарушения у беженцев и их терапевтическая коррекция: автореф. дис...канд. мед. наук. М.; 1997. 25.

20. Бакунова И.В. Вынужденная миграция как стрессогенный фактор [Электрон. ресурс]. URL: <http://conf.stavsu.ru/conf.asp?ReportId=324>.
21. Yanni E.A., Naoum M., Odeh N., Han P., Coleman M., Burke H. The Health Profile and Chronic Diseases Comorbidities of US-Bound Iraqi Refugees Screened by the International Organization for Migration in Jordan: 2007–2009. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2012; 1-9.
22. Jamil H., Hakim-Larson J., Farrag M., Kafaji T., Jamil L.H., Hammad A. Medical complaints among Iraqi American refugees with mental disorders. *Journal of Immigrant Health*. 2005; 7(3): 145–152.
23. Jamil H., Nassar-McMillan S., Lambert R., Wang Y., Ager J., Arnetz B. Pre-and post-displacement stressors and time of migration as related to self-rated health among Iraqi immigrants and refugees in Southeast Michigan. *Medicine, Conflict and Survival*. 2010; 26(3): 207–222.
24. Taylor E., Yanni E., Pezzi C., Guterbock M., Rothney E., Harton E., Montour J., Elias C., Burke H. Physical and mental health status of Iraqi refugees resettled in the United States. *J Immigr Minor Health*. 2013; 16(6): 1-8.
25. Lindert J., Brahler E., Wittig U., Mielck A., Priebe S. Depression, anxiety and posttraumatic stress disorders in labor migrants, asylum seekers and refugees: a systematic overview. *Psychother Psychosom Med. Psychol*. 2008; 58(3-4): 109-122.
26. Ястребов В.С. Терроризм и психическое здоровье (масштаб проблемы, толерантность населения, организация помощи). *Журнал неврологии и психиатрии*. 2004; №6: 4-8.
27. Соснин В.А. Психология современного терроризма: Учебное пособие. М.: Форум. 2010; 160.
28. Сочивко Д.В. и др. Подсознание террориста. М. 2006; 128.
29. Салимов К.Н. Современные проблемы терроризма. М.: Щит. 1999; 215.
30. Fairbrother G., Stuber J., Galea S. et al. Posttraumatic stress reactions in New York City children after the September 11, 2001, terrorist attacks. *Ambulatory Pediatrics*. 2003; 3: 304–311.
31. Verger P., Dab W., Lamping D.L. et al. The psychological impact of terrorism: an epidemiologic study of posttraumatic stress disorder and associated factors in victims of the 1995–1996 bombings in France. *American Journal of Psychiatry*. 2004; 161: 1384–1389.
32. Galea S. Ahern J. Resnick H. et al. Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *N Engl J Med*. 2002; 346: 982–987.
33. Laufer A. Psychological growth in the aftermath of terrorist attacks. *Palestine- Israel J*. 2003; 4: 30-36.
34. Головаха Е.И., Панина Н.В. Социальное безумие. История, теория и современная практика. Киев: Арбис; 1994. 168.
35. Клементьева М.В. «Подлинное Я» как предиктор формирующейся взрослости студентов. *Психологическая наука и образование*. 2020; 25 (3): 64-74.
36. Гиньон Ч. Аутентичность. Омский научный вестник. Серия «Общество, история, современность». 2018; 6: 66-74.
37. Нартова-Бочавер С.К. Понятие аутентичности в зарубежной психологии личности: история, феноменология, исследования. *Психологический журнал*. 2011; 32 (6): 18-29.
38. Леонтьев Д.А., Шильманская А.Е. Жизненная позиция личности от теории к операционализации. *Вопросы психологии*. 2019; 1: 90-100.
39. Вачков И.В., Храмова Т.К. Аутентичность и самореализация личности в период ранней взрослости. *Психология и право*. 2021; 11 (4): 14-24.
40. Бек А., Раш А., Шо Б. и др. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер; 2003. 304.
41. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. New York: Oxford University Press; 1992.
42. Kobasa S.C. Hardiness and health: A prospective study. *J. Personal Soc Psychol*. 1982. 42: 168-177.
43. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer; 1984. 456.
44. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл; 2006. 63.

### *References*

1. Khokhlov L.K. Posttraumaticheskoe stressovoe rasstroistvo i problema komorbidnosti [Post-traumatic stress disorder and the problem of comorbidity]. *Sots. i klin. psikiatriya*. 1998; №2:

