

Научная статья
УДК 616.89
doi: 10.17223/2312461X/49/13

Культура медицинской помощи и ПТСР: многовекторный подход к диагностике

Елена Вячеславовна Миськова

*Институт этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН,
Москва, Россия
milenk2@gmail.com*

Аннотация. Рассматриваются вызовы психотравматизации человека и общества в условиях войны. Акцент сделан на том, как через междисциплинарную призму медицинской антропологии может выглядеть ландшафт исследования посттравматических стрессовых синдромов, связанных с исторической, региональной и этнокультурной спецификой разных военных кампаний. Наблюдения и исследования войн и геноцидов XX в. не оставили сомнений в том, что такие события наносят человеку и обществу не только физический, но и психологический ущерб. Оценка, методологии исследований и способы устранения этого вреда, однако, по-прежнему, остаются сферой дискуссий и конфликтов описаний и интерпретаций в разных медицинских системах. В исследовании проблематизируется посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) как нозологическая единица «западной» конвенциональной медицины и как составляющая медикалистского дискурса о стрессе и постстрессовом шлейфе переживаний людьми тяжелых жизненных событий. Между психологами и психиатрами разных национальных школ формируется консенсус о том, что в ходе каждой войны возникает уникальный комплекс стрессовых реакций, для описания которых нужна как общая методологическая база, так и возможность учитывать историческую, региональную, этнопсихологическую специфику. Медико-антропологический подход обеспечивает необходимые инструменты для описания разных постстрессовых синдромов и тем самым способствует решению научно-практических задач – адресному планированию помощи в преодолении последствий социальных кризисов.

Ключевые слова: медицинская антропология, война, посттравматические стрессовые синдромы, посттравматическое стрессовое расстройство, медикализация

Благодарности: Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 25-18-00901 «Востребованность и доступность практик психофизиологической реабилитации в российском обществе в связи с актуальными социально-политическими вызовами (в условиях СВО)» (<https://rscf.ru/project/25-18-00901/>)

Для цитирования: Миськова Е.В. Культура медицинской помощи и ПТСР: многовекторный подход к диагностике // Сибирские исторические исследования. 2025. № 3. С. 266–306. doi: 10.17223/2312461X/49/13

Original article

doi: 10.17223/2312461X/49/13

Culture of Care and PTSD: A Multi-vector Approach to Diagnosis

Elena V. Miskova

*Institute of Ethnology and Anthropology, Russian Academy of Sciences,
Moscow, Russian Federation, milen2@gmail.com*

Abstract. The article is devoted to the challenges of psychotraumatization of a person and society in war. The emphasis is on how, through the interdisciplinary prism of medical anthropology, the landscape of research on post-traumatic stress syndromes related to the historical, regional and ethnocultural specifics of different military campaigns can look like. Observations and studies of wars and genocides of the 20th century left no doubt that such events cause not only physical, but also psychological damage to man and society. Evaluation, research methodologies, and ways to address these harms, however, remain a domain of debate and conflict of descriptions and interpretations across medical systems. The article problematizes post-traumatic stress disorder (PTSD) as a nosological unit of “Western” conventional medicine and as a component of the medicalist discourse about stress and the post-stress train of people’s experiences of difficult life events. A consensus is formed between psychologists and psychiatrists of different national schools that during each war a unique complex of stress reactions arises, to describe which both a common methodological base and the ability to take into account historical, regional, ethnopsychological specifics are needed. The medical-anthropological approach provides the necessary tools to describe various post-stress syndromes and thereby contributes to solving scientific and practical problems - targeted planning of assistance in overcoming the consequences of social crises.

Keywords: medical anthropology, war, PTSD, medicalization

Acknowledgements: The study was supported by grant No. 25-18-00901 from the Russian Science Foundation, "The relevancy of demand and accessibility of psychophysiological assistance and rehabilitation practices in Russian society in connection with current socio-political challenges and transformations (under the conditions of Special Military Operation)" (<https://rscf.ru/project/25-18-00901/>).

For citation: Miskova, E.V. (2025) Culture of Care and PTSD: A Multi-vector Approach to Diagnosis. *Sibirskie Istoricheskie Issledovaniia – Siberian Historical Research*. 3. pp. 266–306 (In Russian). doi: 10.17223/2312461X/49/13

Введение

Масштабные исторические изменения влекут за собой риски для здоровья и социального благополучия людей и становятся вызовами для социальных институтов жизнеобеспечения и здравоохранения. Опыт переживания изменений условий жизни – от перекройки государственных границ до утрат жизни и здоровья – может быть травматическим.

В статье речь пойдет о вызовах, связанных с психотравматизацией в условиях войны как непосредственных участников боевых действий (военных), так и гражданских, затронутых тем или иным образом милитаризацией общества, нарастающей по мере увеличения длительности военной кампании.

С точки зрения медицинской антропологии важно исследовать одновременно, какие вопросы ставят новые военные испытания перед существующими медицинскими системами и как в ходе решения этих вопросов меняются сами эти системы с точки зрения целей, задач, смыслов оказания помощи.

Ниже я детально разберу некоторые диагностические категории, метафоры и идиомы страдания и помощи в связи с военной психотравматизацией, поскольку в качестве ключевой задачи статьи вижу разметку ландшафта исследования потенциального посттравматического стрессового синдрома специальной военной операции с позиции медицинской и психологической антропологии.

На данный момент важно обозначить в целом два термина, которые будут часто встречаться в статье. Они же задают важный аспект в исследовании социокультурных контекстов страдания и помощи, связанный с предпочтением разными медицинскими системами – в данном случае национальными – тех или иных категорий их описания.

Во-первых, это военная травма – широкий термин, описывающий любые повреждения психики и физиологии, полученные в условиях боевых действий. Это не только медицинский термин, но и обобщенное понятие для всего спектра переживаний последствий войн – физических, психологических, а также разрывов социальных связей и утрат – в широких временных рамках. Во-вторых, это посттравматическое стрессовое расстройство – диагностируемое клиническое состояние, развивающееся после травмирующего события, характеризующееся специфическими симптомами и требующее профессионального лечения. ПТСР – это нозологическая категория, у которой есть своя хронология, критерии измерения клинической тяжести и рекомендованные подходы к лечению, признанные медицинским сообществом и зафиксированные в международных руководствах к лечению.

Основные дебаты вокруг ПТСР, когда к ним присоединяются медицинские антропологи и представители других социальных наук, ведутся в плоскости того, насколько диагностические критерии ПТСР соответствуют разным локальным формам переживания болезни – какова кросс-культурная валидность расстройства? Можем ли мы говорить об универсальности ПТСР или это один из культурных синдромов? Еще один важный аспект – это релевантность или когерентность самих диагностических критериев, которые, в частности, привели к выявлению в качестве отдельного диагноза комплексного или осложненного ПТСР (КПТСР)

после более чем сорокалетних споров о необходимости выделения в отдельный диагностический комплекс травм развития (влияния тяжелого детского опыта на становление человека). Но расширение диагностических критериев влечет за собой новые вопросы о социальных стигмах заболевания, медиализации и конфликте нозологической номенклатуры с культурными идиомами болезни и интерпретациями симптомов, связанных с тяжелым жизненным опытом.

Крайние позиции в дискуссиях ученые склонны были занимать в 1990-е и начале 2000-х гг. Некоторые исследователи писали о том, что ПТСР – это *псевдорасстройство* (Young 1995: 5) или *превращение страданий войны в техническую проблему* (Summerfield 2001: 95–98), ведущее к психологическому империализму и патологизации целых сообществ, а также к утверждению новых форм терапевтических правительств по всему миру через различные медицинские организации и движения.

С другой стороны, гуманистически ориентированные исследователи и практики утверждали, что, хотя диагноз ПТСР – не идеальный инструмент, он дает возможность людям заявить о своих страданиях, претендовать на помощь и формировать социальные сети поддержки там, где это особенно трудно – в местах прямого и структурного насилия, затяжных военных, межэтнических и прочих конфликтов. Хотя критерии структурного насилия не могут быть полностью универсальными, их наличие и апелляция к универсальности позволяют расширять зоны безопасности в мире (McNally 2016: 118–119).

