

**Темур Гюльназ Мехметовна,**  
студентка ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный университет»,  
г. Оренбург  
[Gulnaz9923@mail.ru](mailto:Gulnaz9923@mail.ru)



### Диагностика отдаленных последствий посттравматического стрессового расстройства

**Аннотация.** Статья посвящена проблеме диагностики и дифференциации отдалённых последствий посттравматического стрессового расстройства. Выделен ряд факторов, отягощающих течение посттравматического стрессового расстройства, – это особенности характера, пол, возраст, жизненный опыт, психические расстройства в прошлом, наличие алкоголизма. Проведён анализ психодиагностических методик с позиций их ценности для выявления отдалённых последствий посттравматического стрессового расстройства.

**Ключевые слова:** посттравматическое стрессовое расстройство, диагностика, методики диагностики посттравматического стрессового расстройства, шкала-интервью, признаки, тревога, симптомы посттравматического стрессового расстройства.

**Раздел:** (02) комплексное изучение человека; психология; социальные проблемы медицины и экологии человека.

Переживание психологической травмы, перенесенной в результате эксквизитных событий, зачастую приводит к самым неприятным последствиям, которые проявляются спустя многие годы. Число техногенных и природных катастроф не сокращается. 31 мая мощный взрыв прогремел в Афганистане недалеко от президентского дворца и зданий иностранных посольств, число погибших при взрыве достигло 90 человек, 380 получили ранения; в ночь на 1 января в Стамбуле произошло нападение на ночной клуб Reina: вооруженный автоматом террорист застрелил охранявшего клуб полицейского, ворвался в помещение, где находились более 700 человек, и открыл по ним огонь, по данным МВД Турции, погибли 39 человек, 69 были ранены. С июля по сентябрь 2017 г. муссоны в Индии, Пакистане, Бангладеш и Непале стали причиной сильнейших ливней и череды наводнений. Больше всего пострадала Индия. В северной части страны погибло более 600 человек, было разрушено 800 тыс. домов, а всего количество пострадавших от стихии составило 31 млн человек. В Непале была затоплена треть страны, тысяча домов разрушена, а погибли минимум 143 человека. В Бангладеш жертвами наводнений стали 140, а в Пакистане – по меньшей мере 23 человека. Вероятность развития неблагоприятных последствий в силу перенесенного психического потрясения у пострадавших людей сохраняется. Более того, следует отметить, что посттравматическое стрессовое расстройство достаточно актуально в современном мире. Многочисленные исследования и эксперименты ученых показали широкое распространение заболевания среди населения. Известно, что этим расстройством страдают 10% женщин и 5% мужчин. Риск развития посттравматического стрессового расстройства более высок, если человек проживает в зоне частых землетрясений, военных действий, цунами и др. Считается, что и члены семей жертв также подвержены развитию болезни. Рассматривая данные по Северной Каролине (1991), ученые определили некоторые причины появления расстройства: тяжелая болезнь и смерть матери или мужа, выкидыш, припадки у жены, изнасилование, суицидальные

попытки, смерть в семье. Более 50% людей на протяжении всей своей жизни испытывают ситуации, которые приводят к формированию психического расстройства. Кесслер в 1995 г. определил наиболее распространенные травмы, приводящие к развитию посттравматического стрессового расстройства: а) у мужчин: присутствие при истязаниях, пытках (36%), угрожающие жизни несчастные случаи (25%), угроза с применением оружия (19%), пожар и другие природные катаклизмы (11%), физические нападения (11%); б) у женщин: пожар и другие природные катаклизмы (15%), присутствие при истязаниях, пытках (15%), угрожающие жизни несчастные случаи (14%), сексуальные домогательства (12%), насилие (9%).

**Посттравматическое стрессовое расстройство** – это отсроченная, затяжная реакция на травматический стресс (природные и техногенные катастрофы, участие в военных действиях, пытки, изнасилование), который может вызвать психическое нарушение у любого здорового человека [1].

Самые первые описания патологических нарушений у участников боевых действий встречаются еще в трудах римских и древнегреческих ученых Геродота и Лукреция [2]. Современные представления о посттравматическом стрессовом расстройстве окончательно складываются примерно к 1980 г. Однако в 1666 г. в дневнике Сэмюэла Пипса сделана запись о большом пожаре в Лондоне: «Это странно, но до сегодняшнего дня не могу проспать и ночи без ужасов пожара; и что этой ночью я не мог уснуть почти до двух часов из-за мыслей о пожаре» [3]. В 1871 г. Дж. Да Коста описал состояние участников гражданской войны в Америке, оно получило название «Солдатское сердце». В 1889 г. Х. Оппенгейм ввел понятие «травматический невроз», которое было необходимо для диагностики психического расстройства у военных.