- 116-122. (in Russian).
2. Tarabrina N.V., Lazebnaya E.O. Sindrom posttravmaticheskikh stressovykh narushenii: sovremennoe sostoyanie i problem [Syndrome of post-traumatic stress disorders: current state and problems]. *Psikhologicheskii zhurnal*. 1992; №2: 14-16. (in Russian).
  3. Kindras G.P., Turakhodzhaev A.M. Vliyanie posttravmaticheskikh stressovykh rasstroistv na adaptatsiyu voinov-veteranov voiny v Afganistane [The impact of post-traumatic stress disorder on the adaptation of veteran soldiers in the war in Afghanistan]. *Sots. i klinich. psikhiiatriya*. 1992; №1: 33-36. (in Russian).
  4. Sidorov P.I. Psikhicheskoe zdorov'e veteranov afganskoi voiny [Mental health of veterans of the Afghan war]. Arkhangel'sk; 1999. 384. (in Russian).
  5. Krylov K.E. Klinika posttravmaticheskikh stressovykh rasstroistv u voennosluzhashchikh srochnoi sluzhby uchastvovavshikh v boevykh deistviyakh [Clinic of post-traumatic stress disorders in conscripts who participated in hostilities]: avtoref. dis...kand. med. nauk. SPb; 2000. 20. (in Russian).
  6. Morozov V.M., Bulyko V.I., Rustanovich A.V., Kozachenko V.V. Psikhicheskoe sostoyanie voennosluzhashchikh, osvobozhdennykh iz plena [The mental state of servicemen released from captivity]. *Voen. med. zhurn*. 1997; №5: 47-48. (in Russian).
  7. Rustanovich A.V., Gulyaev V.A. Boevaya psikhicheskaya travma i okazanie psikhiatricheskoi pomoshchi legkoporazhennym na etape meditsinskoi evakuatsii [Combat mental trauma and the provision of psychiatric care to the lightly injured at the stage of medical evacuation]. *Voen.- med. zhurnal*. 1995; №3: 32-37. (in Russian).
  8. Maklakov A.G., Chermianin S.V., Shustov E.B. Problemy prognozirovaniya psikhologicheskikh posledstviy lokal'nykh voennykh konfliktov [Problems of predicting the psychological consequences of local military conflicts]. *Psikhol. zhurn*. 1998; T.19, №2: 15-26. (in Russian).
  9. Nechiporenko V.V., Litvintsev S.V., Snedkov E.V. i dr. Reaktsii boevogo stressa i mediko-psikhologicheskaya rehabilitatsiya uchastnikov voyn [Combat stress reactions and medical and psychological rehabilitation of participants in wars]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal*. 1997; №1: 35-38. (in Russian).
  10. Nechiporenko V.V., Shamrei V.K. Nekotorye diskussionnye voprosy psikhiiatrii katastrof [Some controversial issues in the psychiatry of catastrophes]. *Med. katastrof*. 1997; №1(17): 109-118. (in Russian).
  11. Kormos H.R. The nature of combat stress. Stress disorders among Vietnam veterans. 1978; 3-22.
  12. Kulak R.A., Schwinger W.E., Fairbank J.A., Hough R.L, Jordan V.K., Marmar S.R. Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. New-York: Brunner: Mazel. 1990.
  13. Orr S.P., Claiborn J.M., Altman B., Fogue D.F., de Jong J.B., Pitman R.K. & Herz L.R. Psychometric Profile of PTSD, Anxious, and Healthy Vietnam Veterans: Correlations with Psychophysiologic Responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1990; №58.
  14. Scull S.S. Existential themes in interviews with Vietnam veterans: doctoral dissertation. Institute of Transpersonal Psychology; 1989.
  15. Horowitz M.J., Wilner N.Y., Kaltreider N., Alvarez W. Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1980.
  16. Bakunts A.G. Psikhicheskies rasstroistva u armyanskikh dobrovol'tsev, srazhavshikhsya v Karabakhe [Mental disorders in Armenian volunteers who fought in Karabakh]. *Obozr. psikhiatr. i med. psikhol*. 1994; №2: 77-79. (in Russian).
  17. Tsygankov B.D. Psikhicheskies narusheniya u bezhentsev i ikh mediko-psikhologicheskaya korrektsiya: ruk. dlya vrachei [Mental disorders in refugees and their medical and psychological correction: hands. for doctors]. *M-vo zdravookhraneniya RF. Kislov. Tsentr psikh. zdorov'ya. Kislovodsk*. 1998; 135. (in Russian).
  18. Asanov A.O. Osobennosti affektivnykh rasstroistv, vyyavlyayemye u vynuздennykh pereselentsev [Features of affective disorders detected in internally displaced persons]. *Zhurnal nevropatologii i psikhiiatrii*. 2000; №5: 32-38. (in Russian).
  19. Bylim A.I. Psikhicheskies narusheniya u bezhentsev i ikh terapevticheskaya korrektsiya [Mental disorders in refugees and their therapeutic correction]: avtoref. dis...kand. med. nauk. M.; 1997. 25. (in Russian).