Риторика важна, но содержание и попытки найти решения для помощи людям имеют первостепенное значение. Исследования и концепции, предшествовавшие ПТСР, показывают, что этот синдром может оказаться не универсальным, но он точно совпадает с травматическими последствиями для здоровья человека, наблюдаемыми во время масштабных социальных кризисов и потрясений. Об этом говорят многочисленные попытки описать страдания и сложности, с которыми люди сталкивались после катастроф, и найти пути избавления. *Военный психоз* после Русско-японской войны; *синдром железнодорожного позвоночника*, связанный с первыми железнодорожными катастрофами в XIX в.; *синдром контузии* после Первой мировой войны относятся к ранним научным способам объяснить, почему люди после физических травм испытывали тяжелые психологические проявления, к которым относились невозможность спать, концентрироваться, раздражительность и агрессивность. К собственно военным конфликтам и природно-техногенным катастрофам постепенно добавились режимы государственного насилия, приводившие к масштабным коллективным травмам – *болезнь колючей проволоки* или синдром Вишера для симптомов людей, прошедших через концентрационные лагеря в Первую мировую; *КЛ-синдром*, *бухенвальд-*

ский синдром, синдром Минковского – для симптомов узников нацистских концлагерей; *колониальный невроз*, описанный Францем Фаномом; психические последствия «промывания мозгов» в Китае, межпоколенческие травмы холокоста (Герман 2021; Гронский 2021; Тарабрина, Майн 2013; Brave Heart-Jordan 1998; Danieli 1998). Социолог Кэй Эриксон описывал коллективную травму как разрыв социальных связей после стихийных бедствий, но это понятие стало толковаться расширительно, когда социологи внесли свой вклад в изучение социальных потрясений (Erikson 1976).

Наименования психотравм боевых действий исторически складывались по-разному в разных медицинских школах. В советской и постсоветской медицине, а именно в военно-медицинской и военной психиатрии, предпочтение отдается термину «военная травма» или «военно-психическая травма». В период после Великой Отечественной войны в СССР делались акценты на общем «ущербе от войны». Позже военная психиатрия рассматривала психогенные нарушения в контексте «боевого стресса» и «военно-психической травмы» без четкого выделения диагностических критериев ПТСР. В условно западной (англоязычной) медицинской традиции (США, Великобритания, Канада, Австралия) и в рамках Всемирной организации здравоохранения с конца XX в. основным термином для последствий военной психотравматизации стало ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство. В США диагноз официально введен Американской психиатрической ассоциацией в DSM-III (1980) («Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам», существующее в пяти редакциях). В Международном классификаторе болезней (ICD)-10 этот диагноз был закреплен в 1994 г. До 1980 г. в англоязычной традиции использовались термины: «*shell shock*» («синдром контузии») в годы Первой мировой войны, «*combat fatigue*» («сердце солдата») в период Второй мировой войны и «*gross stress reaction*» («большая стрессовая реакция») – отражен в DSM-I (1952). В европейской континентальной психиатрии до середины XX в. чаще встречались понятия «травматические неврозы» («*traumatic neurosis*») и «военные неврозы» («*war neurosis*» и «*combat neurosis*») (Германия, Франция), зафиксированные в работах психиатров еще конца XIX в. Постепенно они слились с концепцией ПТСР после включения диагноза в DSM и ICD.

Достаточно критическое отношение советских психиатров к диагнозу ПТСР было обусловлено не только профессиональными разногласиями, но и социально-политическими рамками, в которых советская психиатрия существовала. Сегодня эти множественные контексты также играют свою роль в определении объектов и масштабов помощи, а также в ее непосредственном планировании, создавая противоречия в подходах, в том числе к исследованию психологических страданий, связанных с войной.

Одним из системных вызовов для социальных институтов в военное время являются **ограничения для статистической регистрации переживаний и страданий, приводящих к ущербу для здоровья, т.е. стрессовых реакций и способствующих им факторов**. Обозначу сначала, чем оперирует доступная статистика, а ниже и те методологические сложности и противоречия учета таких нозологий, как ПТСР, которые присутствуют не только в российской системе здравоохранения.

Со стрессовыми расстройствами сталкиваются военнослужащие, участвующие в специальной военной операции. Согласно методическим рекомендациям для лечения ПТСР Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева от 2022 г., от 3 до 11% участников боевых действий могут столкнуться с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР), но среди раненых риск возрастает до 30%¹. Поток пациентов, т.е. нагрузка на здравоохранение, может увеличиться на 150 тыс. человек. Близкие военнослужащих также нуждаются в психологической помощи.

Открытой статистики по заболеваемости ПТСР среди военнослужащих, прошедших СВО, на данный момент нет. Та, что встречается в СМИ и других открытых источниках, сама по себе является частью дискуссии о распространенности военной травмы и ПТСР. Уточнение со временем особенностей синдрома СВО, возможно, приведет к уточнению данных по заболеваемости.

Доступная статистика тревожности россиян в связи с СВО, собранная по исследованиям разных социологических агентств, демонстрирует классическую модель общественной реакции на кризисные события: первоначальный шок, пиковые значения тревожности во время мобилизации, последующую стабилизацию и постепенную адаптацию.

В начале спецоперации (февраль-август 2022 г.) около 35–40% россиян испытывали повышенный уровень тревожности². Этот период характеризовался относительно сдержанной реакцией общества, что эксперты объясняют «когнитивным замиранием» – защитной реакцией на стресс³. Пик тревожности пришелся на сентябрь-октябрь 2022 г., когда была объявлена частичная мобилизация. Уровень тревожности скачкообразно вырос с 35% до 69–70%, достигнув рекордных значений за последние годы. С 2023 г. начался период стабилизации и показатели тревожности, постепенно снижаясь, стабилизировались на уровне 40–45%. Средний суммарный индекс тревожности в 2023 г., по данным Компании развития общественных связей (КРОС), составил 11 754,02 пункта. 2024 г. ознаменовался существенным снижением индекса тревожности – почти на четверть. К началу 2025 г. уровень тревожности продолжил снижаться, достигнув к марту 36%⁴.

В 2024 г., впервые с 2022 г., повестка, связанная с СВО, перестала быть главной темой, тревожащей россиян. Ее обогнали рост цен и финансовое мошенничество. Вслед за ней оказалось замедление YouTube и миграционные вопросы. А вот следом возникла тенденция тревожиться за свое психологическое состояние и потребность в психологической помощи. Индекс потребности в психологической помощи, по данным опроса ВЦИОМ, вырос с 23 пунктов в 2022 г. до 30 пунктов в конце 2024 г. Это максимальный показатель за последние шесть лет. По данным Института психологии РАН, у значительной части населения наблюдаются признаки психологических расстройств: 39% россиян демонстрируют признаки депрессии, 24% имеют симптомы тревожных расстройств. Примерно треть населения находится в тревожно-депрессивном состоянии. За профессиональной психологической помощью в 2024 г. обращались 13% россиян, что вдвое больше, чем в 2009 г. (6%). При этом 86% россиян никогда не обращались к психологам⁵.

Москва, по данным выше отмеченного исследования КРОС, остается самым тревожным регионом с индексом 531,94, хотя этот показатель снизился по сравнению с предыдущим годом (642,05). В топ-3 самых тревожных регионов 2024 г. вошли Курская и Белгородская области из-за непосредственной близости к зоне боевых действий.

Таким образом, к 2025 г. российское общество показывает признаки психологической адаптации к новой реальности, но потребность в профессиональной психологической помощи повышается.

Вызов наблюдения и регистрации изменений в здоровье и благополучии человека и общества тесно связан и с вызовом для формирования научно-практической исследовательской повестки социальных наук в военное время.

На мой взгляд, в рамках медицинской антропологии важно, во-первых, обозначить проблему спорности самого диагноза ПТСР и рассмотреть дискуссии вокруг его постановки в связи с трансформациями, которые он претерпел в мировых диагностических руководствах к лечению психических заболеваний.

Во-вторых, требует изучения, особенно в прикладном аспекте, как диагностический инструмент может и становится исцеляющим. Как возможность установить диагноз ПТСР расширяет или сужает возможности и рамки помощи людям?

Таким образом, задача статьи – разметить основной эпистемологический ландшафт для изучения способов возвращения и поддержания психофизиологической безопасности общества в особой социальной ситуации, вызванной СВО с высокими рисками травматизации самых разных слоев населения. Из чего должна была бы состоять исследовательская программа, на что опираться и какое исследовательское поле намечать?

Что важно знать о ПТСР с точки зрения медицинской антропологии?

Снова вызовы учета и статистики. В последних изданиях мировых диагностических руководств посттравматическое стрессовое расстройство включено в разделы, связанные со стрессом, наряду с КППТСР и пролонгированной реакцией горя (Clinical Description 2024: 337–363; American Psychiatric Association 2013: 265–290).

Если посмотреть на временную линию диагностики, то ПТСР не случайно называют «посттравматическим». Травма с точки зрения психологии и психиатрии – не в событии, а в нервной системе. Диагноз ставится чаще всего спустя 3–6 месяцев после воздействия стрессора. Существует острая реакция на стресс и расстройство адаптации. Все мы подвержены стрессу, который необходим организму, однако если адаптивные возможности снижены, накапливающийся кумулятивный эффект может привести к патологическим реакциям: ПТСР, пролонгированной реакции горя и т.п.