Вопрос о посттравматическом стрессовом расстройстве в России изучали И. Бехтерев, Ф. Зарубин, П. Ганнушкин, С. Крайц, В. Гиляровский, А. Архангельский и Е. Краснушкин. Затем Майерсом в работе «Артиллерийский шок во Франции 1914–1919 гг.» выделено различие между «контузией от разрыва снаряда» и «снарядным шоком». Контузия – это неврологическое состояние, связанное с физической травмой, а «снарядный шок» – это больше психическое состояние человека, обусловленное сильным стрессом. В 1941 г. Кардинер вводит такой термин, как «хронический военный невроз». Именно этот ученый впервые дал полное описание симптомов расстройства: возбудимость, раздражительность, безудержный тип реагирования на внезапные раздражители, фиксация на обстоятельствах травмировавшего события, уход от реальности, предрасположенность к неуправляемым агрессивным реакциям. Кроме того, Дж. Шпигель и Р. Гринкер в своем труде «Человек в условиях стресса» (1945) назвали симптомы, которые появлялись у солдат, побывавших в плену. Это агрессия, депрессия, алкоголизм, повышенная утомляемость, гиперактивность симпатической нервной системы, плохая концентрация внимания, ночные кошмары, ослабление памяти, подозрительность и фобии. Схожая симптоматика была у 34 военных, которые перенесли три года японского плена. 23% страдали от депрессии, страхов, ухудшения памяти, приступов сильной раздражительности, ночных кошмаров и притупленности аффекта. Также были обследованы 100 норвежских заключенных нацистских лагерей. У 85 человек была обнаружена хроническая утомляемость, сниженная способность к концентрации внимания и раздражительность. К 1980 г. американские психиатры и психологи провели немало исследований о психопатологических расстройствах у участников вьетнамской войны и обнаружили те же симптомы, что и у людей, пострадавших от землетрясения, наводнения и техногенных катастроф. В том же году синдром выделен как отдельное заболевание и назван посттравматическим стрессовым расстройством [4].

Существует ряд специфических и неспецифических признаков посттравматического стрессового расстройства, которые могут быть выявлены при наблюдении и беседе: у человека с таким заболеванием присутствует излишняя возбудимость, агрессивность и раздражение. Также людей часто мучают бессонница или же кошмары, темой которых являются боевые действия. Могут возникать частичные воспоминания о событиях, сопровождающиеся чувством беспомощности и страха. Человеку кажется, что прошлое становится настоящим, и он непроизвольно совершает привычные для войны действия: падает в укрытие, убегает от противника или нападает на него. Такое состояние обычно возникает из-за бытового шума – удары металлических предметов, звуки проезжающих грузовиков, петарды, выхлопной трубы. Происходит нарушение социальной адаптации, из-за раздражительности и конфликтности людям становится тяжелее общаться, сужаются социальные контакты.

На сегодняшний день существует множество методик диагностики посттравматического стрессового расстройства. Наиболее распространена, известна и чаще всего применяется в исследованиях методика СКИД – структурированное клиническое диагностическое интервью (SCID – Structured Clinical Interview for DSM). СКИД включает ряд диагностических модулей (блоков вопросов), которые обеспечивают диагностику психических расстройств по критериям DSM-Fv (психотических, аффективных, тревожных, вызванных употреблением психоактивных веществ и т. д.). Конструкция интервью позволяет работать отдельно с любым модулем, в том числе и с модулем посттравматического стрессового расстройства. В каждом модуле даны четкие инструкции, которые позволяют экспериментатору по мере надобности перейти к беседе по другому блоку вопросов. Для постановки окончательного диагноза могут привлекаться независимые эксперты. Авторами методики предусмотрена возможность ее дальнейших модификаций в зависимости от конкретных задач исследования. Группа авторов (Resnick, Kilpatrick, & Lipovsky, 1991) рекомендует вносить в него модификации для работы с жертвами изнасилования, так как раздел этого интервью, посвященный посттравматическому стрессовому расстройству, изначально был разработан для участников военных действий [5]. Эти модификации включают в себя чувствительные скрининговые вопросы об истории изнасилования и других травмирующих событиях. Кроме того, для планирования терапии важно произвести оценку участия в множественных травмирующих событиях. В результате проведения интервью SCID ставится диагноз с указанием количества позитивных симптомов. Поскольку интервью не позволяет оценить частоту появления или выраженность симптоматики, для исследовательских целей оно вряд ли пригодно; для этого желательны непрерывные показатели [6].