20. Bakunova I.V. Vynuzhdennaya migratsiya kak stressogennyi faktor [Forced migration as a stress factor] [Elektron. resurs]. URL: <http://conf.stavsu.ru/conf.asp?ReportId=324/>(in Russian).
21. Yanni E.A., Naoum M., Odeh N., Han P., Coleman M., Burke H. The Health Profile and Chronic Diseases Comorbidities of US-Bound Iraqi Refugees Screened by the International Organization for Migration in Jordan: 2007–2009. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2012; 1-9.
22. Jamil H., Hakim-Larson J., Farrag M., Kafaji T., Jamil L.H., Hammad A. Medical complaints among Iraqi American refugees with mental disorders. *Journal of Immigrant Health*. 2005; 7(3): 145–152.
23. Jamil H., Nassar-McMillan S., Lambert R., Wang Y., Ager J., Arnetz B. Pre-and post-displacement stressors and time of migration as related to self-rated health among Iraqi immigrants and refugees in Southeast Michigan. *Medicine, Conflict and Survival*. 2010; 26(3): 207–222.
24. Taylor E., Yanni E., Pezzi C., Guterbock M., Rothney E., Harton E., Montour J., Elias C., Burke H. Physical and mental health status of Iraqi refugees resettled in the United States. *J Immigr Minor Health*. 2013; 16(6): 1-8.
25. Lindert J., Brahler E., Wittig U., Mielck A., Priebe S. Depression, anxiety and posttraumatic stress disorders in labor migrants, asylum seekers and refugees: a systematic overview. *Psychother Psychosom Med. Psychol*. 2008; 58(3-4): 109-122.
26. Yastrebov B.C. Terrorizm i psikhicheskoe zdorov'e (masshtab problemy, tolerantnost' naseleniya, organizatsiya pomoshchi) [Terrorism and mental health (scale of the problem, tolerance of the population, organization of assistance)]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii*. 2004; №6: 4-8. (in Russian).
27. Sosnin V.A. Psikhologiya sovremennogo terrorizma: Uchebnoe posobie [Psychology of Modern Terrorism: Textbook]. M.: Forum. 2010; 160. (in Russian).
28. Sochivko D.V. i dr. Podsoznanie terrorista [Subconscious terrorist.]. M. 2006; 128. (in Russian).
29. Salimov K.N. Sovremennye problemy terrorizma [Modern problems of terrorism]. M.: Shchit. 1999; 215. (in Russian).
30. Fairbrother G., Stuber J., Galea S. et al. Posttraumatic stress reactions in New York City children after the September 11, 2001, terrorist attacks. *Ambulatory Pediatrics*. 2003; 3: 304–311.
31. Verger P., Dab W., Lamping D.L. et al. The psychological impact of terrorism: an epidemiologic study of posttraumatic stress disorder and associated factors in victims of the 1995–1996 bombings in France. *American Journal of Psychiatry*. 2004; 161: 1384–1389.
32. Galea S. Ahern J. Resnick H. et al. Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *N Engl J Med*. 2002; 346: 982–987.
33. Laufer A. Psychological growth in the aftermath of terrorist attacks. *Palestine- Israel J*. 2003; 4: 30-36.
34. Golovakha E.I., Panina N.V. Sotsial'noe bezumie. Istoriya, teoriya i sovremennaya praktika [social madness. History, theory and modern practice]. Kiev: Arbis; 1994. 168. (in Russian).
35. Klement'eva M.V. «Podlinnoe Ya» kak prediktor formiruyushcheysya vzroslosti studentov [“Real Self” as a predictor of emerging adulthood of students]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie*. 2020; 25 (3): 64-74. (in Russian).
36. Gin'on Ch. Autentichnost' [Authenticity]. *Omskii nauchnyi vestnik. Seriya «Obshchestvo, istoriya, sovremennost'»*. 2018; 6: 66-74. (in Russian).
37. Nartova-Bochaver S.K. Ponyatie autentichnosti v zarubezhnoi psikhologii lichnosti: istoriya, fenomenologiya, issledovaniya [The concept of authenticity in foreign personality psychology: history, phenomenology, research]. *Psikhologicheskii zhurnal*. 2011; 32 (6): 18-29. (in Russian).
38. Leont'ev D.A., Shil'manskaya A.E. Zhiznennaya pozitsiya lichnosti ot teorii k operatsionalizatsii [Personal life position from theory to operationalization]. *Voprosy psikhologii*. 2019; 1: 90-100. (in Russian).
39. Vachkov I.V., Khramova T.K. Autentichnost' i samorealizatsiya lichnosti v period rannei vzroslosti [Authenticity and self-realization of personality in early adulthood]. *Psikhologiya i pravo*. 2021; 11 (4): 14-24. (in Russian).
40. Bek A., Rash A., Sho B. i dr. Kognitivnaya terapiya depressii [Cognitive therapy for depression]. SPb.: Piter; 2003. 304. (in Russian).
41. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. New York: Oxford University Press; 1992.

42. Kobasa S.C. Hardiness and health: A prospective study. *J. Personal Soc Psychol.* 1982. 42: 168-177.
43. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer; 1984. 456.
44. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Test zhiznestoikosti [Vitality test]. M.: Smysl; 2006. 63. (in Russian).

Поступила в редакцию 16.11.2021