По данным ВОЗ, ПТСР диагностировался хотя бы однажды в жизни у 3,6–3,9% населения мира. Более 70% людей во всем мире хотя бы раз подвергались потенциально травмирующим событиям, но только малый процент из них впоследствии развивает ПТСР – около 5,6%. Чаще всего диагноз ПТСР ставят в США: годовая заболеваемость – 3,5%, а риск в течение жизни – 8,7%⁶. В других странах диагноз ставится реже, и возникают закономерные вопросы – с чем это связано: с культурными особенностями медицинской помощи и эпистемой описания стресса как причины разных заболеваний, недодиагностированностью или различиями в чувствительности к разным стрессорам? Тогда насколько и в сочетании с какими факторами диагноз ПТСР может считаться универсальным?

Мужчины в два раза чаще сталкиваются с тяжелыми стрессорами, но женщины в два раза чаще страдают ПТСР (10–12% против 5–6% в течение жизни)⁶. Возможно, это связано с тем, что для мужчин больше характерна экстернализация переживаний – импульсивность, агрессия, злоупотребление психоактивными веществами, и эти симптомы только недавно стали рассматриваться как часть ПТСР. Женщины привычнее и социально одобряемо интернализуют свои страдания через повторные переживания, негативные мысли о себе и повышенную настороженность. ПТСР в целом у женщин протекает в более длительных и хронических формах, так же как для детей, длительно подвергавшихся насилию, для них характерно недавно включенное в диагностические мануалы КППТСР – комплексное или осложненное ПТСР с устойчивым комплексом негативных убеждений, дисфункционального поведения и сложностями в поддержании здоровых отношений.

К особым группам риска относят также отдельные профессиональные группы с регулярным воздействием травм (военные, полиция, медики, спасатели). Они могут иметь распространенность ПТСР до 14–17% (Arena et al. 2025: 8).

Таким образом, факторы стрессоров взвешиваются по степени угрозы жизни, непредсказуемости и неконтролируемости события, влекущего за собой разные субъективные ощущения беспомощности. К факторам предрасположенности чаще относят: женский пол, недостаток социальной поддержки, низкое образование, бедность, неблагополучное детство (включая пережитое насилие), предшествующие психические расстройства. По типу травматического события, согласно данным метаанализа, в диагностике ПТСР с большим отрывом лидирует сексуальное насилие. На его долю приходится 55% случаев. За ним следуют нападения и убийства (42,6%), природные катастрофы и экстренные нарушения безопасности на работе (по 30%), бездомность (27%), родительство детей с тяжелыми заболеваниями (24%), приемное родительство (23%), и только потом военные действия (21%), почти на одном уровне с эпидемиями инфекционных заболеваний (20%) (Schincariol et al. 2024: 4024).

Впрочем, статистика в этой области очень уязвима для критики и меняется от исследования к исследованию. Так, например, Департаментом по делам ветеранов США приводятся данные о различиях в процентном соотношении ПТСР у военнослужащих, прошедших через разные вооруженные конфликты. Из них следует, что среди ветеранов Второй мировой и Корейской войн ПТСР диагностировалось у 2% непосредственно после травмирующих событий и 3% – в течение жизни. Среди ветеранов Вьетнама – у 5% и 10% соответственно. Среди тех, кто воевал в Персидском заливе – у 14 и 21%, а среди участвовавших в военной операции в Ираке – у 15 и 29%. Такой разброс в цифрах побуждает строить догадки о различиях в стрессовых факторах, но потом мы узнаем, что эти цифры – результат тестирования живых ветеранов на момент исследования, а также дается поправка, что более отдаленные по времени исследования все же отдают пальму первенства по числу диагностированных ПТСР ветеранам Вьетнама⁷.

В российских публикациях можно встретить также очень разные цифры в ссылках на данные мировых исследований: *«В ряде исследований констатируется, что посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) составляют от 10 до 50% всех медицинских последствий боевых событий. Ими до сих пор страдают 29–45% ветеранов Второй мировой войны, 25–30% американских ветеранов вьетнамской войны. ПТСР отмечается у 42% лиц, получивших ранения»* (Караяни, Волобуева 2007: 31).

Признание важности учета разных факторов и сложности диагностирования расстройства постепенно привело к формированию в медицин-

ском сообществе биопсихосоциального подхода к лечению ПТСР, в котором фармакотерапия сочетается с психотерапией и психологическим консультированием, а также необходимой социальной помощью и поддержкой.

Отражение травматических переживаний в диагностических категориях. Важно представлять себе структуру диагноза и динамику складывания и применения такой нозологической единицы, как ПТСР. Я буду здесь опираться на подход к описанию ПТСР как социокультурного феномена, обозначенный авторами получившей широкую известность коллективной монографии “Culture and PTSD. Trauma in Global and Historical Perspective” (*«Культура и ПТСР. Травма в глобальной и исторической перспективе»*) (Hinton, Good 2016). Ее редакторы и участники, внесшие основной теоретический вклад, – Девон Эмерсон Хинтон, профессор психиатрии и медицинской антропологии в Гарвардской медицинской школе, и Байрон Джон Гуд, психиатр и медицинский антрополог, один из пионеров изучения проявлений травмы и стресса у мигрантов, жертв насилия и людей с опытом принудительной миграции, который сыграл ключевую роль в признании того, что психические расстройства, включая ПТСР, не могут рассматриваться вне культурного и социального контекста.

Посттравматическое стрессовое расстройство всегда развивается после столкновения с экстремально угрожающим событием и сопровождается повторными переживаниями этого события, которые описываются в диагностических критериях как интрузивная симптоматика – от слова «вторжение» (интрузия) – флешбэки, навязчивые воспоминания, ночные кошмары. Второй кластер симптомов – это кластер так называемого избегания, когда человек, пытаясь справиться, старается изолировать себя от потенциальных триггеров, т.е. избегает людей, действий, мест, которые бы напоминали ему о пережитом. Эта сфера или зона избегания постоянно расширяется. И, наконец, третий кластер – это то, что иногда называют гипервозбудимостью, гипербдительностью, гипернастороженностью, т.е. субъективным ощущением сохраняющейся угрозы в ситуации объективно безопасной. Расстройство должно длиться какое-то время и значительно влиять на жизнь человека. Таким образом эти кластеры описываются в последних двух изданиях «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем» (ICD) (Clinical Description 2024: 337–363; Крюков, Шамрей, Марченко 2025: 11–36).

Важно также взглянуть подробнее на критерии ПТСР в «Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам» (DSM), разрабатываемом и публикуемом Американской психологической ассоциацией, поскольку именно американские психиатры и психологи в связи с Вьетнамской войной способствовали принятию и продви-

жению номенклатуры посттравматического расстройства (American Psychiatric Association 2013: 265–290; Darrel et al. 2013: 88–94). Динамика изменений в этих критериях отражает сдвиги в отношении медицинского сообщества к страданиям людей, переживших разные войны, и сказывается на формировании медикалистского дискурса о жизни как психологическом стрессе той или иной интенсивности (Hinton, Good 2016: 16–20).

Кластер симптомов А – это перечисление стрессоров, приводящих к травме: столкновение со смертью или угрожающей жизни ситуацией, подверженность серьезной травме или сексуальному насилию в одном (или нескольких) вариантах. Первоначально (в DSM-III, 1980 г.) под стрессорами понимались исключительно экстремальные события: насилие, военные действия, пытки. В последующих изданиях к ним добавились: вторичное травматическое воздействие (например, работа с жертвами катастроф для спасателей или медиков); непосредственное свидетельство (визуальное) или получение известия о травме близких; повторное воздействие деталей события (характерно для профессий, связанных с риском).

Кластер В – это кластер так называемых интрузивных симптомов (флешбэки, кошмары, диссоциативные реакции, интенсивный психологический дистресс), которые могут преследовать человека, спустя длительное время после завершения травмирующих событий.

Кластер С – кластер избегания – сознательные попытки блокировать воспоминания, избегать разговоров или ситуаций, ассоциируемых с травмой.

Кластер D – это негативные когнитивно-эмоциональные состояния: стойкие убеждения наподобие «я нигде не годен», «жизнь опасна и несправедлива», «никому нельзя доверять». Этот кластер включает также эмоциональную притупленность, чувство вины, стыд и гнев.

Кластер Е – кластер гиперактивации – раздражительность, аутоагрессивное поведение, нарушения сна, гиперреактивность, проблемы с концентрацией внимания.