Другая психодиагностическая методика, позволяющая оценить участие в гражданской травме, – «Диагностический список для проведения интервью», DIS. В основе лежит структурированный опросник, не требующий от терапевта специальной подготовки и большого практического опыта. Как и SCID, опросник DIS позволяет поставить диагноз, но не дает возможности оценить степень выраженности расстройства. В разделе, посвященном посттравматическому стрессовому расстройству, термин «изнасилование» используется без какой-либо детализации. Таким образом, предложенные модификации (Resnick et al., 1991) пригодны и для этого инструмента, если речь идет о межличностных травмах. Резник с коллегами внесли в опросник DIS некоторые коррективы с целью более точной оценки обстоятельств сексуального домогательства. Другие исследователи также модифицировали DIS для диагностики посттравматического стрессового расстройства при обследовании больших групп населения с привлечением интервьюеров-волонтеров [7, 8].

Часто используется шкала-интервью симптомов посттравматического стрессового расстройства (PTSD Symptom Scale-Interview), включающая 17 вопросов. Она достаточно лаконична и проста в использовании, с ее помощью можно поставить диагноз

и оценить частоту возникновения симптомов. Чтобы не надо было проводить интервью повторно, присутствует сопоставимость результирующих показателей по этому интервью с его же версией в форме самоотчета [9]. Недостаток состоит в том, что симптоматика оценивается за последние две недели, а не за месяц. Следовательно, в некоторых случаях диагнозы могут быть неверными. Также интервью не позволяет учесть диагнозы, которые были поставлены пациенту на протяжении всей жизни. Если требуется поставить точный диагноз, необходимо скорректировать временные рамки, которые охватывает интервью.

Особого внимания заслуживает клиническая диагностическая шкала (CAPS – Clinical-administered PTSD Scale), которую разработал Блейк [10]. Шкала CAPS имеет целый ряд преимуществ. Она позволяет оценить выраженность и частоту симптомов при помощи специфических критериев. Шкала имеет две формы: CAPS-1 позволяет оценить актуальное состояние на протяжении всей жизни и симптоматику за последний месяц, CAPS-2 оценивает симптоматику за последнюю неделю до обследования. Данная шкала – один из наилучших и точных методов для оценки посттравматического стрессового расстройства, единственный недостаток заключается в трудоемкости обработки вследствие довольно продолжительного интервью.

Существует целый ряд методик, позволяющих выявить симптоматику посттравматического стрессового расстройства. Среди них – Пересмотренная шкала посттравматического стрессового расстройства (Purdue PTSD Scale), шкала-самоотчет симптомов посттравматического стрессового расстройства (PTSD Symptom Scale-Self-Report) [11], опросник посттравматического стрессового расстройства (PTSD Checklist), а также шкала PDS. Наиболее широко используются Миссисиппская шкала посттравматического стрессового расстройства, связанного с участием в военных действиях (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD), и шкала влияния события (Impact of Event Scale, IES). Две методики оценки посттравматического стрессового расстройства являются производными других шкал. MMPT2 и шкала РК из Миннесотского многофакторного личностного опросника (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI) были успешно использованы для выявления ветеранов войны во Вьетнаме, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством. Также следует отметить Опросник симптомов травмы (Trauma Symptom Inventory, TSI), включающий в себя так называемые шкалы лжи, особенно важные для судебно-медицинской экспертизы. В этих случаях предпочтительно использовать опросник TSI или MMPI-2. В обе эти шкалы входят субшкалы валидности [12].

Н. В. Тарабрина, К. В. Тушкова, Н. Л. Бундало, В. М. Волошина, Л. А. Пергаменщик и другие выделяют ряд факторов, которые отягощают течение посттравматического стрессового расстройства. Прежде всего, это особенности характера, пол (женщины вдвое чаще страдают этим расстройством), возраст, жизненный опыт, психические расстройства в прошлом, наличие алкоголизма или употребление наркотических веществ, сопутствующие болезни (различные ранения, черепно-мозговые травмы, инфекционные заболевания, ожоги) [13–16].