При диагностике сложно соблюсти строгость в соответствии с этими критериями. То, что медицинские антропологи называют биологией травмы, уже указывает на ее возможную многоликость: что считать угрожающим событием? С течением времени происходит дрейф от оценки в качестве угрожающих только экстремальных, экстраординарных событий, которые превышают все пороги совладания, к ситуациям, когда человек оказывается свидетелем того, что что-то ужасное происходит не с ним, а с другим человеком, или, например, при повторном переживании деталей травматического события людьми кризисных профессий – спасателями и медиками в зонах чрезвычайных ситуаций.

Кластеры В и С – интрузивные повторные переживания и избегание – также расширились от одной редакции диагностического руководства к другой. Но значительно расширилась и стала отдельным кластером, по сравнению с первым описанием диагноза в 1980 г., симптоматика, которая связана с негативными мыслями, настроением и эмоциями. Неспособность справиться с руминациями (навязчивыми мыслями) и стойкое преувеличение негативных убеждений в отношении себя и других стали встречаться чаще и тяжелее поддаваться коррекции, так же как комплекс так называемых негативных эмоций – страх, ужас, гнев, чувство вины и стыда.

Наконец, значительно расширилась также симптоматика, связанная с активацией нервной системы: реактивность, раздражительность, вспышки гнева, рискованное поведение, аутоагрессия или агрессия в отношении других, суицидальные попытки, чрезмерная реакция испуга, проблемы с концентрацией внимания, нарушение сна. Нарушение сна, например, добавилось относительно недавно и стало важной составляющей диагностики.

Учитывая все это, мы можем понять, даже не будучи психиатрами, сложность в том числе дифференциальной диагностики ПТСР: клиническая картина в значительной мере перекрывается, например, с такими расстройствами, как депрессия, разные тревожные расстройства, зависимости от психоактивных веществ, соматоформные расстройства и т.д. При этом само ПТСР почти всегда приводит к так называемому циклу негативных последствий, когда в ходе него снижаются возможности для социальной адаптации, создается так называемая обедненная социальная среда, в которой рождаются и социализируются дети. Нарастает пул симптомов, которые сами по себе не являются собственно следствием конкретного травматического события, но, если не оказывать помощь, перенастраивают вдолгую разные системы жизнеобеспечения – от нервной системы самого человеческого организма до социальных систем разных уровней. Попадая в цикл негативного мышления, человек в том числе отрицает возможность исцеления, перестает обращаться за помощью, не доверяет тем, кто эту помощь предлагает (Brave Heart-Jordan 1998; Danieli 1998; Zerach et al. 2017; Menakem 2017; Van der Kolk 2015).

Расстройство или синдром из множества сходных других?

В последние десятилетия в психиатрической и психологической диагностике наблюдается тенденция перехода к синдромальному описанию. Синдром – это «совместный бег симптомов», и, как уже было сказано, перекрытия клинических картин между разными расстройствами могут быть значительными. Не случайно исцеление в психологической и психиатрической парадигме сегодня представляет собой совместное – врача и пациента – исследование, корректировку и отслеживание того, что происходит с человеком.

Любое расстройство в этой парадигме не существует вне времени и не обладает внутренней универсальностью и целостностью. Оно, по словам Алана Янга, *«склеивается практиками, технологиями и нарративами, с помощью которых оно диагностируется, изучается, исцеляется и репрезентируется (описывается), а также разными интересами, институтами и моральными аргументами, мобилизующими усилия и ресурсы»* (Young 1995: 5).

В США исследования ПТСР были сосредоточены на двух направлениях: военная травма у воевавших во Вьетнаме и тяжелый детский опыт, включая домашнее и сексуальное насилие. В 1962 г. Генри Кемп описал синдром избитого ребенка, который позже стал частью Шкалы тяжелого детского опыта (Kemp et al. 1962: 17–24).

Было обнаружено, однако, что только ограниченное число людей (до 20%), переживших тяжелые события, заболевают ПТСР, и эта цифра может быть еще ниже в разных ситуациях. Исследователи, возвращаясь к базовым концепциям общего адаптационного синдрома, эустресса и дистресса Ганса Селье и транзакционной модели стресса-копинга Ричарда Лазаруса, начали писать о том, что ПТСР следует переименовать в расстройство восстановления, подчеркивая, что люди по-разному переживают травму, а пересмотр диагностических критериев ПТСР должен быть направлен на исследование того, что снижает сопротивляемость и препятствует успешному восстановлению после стресса⁸.

Видение военной травмы как травмы психической в первую очередь сформировалось в США в связи с Вьетнамской войной. Прежде негативные для здоровья последствия войн описывались преимущественно через телесные проявления, как в случае с *«синдромом контузии»* (Myers 1915: 316–320) или *«сердцем солдата»* (также *«раздраженное сердце»*, *«сердце старого сержанта»* и др.) (Da Costa 1871: 61–117; Озерецковский 1891; Посттравматическое стрессовое расстройство... 2022).

Под этим было и экономическое основание: только физическое расстройство давало право на какую-либо медицинскую и социальную компенсацию для пострадавших. После Вьетнама психологические эффекты стали первостепенными. Недавние войны породили новые синдромы, например иракский, в котором комбатанты описывали постоянный страх заражения, вызванный ольфакторными или зрительными триггерами (запахи или цвета). Превалирование подобной симптоматики заставило исследователей и медицинских практиков вновь поднять вопрос о специфических физико-психологических синдромах (Boehnlein, Hinton 2016: 159).

Поствьетнамский синдром, когда он был впервые описан в 1972 г., содержал ограниченный набор критериев, включая сильную вину, которую солдаты испытывали за действия, совершенные против граждан-

ского населения, и перед боевыми товарищами, погибшими в ходе выполнения заданий. Антидепрессант «прозак», впервые примененный в качестве селективного ингибитора обратного захвата серотонина (СИОЗС – класс антидепрессантов) для ветеранов Вьетнама, часто оказывался неэффективным, а групповые дискуссии демонстрировали, что вина выжившего становилась для посткомбатантов средством самонаказания для сохранения верности памяти погибших. Антидепрессантам предпочитали злоупотребление психоактивными веществами. Эти люди чувствовали себя козлами отпущения, преданными обществом, что приводило к гневу, ярости и эмоциональной изоляции.

Исследователи настаивали на том, что ветераны Вьетнама демонстрируют отдельное расстройство с отсроченным стартом и хроническим течением, которое сопровождает человека всю жизнь. Отсроченный старт подразумевает, что симптомы могут появиться через два, три, четыре, пять или шесть месяцев после того, как человек пережил травмирующее событие. Это стало важным аспектом исследований по травматической памяти, которые были очень популярны в то время. Одновременно отсроченный старт и хроническое течение позволяли пострадавшим рассчитывать на помощь в течение длительного периода их жизни и даже если симптомы проявились не сразу. Раньше помощью обеспечивали только тех, кто только что вернулся с войны, но через месяц могли в ней отказать. Постепенно стало понятно, что вьетнамский посттравматический синдром – это один из видов ПТСР, а не универсальный ПТСР. Диагностические критерии ПТСР начали расширяться.

К исследователям и практикам, активно раздвигавшим рамки ПТСР как диагноза, относятся Джонатан Шей и Роберт Джей Лифтон. Автор теперь уже классического труда «Ахиллес во Вьетнаме» Джонатан Шей с помощью анализа древнегреческого эпоса описывал разрушение характера ветерана, введя понятие «моральной травмы» (Shay 1994). Лифтон поставил в центр своей работы «психическое онемение» (psychic numbing) и «выживающую личность», предложив социокультурную типологию травм от Хиросимы до Вьетнама (Lifton 1973). Оба критиковали ограниченность биомедицинского понимания травмы в формате ПТСР, несмотря на то что Лифтон сам входил в рабочую группу, которая продвигала нозологию в DSM-III. Шей настаивает, что ПТСР, как и моральная травма, должны рассматриваться как «раны» или «повреждения» (injury), а не «расстройства» (disorder) (Shay 2012: 57–86).

Концепция «моральной травмы» первоначально была сформулирована Шеем в узком смысле в ходе его 20-летней работы с более чем 200 ветеранами Вьетнама и относилась к конкретным ситуациям: предательству того, что морально правильно и ценно, спровоцированному некомпетентным командованием в ситуации высокого риска, где на карту поставлено выживание. Это порождает гнев, стыд и утрату доверия, в

отличие от ПТСР, которое для Шейя связано в первую очередь с повторным переживанием ужаса. Предотвращение моральной травмы возможно при условиях сплоченности военного подразделения (cohesion), этичности и компетентности командования и грамотной, реалистичной подготовки военнослужащих к тому, что ожидает их в условиях боя. В свою очередь, преодоление моральной травмы требует поддерживаемого обществом «переприсвоения» опыта через ритуалы, групповую поддержку и восстановление лидерских практик (Shay 2012: 57–86).

Сейчас понятие «моральная травма» используется шире, и многие исследователи обсуждают его «дрейф» так же, как и изменения содержания понятий ПТСР и травмы в целом (Hoyt 2023: 60–70; Brett, Litz 2009; Haleigh, Hurley, Taber 2019; Litz, Kerig 2019; Litz 2022). Моральные дилеммы, с которыми сталкивались работники здравоохранения во время пандемии COVID-19, выполняя свою работу в условиях, приближенных к боевым, вполне могут приводить к состояниям, оцениваемым как моральная травма. Гнев, вина и стыд могут преследовать ветерана, если он совершал жестокие действия в отношении гражданского населения без всякого приказа некомпетентного командования, оказавшись в ситуациях, которые Лифтон называл «продуцирующими жестокость» (atrocity-producing situation). Одновременно в качестве моральной травмы ветераны могут испытывать ситуации отвержения обществом, изоляции и пренебрежения по возвращении к мирной жизни. Дифференциальная диагностика моральной травмы в сравнении с выгоранием, депрессией и т.д., а также определение моральных стрессоров составляет такую же сложность для помогающих специалистов, как дифференциальная диагностика ПТСР и депрессии, зависимости от ПАВ (психоактивных веществ) и т.п.

Роберт Джей Лифтон – автор множества работ, посвященных переживанию последствий войн. Самые известные из них – это «Смерть при жизни: выжившие в Хиросиме», где исследуется психическое онемение или эмоциональное выхолащивание у hibakusha – выживших после атомной бомбардировки Хиросимы, и «Дом из войны», где анализируются многочасовые глубинные интервью с ветеранами Вьетнама. В этих трудах показано, как война и сопутствующие ей идеологические искажения порождают ситуации, в которых обычные люди – не злодеи – совершают злодеяния (Lifton 1991; 1973).

В своей клинической работе с ветеранами Лифтон сделал акцент на том, чтобы «жертвы» могли трансформироваться в людей с миссией выживания, для которых доступен ресурс «символического бессмертия» путем превращения личного страдания и вины в политическое, общественное, антивоенное свидетельство. Работа в нарративном ключе с группами ветеранов помогла Лифтону войти в состав рабочей комиссии, подготовившей включение ПТСР в DSM-III. Активистом движения за

нераспространение и уничтожение ядерного оружия Лифтон был многие годы и остается до сих пор. При этом со временем ПТСР стали критиковать именно за аполитичность, уравнивание жертв и тех, кто совершил военные преступления, и в целом сдвиг диагноза к медиализации травмы. Последние годы ведутся дискуссии о включении диагноза «моральная травма» в ее расширенной концепции в следующую редакцию диагностических мануалов, подобно тому, как больше сорока лет назад велась борьба за включение ПТСР⁹.

«Дрейф» концепции травмы, или изменчивость эпистемы нозологии. О «дрейфе» – расширении объема таких понятий, как «травма», посттравматический стресс и др., исследователи в разных социальных дисциплинах пишут давно, критикуя медиализацию и патологизацию человеческих страданий в терапевтическом режиме высказывания. Применительно к психологии и ПТСР термин *«bracket creep»* ввел двадцать лет назад Ричард МакНелли – клинический психолог, профессор Гарварда и один из ведущих специалистов по ПТСР. Под «расширением рамок» он имел в виду постепенный рост числа критериев и объема понятия травмы в дефинициях ПТСР, когда в категорию «травматического» начинают попадать все менее экстремальные и обычные стрессоры (McNally 2004: 1–14).

В социологии, антропологии, культурологии о «дрейфе» понятия «травма» пишут, критически рассматривая наследие Йельской школы деконструкции, активно использовавшей метафору травмы для описания социальных потрясений и их последствий для нескольких поколений. В рамках этой школы были сформулированы основные тезисы, которые, к сожалению, давно приобрели околпсихологическое звучание и поп-психологическое распространение: травма всегда к кому-то апеллирует, ей необходимо свидетельство; травма не переживается непосредственно в событии, если только как утрата когнитивного контроля; травмированный субъект буквально переживает травмирующее событие, потому что травматическая память отличается от нарративной и в ней путается прошлое и настоящее; переживая травму в настоящем, травмированный субъект создает ситуацию, в которой слушающий может быть травмирован как свидетель – это делает травму «заразной», на чем часто ошибочно выстраивается концепция межпоколенной передачи; из-за того, что травматическая память – особенная, травма – непомышляема/нерепрезентируема и непроговариваема; травматический компонент есть в любой человеческой коммуникации (Lopez 2022: 121–145).

Критика использования травмы как расширительной метафоры двигалась по нескольким линиям – от философии и социологии до психологии и нейронаук. Дискутировались и продолжают обсуждаться такие вопросы, как спорность уравнивания жертв, свидетелей и преступников;

нейрокорреляты симптомов буквального повторения или отыгрывания травмы; возведение кризиса репрезентации в травме до глобального кризиса репрезентации и превращение травмы в базовое условие человеческого существования.

Проблему расширения объема понятий, связанных с вредом и патологиями, активно развивает профессор психологии Николас Хаслам, прослеживая дрейф «травмы» от физической к психологической, из экстраординарного условия в ординарное, от прямой травмы к косвенной, от индивидуальной к коллективной. Последнее время, правда, Хаслам все чаще говорит о том, что расширение понятий вреда всегда влечет за собой поляризацию: с одной стороны, такое расширение позволяет идентифицировать пострадавших, нуждающихся в помощи, обозначить преступное поведение, которое прежде было в серой зоне, нормализовать симптомы страдания и таким образом дать доступ к помощи для людей, их испытывающих. С другой стороны, цена такого расширения – тривиализация вреда и повышенная сензитивность и подозрительность (Haslam 2016: 1–17). Редуцировать все к одному полюсу – значит поддерживать и раскачивать поляризацию, а не снимать ее.

Историческая изменчивость эпистемы нозологии всегда нуждается в учете. Она включает в себя, во-первых, изменчивость диагностических категорий.

По сравнению с первыми изданиями диагностических руководств в последних, например, гораздо меньше внимания уделено такому кластеру симптомов, как избегание триггеров и сниженные эмоции, но добавлены негативные когниции (самообвинения и обвинения других, стойкие негативные убеждения и ожидания от себя и других, черно-белая картина мира) и эмоции (страх, ужас, гнев, вина, стыд). В неврологическом кластере «возбудимости» больше акцента стало на реактивности и рискованном и саморазрушительном поведении. Если же мы добавляем сюда кросс-культурный фактор, то избегание и так называемое эмоциональное онемение могут вообще или не выявляться, или с трудом предьявляться, что соотносится с этнопсихологией заболевания в разных культурах. Например, одно из исследований, проведенное в США среди трех этно-расовых групп – чернокожих, латиноамериканцев по происхождению и «белых» (все остальные группы), показало, что выраженность избегания зависит от ощущения себя в группе, от так называемой идентичности, основанной на сплоченности. Чем выше групповая сплоченность, тем менее будут проявлены эти симптомы. И наоборот, чем слабее коллективная идентичность, тем эти симптомы будут сильнее выражены. Симптомы могут проявляться в разных комплексах: если фиксируется избегание и снижение эмоций, то это будет равно касаться как позитивных, так и негативных, а не каких-то одних, что, например, характерно для афроамериканцев. А для латиноамериканцев оказалось

довольно выраженным избегание позитивных эмоций, потому что они могут привести к самораскрытию и к различным формам подверженности насилию. При этом вполне не избегаются эмоции негативные (Weiss et al. 2020: 35–43).

Эмоциональное онемение, уплощенность могут оказаться социокультурной практикой демонстрации эмоций. Я работала в этнографическом поле с представителями разных групп коренных малочисленных народов Севера – в Ханты-Мансийском автономном округе, на Чукотке. Люди, которые выросли в этих местах, а также исследователи культуры коммуникации данных групп, понимают, что эта молчаливость – далеко не про эмоциональную бедность¹⁰. Прожив год на оленеводческом стойбище, я много раз сама была свидетелем того, как люди, приезжая друг к другу в гости, приветствуют друг друга особым образом, в котором молчанию отводится важная роль. В культуре нет речевых формул, аналогичных «русскому» приветствию, зато есть другие способы установления контакта между гостем и хозяевами: один осматривается, а другие демонстрируют заботу и ожидание, суетясь по хозяйству. Спустя некоторое время, когда пространство обретает с помощью молчания привычные, безопасные черты, возникает неспешный разговор. Если медицинские профессионалы будут диагностировать психологическое состояние людей, ушедших воевать из таких сообществ, они рискуют оценить эмоциональные аспекты с искажениями, используя стандартные интервью или опросники без учета этнопсихологических аспектов.