Течение посттравматических расстройств может носить разный характер: они могут быть хроническими, острыми и отсроченными. При хроническом расстройстве часто возникают наплывы ярких образных воспоминаний, бессонница, ночные кошмары, приступы паники, нарушения концентрации внимания и «провал» памяти, вспыльчивость, повышенная раздражительность, чувство вины и стыд. Острое посттравматическое стрессовое расстройство характеризуется тем, что у человека появляется фиксация на пережитой травме, пониженные реакции, когнитивные нарушения, изменения настроения [17, 18]. Отсроченные посттравматические стрессовые расстройства достаточно сходны с острыми и различаются лишь по времени возникновения.



Предрасположенность к разным психическим расстройствам зависит также от типа или склада личности. Так, в работах М. Ф. Лукманова, С. В. Литвинцева, П. И. Сидорова указывается, что ближайшие первичные реакции в ответ на острое стрессовое воздействие были наиболее благоприятными у неустойчивых, конформных и гипертимных личностей. Однако именно среди них чаще всего развивались посттравматические стрессовые расстройства в отдаленном периоде [19].

Довольно часто трудно дифференцировать посттравматическое стрессовое расстройство от профессиональных деструкций личности сотрудников, чья профессиональная деятельность связана с риском. Так, Т. А. Болдырева в качестве состояний, которые нужно дифференцировать от посттравматического стрессового расстройства, указывает феномен недоверия и эмоциональное выгорание [20].

Особую сложность представляет собой дифференциация последствий соматических расстройств и признаков посттравматического стрессового расстройства у детей, переживших военные конфликты, прежде всего в силу неспецифичности проявлений тревоги, снижения базового чувства доверия к миру [21, 22]. Асоциальное или делинквентное поведение, которое может проявляться у подростка в случае, если ранее он пережил травматическую ситуацию, также может быть последствием влияния психотравмирующего опыта, однако агглютинирующий характер последующего жизненного опыта часто не позволяет дифференцировать посттравматическое стрессовое расстройство от других расстройств поведения, что в значительной мере снижает эффективность психокоррекционной работы, как отмечают А. В. Иващенко, Л. В. Зубова, О. А. Щербинина [23].

Проявление тревоги, депрессии, нарушение сна, вегетативные реакции в виде учащенного сердцебиения и другие вегетативные нарушения, неудовлетворенность собой, чувство безысходности встречаются и при посттравматическом стрессовом расстройстве, и при эмоциональном выгорании [24]. Доминирующий негативный эмоциональный фон, настороженность, напряженность, агрессия, избегание общения с людьми с высокой эмпатией и с выраженной готовностью дать совет, оказать помощь, резкое сужение круга общения – все это является признаками и посттравматического стрессового расстройства, и феномена недоверия. Также и при посттравматическом стрессовом расстройстве, и при асоциальном поведении у детей и подростков проявляются высокая агрессивность, непредсказуемость поведения, акцентуированная готовность к риску, негативная психическая напряженность, психическая ригидность. А флешбэки, которые характеризуются непроизвольно возникающими представлениями, неконтролируемостью появлений «вспышек прошлого», чувственностью переживаний, присутствуют лишь при посттравматическом стрессовом расстройстве [25].

Таким образом, в жизни человека, пережившего какую-либо травматическую ситуацию, повторное проживание психотравмирующего события, избегание вещей, которые напоминают о психотравмирующем событии, увеличенное беспокойство, тревога и эмоциональное возбуждение, ночные кошмары, чувство сильного стресса и напряжения, потеря интереса к жизни, апатия, ощущение отделенности от других людей, могут быть рассмотрены как признаки посттравматического стрессового расстройства.

### Ссылки на источники

1. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – С. 272.
2. Фролова Л. П. Посттравматическое стрессовое расстройство: распространенность, причины, клиника, течение, вопросы лечения и социально-психологической реабилитации // Научно-практический журнал «Инвалиды и общество». – 2016. – № 2(20). – С. 66–69.

3. Daly R. J. Samuel Pepys and post-traumatic stress disorder // *The British Journal of Psychiatry*. – 1983. – 143. – P. 64–68.
4. Тарабрина Н. В. Указ. соч.
5. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women / H. S. Resnick, D. G. Kilpatrick, B. S. Dansky, B. E. Saunders, C. L. Best // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1993. – 61. – P. 984–991.
6. Барлоу Д. Клиническое руководство по психическим расстройствам. – СПб.: Питер, 2008. – С. 912.
7. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey / R. C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet, M. Hughes, C. B. Nelson // *Archives of General Psychiatry*. – 1995. – 52. – P. 1048–1060.
8. Барлоу Д. Указ. соч.
9. Там же.
10. Blake D. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale // *Journal of Traumatic Stress*. – 1995. – P. 75–90.
11. Foa E. B., Riggs D. S. Post-traumatic stress disorder in rape victims // Oldham J., Riba M. B., Tasman A. (eds.). *American Psychiatric Press Review of psychiatry*. Vol. 12. – Washington, DC: American Psychiatric Press; 1993. – P. 273–303.
12. Барлоу Д. Указ. соч.
13. Тарабрина Н. В. Указ. соч.
14. Тушкова К. В., Бундало Н. Л. Особенности проявлений посттравматического стрессового расстройства различной степени тяжести у мужчин и женщин // *Сибирское медицинское обозрение*. – 2001. – № 2(68). – С. 80–84.
15. Волошин В. М. Посттравматическое стрессовое расстройство (клиника, динамика, течение и современные подходы к психофармакотерапии): дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2004.
16. Пергаменщик Л. А. Кризисная психология: учеб. пособие. – Минск: Вышэйшая школа, 2004. – С. 288.
17. Цыганков Б. Д., Петраков Б. Д. Эпидемиология психических расстройств: руководство для врачей. – М.: Медицина, 1996. – С. 133.
18. Нейрофизиологические корреляты измененного состояния сознания при гипнозе / Л. И. Спивак, В. Ю. Пузенко, С. В. Медведев, Ю. И. Поляков // *Физиология человека*. – 1990. – № 6. – С. 21–26.
19. Сидоров П. И., Литвинцев С. В., Лукманов М. Ф. Психическое здоровье ветеранов афганской войны / под ред. П. И. Сидорова. – Архангельск, 1999. – С. 384.
20. Болдырева Т. А. Общие теории деформаций личности: учеб. пособие. – Оренбург, 2017.
21. Земляных М. В., Изотова М. Х. Психосоциальная помощь детям в ситуации гражданских конфликтов (из опыта работы с детьми, пострадавшими во время гражданского конфликта на юге Кыргызской республики в 2010 г.) // *Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях*. – 2012. – № 4. – С. 87–92.
22. Изотова М. Х., Сорокин В. М. Эмоциональная сфера детей – жертв теракта // *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика*. – 2009. – № 2-1. – С. 216–220.
23. Иващенко А. В., Зубова Л. В., Щербинина О. А. Теоретико-методологические основания для определения индивидуально-типологических особенностей асоциальной личности // *Образование и саморазвитие*. – 2008. – Т. 4. – № 10. – С. 165–169.
24. Болдырева Т. А. Указ. соч.
25. Шнейдер Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков. – М.: Академ. проект; Трикста, 2005. – С. 336.

**Gyulnaz Temur,**

*Student, Orenburg State University, Orenburg*

[Gulnaz9923@mail.ru](mailto:Gulnaz9923@mail.ru)

#### **Diagnostics of the long-term effects of post-traumatic stress disorder**

**Abstract.** The article is devoted to the problem of diagnostics and differentiation of the long-term effects of post-traumatic stress disorder. The author highlights a number of factors that aggravate the course of post-traumatic stress disorder; these are features of character, gender, age, life experience, history of mental disorders, alcoholism. She makes the analysis of psychological diagnostic methods from the viewpoint of their value to identify the long-term effects of post-traumatic stress disorder.

**Key words:** post-traumatic stress disorder (PTSD), diagnostics, methods of post-traumatic stress disorder diagnostics, scale-interview, signs, anxiety, symptoms of post-traumatic stress disorder.

#### **References**

1. Tarabrina, N. V. (2001). *Praktikum po psihologii posttravmaticheskogo stressa*, Piter, St. Petersburg, p. 272 (in Russian).