В неврологическом кластере акцент при диагностике ПТСР постепенно стал смещаться к реактивности, импульсивности и рискованному, саморазрушительному поведению. Чувство вины, например, на котором строилось много описаний посттравматического стрессового расстройства у ветеранов Вьетнамской войны, в 1987 г. перестало быть самостоятельным симптомокомплексом, но позже вернулось. Стыд и вина сложны для диагностики, поскольку дифференцировать их как результат военного опыта с тяжелым детским опытом и межпоколенческими травмами всегда непросто. Травмы содержат в себе этот комплекс стыда и вины в значительном объеме, поэтому вопрос о том, к какому опыту он больше относится, всегда остается открытым. ПТСР часто считают слишком узким диагнозом для исторической и трансгенерационной травмы, который приводит к обвинению жертвы (виктим-блеймингу) и патологизации без учета социального контекста разных форм вреда – от сексуального насилия до расизма и ксенофобии. На основе этой критики и работы таких исследователей и практиков, как Джудит Герман, подверженность жестокой, длительной и массивной психологической и физической травматизации стала рассматриваться как отдельный комплекс стрессоров, приводящий к отдельному расстройству – КПТСР – комплексному или осложненному посттравматическому расстройству.

Раздражительность как симптом ПТСР со временем заменила собой «гнев на общество и власти»: вместо протестности – индивидуальное неблагополучие. Эмоциональная же отстраненность и трудности в выражении любви и привязанности близким, остались.

На протяжении всей истории ПТСР продолжают дебаты по поводу соматических симптомов, с помощью которых люди описывают свои страдания в разных культурах и которые часто не учитываются как таковые при диагностике. Изменения и различия этих определений и категорий очень показательны (McNally 2016: 117–134; Young, Breslau 2016: 136–154):

- в ветеранских нарративах Первой мировой войны не было флешбэков, но были сонный паралич, тремор, неспособность ходить и говорить;

- выраженность диспептических симптомов и страх пептических язв присутствовали у солдат Второй мировой войны, и тоже почти нет фиксации флешбэков в медицинских архивах;

- сонный паралич не присутствует в описании симптоматики ПТСР, но распространен у людей с КППТСР, у жертв сексуального насилия, особенно в детстве, у людей с тревожными расстройствами;

- страх ядовитых химических агентов и соматические симптомы заражения фиксируются как доминирующие у ветеранов Войны в Заливе (война США с Ираком);

- 4% людей, у которых диагностировали ПТСР после событий 11 сентября в США, видели происходящее по телевизору, находясь за много километров от места события, что говорит в пользу сдвига к расширительному определению стрессора в диагностических руководствах;

- у пострадавших и свидетелей взрывов бомб переплетаются между собой неврологические симптомы mTBI (сотрясения или умеренного травматического поражения мозга) и ПТСР.

В медицинских отчетах и архивах после Второй мировой войны львиную долю симптомов составляли диспептические расстройства – проблемы с желудком и кишечником, а также выраженный страх пептических язв. В то время в обществе было распространено представление о язвах как о тяжелых заболеваниях, приводящих к смерти. Считалось, что причиной их возникновения является психогенный фактор – страх. Позже было установлено существование бактерий, вызывающих язвы и различные поражения кишечника (Young, Breslau 2016: 147).

Сонный паралич – одно из самых распространенных расстройств сна при разных посттравматических расстройствах. Если же говорить о культурной специфике сонного паралича, то люди часто не будут рассказывать о нем, как о показателе своего состояния. Почему? Потому что это состояние может концептуализироваться через различные религиоз-

ные верования и категории: встреча с покойниками, атака духов, одержимость и т.д. Поэтому, не спрашивая о данной симптоматике, не интересуясь тем, что происходит с людьми, что они переживают, помогающие специалисты могут сами ограничивать диагностику и помощь (McNally 2016: 123–125).

Начиная с 11 сентября 2001 г., когда произошел террористический акт во Всемирном торговом центре в Нью-Йорке, стало гораздо больше обсуждений и публикаций о том, что среди людей с диагностированным ПТСР оказалось 4% тех, кто вообще не был на месте события и видел его только по телевизору. Тем не менее в DSM-5, который был принят в 2013 г., до сих пор есть примечание о том, что симптомы не относятся к свидетельству, полученному через экран или услышанному по радио и т.д. (исключение составляют случаи, когда речь идет о профессиональных рисках; если человек – военный или спасатель, то для него ретравматизация будет актуальна). С нарастанием цифровизации и увеличением времени, проводимого взрослыми и детьми перед экранами гаджетов с бесконечным воспроизведением реальных сцен насилия в разных концах света, вряд ли это примечание сохранит свою актуальность. Риски викарной травмы (травмы свидетеля), возможно, будут возрастать.

Линейное описание нелинейных процессов. Другая сложность с диагностикой ПТСР, помимо изменений в содержании концепции, – ее линейность. Любой диагноз линейно описывает нелинейный процесс, который в реальности происходит куда более сложным образом. Ярким примером является процесс горевания. Есть множество мемов в интернете о том, как выглядит горе в концепциях психологов – последовательная смена стадий, и как у людей в «реальности» – утрированно хаотичное изображение путаницы состояний и периодов.

Линейно ПТСР выглядит следующим образом:

1) травматическое событие, которое влияет на память и порождает интрузии – закликивающиеся, повторяющиеся и несвязные воспоминания;

2) травматическое воспоминание провоцирует автономную нервную систему на ответ в режиме выживания (так называемые реакции «бей–беги–замри»). Проявляются такие симптомы, как расстройство сна, раздражительность, возбудимость и сложности с концентрацией внимания, гипербдительность, а также моторные нарушения;

3) дальше человек «адаптируется» к постоянному состоянию дистресса и возбуждения нервной системы с помощью избегания стрессоров и эмоционального онемения.

В этой модели исследователи отмечают очевидные логические допущения – например, ретроспективную атрибуцию: переживание симпто-

мов кластеров избегания и негативных убеждений приводит к появлению симптомов интрузивного кластера (флешбэки и т.п.) (Young, Breslau 2016: 147). Если я знаю о том, что со мной произошло, и, например в ситуации повышенной тревожности, начинаю воспроизводить и продуцировать эти воспоминания, если плюс к этому я еще знаю, и мне уже рассказали не один раз, что эти травматические воспоминания вообще-то не являются объективными, они неправильные, то тогда по поводу этого травматического воспоминания у меня возникнет много тревоги, и мне нужно будет его атрибутировать как травматическое, чтобы успокоиться, но при этом я опять буду возвращаться к нему мыслями как о навязчивом, и эту самую тревожность и навязчивость буду наращивать. Нашему мозгу важно установить какую-либо причинно-следственную связь, неважно какую, чтобы снизить тревогу. И, когда я атрибутирую, в том числе отношу свое состояние к тому, что со мной произошло когда-то, оно становится циклическим. Если добавляются факторы риска, то человек, который и так склонен к тревожности и у которого была предрасположенность в результате тяжелого детского опыта к гипербдительности и гипервозбудимости, будет с большой вероятностью попадать и застревать в этом зацикливании.

У каждой войны свой набор, или, по выражению социологов, ассамбляж симптомов, который надолго определяет, что такое травма и нетравма в общественном сознании. Поствьетнамский синдром стал модельным для ПТСР. Ранее описывали синдром контузии периода Первой мировой войны, и долгое время считалось, что весь ветеранский синдром заключается в том, что рядом с человеком разорвалась бомба, и только у этого человека будут такие проявления. Это связывалось с взрывной волной, которая каким-то образом действует на тело человека, но тогда было непонятно как именно, и выражение «психические последствия взрывной волны» звучало бы ненаучно. Спустя много десятилетий в описаниях синдромов Войны в Заливе или в Афганистане это влияние получает медицинское подтверждение: разные наполненные воздухом органы человека, такие как ушные раковины и легкие, действительно, испытывают компрессию в результате взрывной волны, и это мощнейшим образом активирует тревожную систему мозга, ответственную за распознавание угроз для выживания.

Еще одна сложность с линейной диагностикой в том, что мы можем многое упустить, если для выражения некоторых симптомов человеком используется другой язык, отличный от медикалистской номенклатуры, как в случае с сонным параличом в разных социокультурных контекстах. А если и флешбэки в том же ряду? Такие свидетельства в эпоху до открытий «травматической памяти», а позднее разных видов памяти, связанных со сложной активностью разных сетей мозга, просто могли опускаться исследователями как «ненаучные».

Есть ли вообще что-то общее между этими разными ПТСР, пока мы опираемся на операциональное определение диагноза?

Подверженность травматическому стрессору? Но только ограниченное число людей, которые встречаются с похожими стрессорами, развивают ПТСР. В таком случае любая отклоняющаяся от нормы реакция на стресс должна исторически приводить к ПТСР, но тогда ПТСР как диагноз теряет всякие границы.

Факторы риска, которые усиливают вероятность ПТСР, несмотря на степень жесткости стрессора? Но тогда относительно слабый стрессор может вызвать серьезные симптомы ПТСР. И это, похоже, так, только эти факторы риска тоже изменчивы. В течение многих веков, например, пытки и казни были публичным развлечением. Во многих культурах существуют свои пороги восприятия насилия и ненасилия.

В некоторых российских регионах (и не только российских) с депрессивной социальной средой, особенно после разрушившегося в перестройку привычного советского уклада, люди обратились к тому, что официально называется «традиционным образом жизни», но по сути являлось сложным комплексом выживания и приспособления с использованием нерегламентированных жизнеподдерживающих практик. Охота – часть этого комплекса, соответственно, у множества семей есть доступ к оружию. В ситуации на грани выживания любые семейные конфликты, осложненные алкоголизацией целых семей, довольно часто приводили и приводят к насилию и еще чаще – к суицидам, недаром суицидальное поведение и «эпидемии суицидов» в северных регионах – это отдельная область международных междисциплинарных исследований¹¹. Среди основных факторов «северных суицидов» есть и исторические и социокультурные травмы, а также часто их следствия или дополнительные триггеры – обедненная среда для социализации, злоупотребление ПАВ, демографические особенности, семейные и индивидуальные травмы¹². В таких случаях порог терпимости к насилию достаточно высок. Свидетельство насилия может очень специфически сказываться на человеке и приводить к нестандартному набору симптомов ПТСР с преобладанием, например, осложненного горевания, депрессии, фрустрации, вызванной разными факторами.

Ранние издания диагностических руководств предполагали, что люди должны испытывать одно расстройство за единицу времени, но поздние допускают коморбидность – наложение диагнозов. Тревога и депрессия – это следствие травмы или люди, их испытывающие, предрасположены к патологической реакции на сильный стресс? ПТСР – это нормальная реакция на экстраординарное событие (как в определении стрессоров в первых руководствах: военное сражение, бомбежка, изнасилование, пытки, концентрационный лагерь) или это патологический

ответ на событие тяжелое, но необязательно экстраординарное, с которым другие справляются (разрушение дома или сообщества, свидетельство насилия над другим)? Сейчас все чаще пишут о подпороговом ПТСР по аналогии с субклинической депрессией – когда его симптомы сглажены и по-разному фиксируются в разных когортах населения, но при этом связаны с более высоким риском развития других психических патологий в течение жизни (Mota et al. 2016:185–186).

Наши представления о том, что травма – это «драма вечного повторения», серьезно корректируются современными нейронауками. Да, воспоминания о прошлом – это одновременно предсказание будущего. Наш мозг – это машина предсказаний: мы постоянно соотносим будущие события с тем опытом, который у нас есть. В этом смысле воспоминание о будущем не является метафорой. Мы о будущем вспоминаем, потому что у нас нет другого опорного пункта. Это создает угрозу заикливания, но также дает ресурс нейропластичности. Опросы ветеранов Войны в Заливе проводились спустя месяц и через два года после событий. Через два года 70% ветеранов рассказывали дополнительные истории о боях, о которых не упоминали ранее. Это говорит о том, что мозг человека может ориентироваться на показатели ПТСР как на легитимирующие способы помнить, присваивать информацию и делиться сложным опытом.

Посттравматический стрессовый синдром в широком социокультурном контексте. Современный консенсус среди исследователей, учитывающих множественность социально-психологических контекстов травматизации, возвращается к тому, чтобы описывать конкретные посттравматические стрессовые синдромы, а не синдромы универсального ПТСР. Множественные онтологические домены травмы диктуют такую необходимость.

В таком случае важно учитывать:

- природу или биологию травмы – локальные феноменологии стрессора (опыта) и симптомов (последствий), как они описываются и типологизируются в разных культурных контекстах;
- онтологическую безопасность: травма действительно в прошлом или условия травматизации перманенты?
- локальные практики исцеления – на чем основываются и что в себя включают?
- как диагноз встраивается в систему локальной помощи – патологизирует индивидов и сообщества или становится эффективным инструментом для ответа на социальные потрясения?

Многие исследователи, работавшие на Гаити, где ужас гражданского противостояния длится десятилетиями, не считают возможным говорить о посттравматическом стрессовом расстройстве, потому что травматическая ситуация вовсе не относится к прошлому, а является текущей

(Hinton, Good 2016: 50–113). В таких случаях внимание помогающих специалистов может быть сконцентрировано только на том, чтобы у человека появилась хоть какая-то поддержка, если это в принципе возможно. Бесполезно акцентировать, например, внимание женщины в таких условиях на рефлексии о том, насколько насилие ужасно и недопустимо – оно действительно ужасно, но оно в таком контексте постоянно присутствует, и тогда осознание недопустимости невозможно без создания минимальных зон безопасности. Если практики, волонтеры, организации только сенсibilизируют женщину к травме, то они способствуют ее изоляции в том, что для нее собственно травму и создает.

В рамках текущего исследования Центра медицинской антропологии ИЭА РАН, посвященного практикам оказания помощи и реабилитации в ситуации СВО, эксперты не говорят о ПТСР – эта аббревиатура практически не звучит в беседах. Одна из причин, вероятно, в том, что никакого «пост», т.е. завершения травмирующей ситуации, пока не происходит. Зато в сообщениях экспертов часто звучат *«истощение»*, *«усталость»*, *«измотанность»*, *«без сил жить»*. Сравнивая ситуацию этой войны с опытом афганской и чеченской кампаний, эксперты с военным опытом подчеркивают превалирующую длительность боевого опыта СВО для ее участников:

«Четвертый год пошел для многих. Некоторые после нескольких ранений. Если раньше, допустим, в том же Афганистане и в той же Чечне после ранений не всегда возвращались, сейчас обязательно возвращение, если человек не комиссован, поэтому многие неоднократно ранены еще... вживаемость в войну сейчас стала просто более, наверное, такая интенсивная... Они стали жить на войне. Это была командировка, все надеялись, что через 4–5 месяцев вернутся, а сейчас это норма жизни. Мы живем на войне, они пытаются жить и адаптироваться к этим условиям постоянно. Причем они меняются постоянно, они пытаются в них постоянно адаптироваться»¹³.

Это подтверждают и немногочисленные пока исследования психологических сложностей, с которыми сталкиваются комбатанты СВО в зависимости от особенностей данной военной ситуации, например, допустимого времени непрерывного пребывания комбатантов в зоне боевых действий, после которого у них возникают те или иные психические расстройства:

«Самая благоприятная картина наблюдается в группе комбатантов, которые находились в зоне боевых действий дольше всего – более одного года. В этой группе комбатантов наблюдаются самые низкие средние показатели ПТСР, как в начале госпитализации, так и после госпитализации. Но в этой группе комбатантов в начале госпитализации имеет место самый высокий средний уровень безнадежности (который, впрочем, значительно снижается через 8 недель оказания медицин-

ской помощи). Этот результат можно объяснить, опираясь на понимание “шоковых” и “протрагированных” форм стрессовых расстройств по В.А. Гиляровскому и Г.Е. Сухаревой, согласно которому при длительном психогенном воздействии эмоциональное напряжение уже не так интенсивно, но действует более глубоко (возможно с этим фактом связан и высокий средний уровень безнадежности, который наблюдается в этой группе комбатантов)...

Вероятно, в этой группе формируется так называемый синдром “старого сержанта”, который при относительно невысоких показателях ПТСР характеризуется пессимизмом и безнадежностью, ощущением бесперспективности жизни. В большей степени проявляются негативные психологические симптомы, такие, как трудности с принятием решений, нежелание брать на себя ответственность за других. Более сложные симптомы включали потерю уверенности в себе, беспокойство, депрессию и склонность к самоуничижительным замечаниям. Во многих отношениях синдром “старого сержанта” похож на феномен эмоционального выгорания» (Ларских и др. 2023: 3).