2. Frolova, L. P. (2016). "Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo: rasprostranennost', prichiny, klinika, techenie, voprosy lechenija i social'no-psihologicheskoy reabilitacii", *Nauchno-prakticheskij zhurnal "Invalidy i obshhestvo"*, № 2(20), pp. 66–69 (in Russian).
3. Daly, R. J. (1983). "Samuel Pepys and post-traumatic stress disorder", *The British Journal of Psychiatry*, 143, pp. 64–68 (in Russian).
4. Tarabrina, N. V. (2001). Op. cit.
5. Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E. & Best C. L. (1993). "Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, pp. 984–991 (in English).
6. Barlou, D. (2008). *Klinicheskoe rukovodstvo po psihicheskim rasstrojstvam*, Piter, St. Petersburg, p. 912.
7. Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey", *Archives of General Psychiatry*, 52, pp. 1048–1060 (in English).
8. Barlou, D. (2008). Op. cit.
9. Ibid.
10. Blake, D. (1995). "The development of a Clinician-Administered PTSD Scale", *Journal of Traumatic Stress*, pp. 75–90 (in English).
11. Foa, E. B. & Riggs, D. S. (1993). "Post-traumatic stress disorder in rape victims", in Oldham, J., Riba, M. B., Tasman, A. (eds.). *American Psychiatric Press Review of psychiatry*. Vol. 12, Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 273–303 (in English).
12. Barlou, D. (2008). Op. cit.
13. Tarabrina, N. V. (2001). Op. cit.
14. Tushkova, K. V. & Bundalo, N. L. (2001). "Osobennosti projavlenij posttravmaticheskogo stressovogo rasstrojstva razlichnoj stepeni tjazhesti u muzhchin i zhenshhin", *Sibirskoe medicinskoe obozrenie*, № 2(68), pp. 80–84 (in Russian).
15. Voloshin, V. M. (2004). *Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo (klinika, dinamika, techenie i sovremennye podhody k psihofarmakoterapii): dis. ... d-ra med. nauk*, Moscow (in Russian).
16. Pergamenshnik, L. A. (2004). *Krizisnaja psihologija: ucheb. posobie*, Vyssheshaja shkola, Minsk, p. 288.
17. Cygankov, B. D. & Petrakov, B. D. (1996). *Jepidemiologija psihicheskikh rasstrojstv: rukovodstvo dlja vrachej*, Medicina, Moscow, p. 133 (in Russian).
18. Spivak, L. I., Puzenko, V. Ju., Medvedev, C. B. & Poljakov, Ju. I. (1990). "Nejrofiziologicheskie korrelyaty izmenennogo sostojanija soznaniya pri gipnoze", *Fiziologija cheloveka*, № 6, pp. 21–26 (in Russian).
19. Sidorov, P. I., Litvincev, S. V. & Lukmanov, M. F. (1999). *Psihicheskoe zdorov'e veteranov afganskoj vojny*, Arhangel'sk, p. 384 (in Russian).
20. Boldyreva, T. A. (2017). *Obshhie teorii deformacij lichnosti: ucheb. posobie*, Orenburg (in Russian).
21. Zemljanyh, M. V. & Izotova, M. H. (2012). "Psihosocial'naja pomoshh' detjam v situacii grazhdanskih konfliktov (iz opyta raboty s det'mi, postradavshimi vo vremja grazhdanskogo konflikta na jube Kyrgyzskoj respubliky v 2010 g.)", *Mediko-biologicheskie i social'no-psihologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychajnyh situacijah*, № 4, pp. 87–92 (in Russian).
22. Izotova, M. H. & Sorokin, V. M. (2009). "Jemocional'naja sfera detej – zhertv terakta", *Vestnik Sankt-Petersburgskogo universiteta. Serija 12. Psihologija. Sociologija. Pedagogika*, № 2-1, pp. 216–220 (in Russian).
23. Ivashhenko, A. V., Zubova, L. V. & Shherbinina, O. A. (2008). "Teoretiko-metodologicheskie osnovaniya dlja opredelenija individual'no-tipologicheskikh osobennostej asocial'noj lichnosti", *Obrazovanie i samorazvitie*, t. 4, № 10, pp. 165–169 (in Russian).
24. Boldyreva, T. A. (2017). Op. cit.
25. Shnejder, L. B. (2005). *Deviantnoe povedenie detej i podrostkov*, Akadem. Proekt, Triksa, Moscow, p. 336 (in Russian).

#### Рекомендовано к публикации:

Утёмовым В. В., кандидатом педагогических наук;  
Горевым П. М., кандидатом педагогических наук,  
главным редактором журнала «Концепт»



[www.e-koncept.ru](http://www.e-koncept.ru)

Поступила в редакцию Received	17.05.18	Получена положительная рецензия Received a positive review	13.09.18
Принята к публикации Accepted for publication	13.09.18	Опубликована Published	31.10.18

Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

© Концепт, научно-методический электронный журнал, 2018

© Темур Г. М., 2018