«Синдром старого сержанта» – психосоциальный и эмоциональный «износ» самых опытных солдат после длительных боевых действий – впервые был описан в 1947 г. Рэймондом Собелом (Sobel 1947: 315–321). Ключевыми чертами являются утрата уверенности, депрессия, избегание новых эмоциональных привязанностей, снижение лидерских качеств и специфическая социальная изоляция на фоне сохранения мотивации к службе и внутреннего чувства долга. Синдром наблюдается у солдат, прошедших через многочисленные сражения, потерявших многих товарищей и испытывающих хронический эмоциональный стресс. Первоначально такие солдаты были наиболее ответственными, мотивированными, выносливыми и самыми эффективными в бою. Со временем у них начинает проявляться апатия, депрессия, тревожность, снижение самооценки, потеря уверенности и готовности брать на себя ответственность за других. Возникает усталость к новым знакомствам и эмоциональной близости – многие избегают общения с новобранцами, чтобы не переживать очередную утрату. Возрастает страх за себя и чувство вины перед подчиненными или погибшими товарищами. Симптомы могут включать бессонницу, раздражительность, растерянность, снижение внимания, боязнь рисковать. В тяжелых случаях появляются выраженные дистрессивные и депрессивные эпизоды, а также симптомы, перекрывающиеся с ПТСР: навязчивые воспоминания, тревожность, нарушения адаптации.

Сейчас синдром считается предшественником комплексного ПТСР и эмоционального выгорания профессионалов экстремальных профессий, и от ПТСР его отличает в том числе длительность абнормального стресса и экспозиции жизнеугрожающему стрессору без оказания помощи.

Травматичность стрессового события для ПТСР определяется его внезапностью, угрозой для идентичности и глобальным характером воздействия. Если такой стрессор перестает быть «внезапным», а становится частью «*вживаемости в войну*», то резонно говорить уже КППТСР. В список специфических травматических ситуаций пролонгированного характера входят плен, рабство, длительное пребывание на территории военных действий, домашнее физическое или сексуальное насилие (Васильева 2022: 72–81).

Получается, что если не оказывать помощь пострадавшим вовремя, то мы всегда будем иметь дело либо еще не с ПТСР, либо уже не с ПТСР. И помощь эта заключается далеко не только в терапевтическом вмешательстве, но и в удалении человека из жизнеугрожающей ситуации вовремя – в случае с военнослужащими речь должна идти о необходимой ротации и в боевых формированиях.

Множественные контексты травмы. Итак, коморбидность многих расстройств, вызываемых тяжелым стрессом, требует от практиков и исследователей в первую очередь широкой разметки ландшафта травмы в разных ее контекстах. Среди них – наличествующие возможности исцеления и обращения за поддержкой; проявление пула травматических симптомов в сочетании с локальными вариантами переживания тяжелого опыта; локальный консенсус по поводу поисков помощи и исцеления.

Многие описания так называемых культурно обусловленных синдромов могут показаться экзотическими, но мы тем не менее можем легко соотнести их симптомы с характерными для различных стрессовых расстройств: неконтролируемая ярость при малазийском амоке; «*голоса из желудка*», говорящие на языке врагов и вызывающие кошмары, усталость, бессонницу и склонность к самоубийству у зулусов в Южной Африке; «*синдром подавленного гнева*» (хвабен) в Корее, который описывается чаще всего соматически как «*кипение в груди и во всем теле*» и встречается у бедных корейцев и корейских женщин после 40 лет; «*сумасшедшая болезнь*» в Никарагуа, при которой больные впадают в апатию, сменяющуюся резкими вспышками ярости, во время которых они хватаются за оружие для борьбы с невидимыми врагами; «*синдром слабого сердца и сосудов*» в Камбодже (Saint-Marten 1999: 66–70; van der Zeijst et al. 2021: 471–485). Нетрудно заметить, что большинство этих симптомов переживаются людьми в местах и обществах с тяжелым опытом гражданских войн и геноцидов.

В Камбодже, например, люди, пережившие кровавый режим Пол Пота, испытывают целый набор неврологических симптомов – тиннитус (шум в ушах), слабость, головокружение, тошноту и т.п. В их числе не будет эмоционального онемения или уплощенности, часто проявляющимися при ПТСР, человек способен жаловаться и обращаться за помощью

к близким. Такая возможность создает локальную атрибуцию симптомов и особую идиому исцеления – обращение к родственникам за специальным массажем, который, как предполагается, устраняет нарушение баланса жидкости и воздуха в сосудах, в результате чего человек может почувствовать облегчение. Если исследователи не игнорируют описываемую симптоматику и спрашивают людей, когда их симптомы появились, то довольно быстро выясняется, что люди связывают их с тяжелой работой в голоде, холоде и эпидемиях малярии в течение нескольких лет. Основной фокус внимания оказывается на соматических проявлениях – «сломанной спине», дрожи в конечностях и т.д. Если исследователи не связывают симптомы с историческим контекстом, последние могут не уложиться в привычную картину ПТСР, и люди могут потерять возможность обращаться за медицинской помощью (Hinton, Good 2016: 50–113).

Локальные онтологии травмы специфичны, поскольку специфичны локальные стрессоры. Многие исследователи молодежного суицида и самоповреждения (селфхарма) в Мексике не фиксировали комплекса избегания и онемения. Наркотрафик, сопровождающийся постоянным насилием, давно создал многопоколенную основу для травмы и превратил насилие в структурное. Самоповреждение как основной симптом молодежь использует и предъявляет в поисках помощи, поскольку домашнее насилие рутинно и, как считается, приводит не к травме, а к депрессии и тревожности. Селфхарм принял масштабы эпидемии в качестве формы эмоционального реагирования – он не признак эмоционального отстранения и онемения, как это часто бывает при депрессии у подростков в других условиях. Для молодых мексиканцев это способ дотянуться до заботы и поддержки – хотя бы перевяжут и заберут в больницу на несколько дней (Hinton, Good 2016: 50–113).

Локальные этиологии травмы – чему приписывается причина плохого самочувствия – также могут быть специфичными. У кечуа причиной тяжелых симптомов предъявляются *«тревожащие мысли»*. Те, у кого они есть при столкновении с тяжелым опытом, становятся как *«дырявая ткань»* против сильных порывов ветра или *«дерево, изъеденное червями»*. Грусть представляется набором вполне соматических симптомов – головная боль и боль в животе. Для коренных американцев концепт исторической травмы лучше описывает их ситуацию: симптомы воспринимаются как логичный ответ на многопоколенный геноцид и угнетение. Утрата культуры и связей с предыдущими поколениями – важная причина чувствовать себя плохо. Таким образом, призма исторической травмы открывает больше пространства для исцеления, которое понимается как создание новой космологии и нового понимания индивидуальности: исцеление как реонтологизация (Brave Heart-Jordan 1998).

Хорошо известно, что разговоры в сообществе о пережитом, создание коллективов нарративов травмы создают целительный эффект поддержки и принятия. Многие терапевтические вмешательства в западной психологии также основываются на этом: без восстановления коллективной безопасности и возможности поделиться своим опытом нельзя справиться с симптомами ПТСР.

Дополнительную сложность могут составлять и конфликтующие дискурсы травмы. Например, на Гаити есть версия травмы, которой придерживаются христиане Евангелической церкви: все страдания – это результат вовлечения гаитян в практики вуду и заключения ими «пакта с дьяволом» в 1791 г., чтобы опрокинуть французское владычество (Hinton, Good 2016: 50–113). Часть травматической онтологии – активность неуспокоенных душ людей, погибших от насилия. Духовная небезопасность дополняет и усиливает физическую. Тогда и фокус исцеления может быть изменчивым. В таких местах, как Гаити, оно невозможно и бесполезно как преодоление индивидуальной травматизации. Важнее восстановление коллективной безопасности – социальной, политической и экономической.

Многовекторный подход к диагностике посттравматического стрессового синдрома. Дэвон Хинтон и Байрон Гуд в коллективной монографии под своей редакцией предлагают теоретическую модель описания и работы с разными посттравматическими стрессовыми синдромами, предполагающую многовекторный подход к диагностике травмы. Эта модель представляется важной и рабочей для постановки задач по изучению в том числе возможного посттравматического стрессового синдрома СВО. Такие задачи необходимо решать уже сейчас, чтобы своевременно и адекватно планировать и оказывать помощь пострадавшим в разных ситуациях, с этой войной связанных.

Важно, чтобы междисциплинарные программы сбора «полевого» материала включали в себя следующие вопросы:

1. Это комплексная травма? Является ли она следствием отдельного события или связана с продолжительными по времени и многообразными ситуациями насилия?

2. Каковы основные характеристики стрессоров? В чем биология именно этой травмы? И как люди сами описывают причину своих страданий?

3. Каковы самые выраженные специфические симптомы и как они проявляются?

Необходим сбор и анализ соматических симптомов, которые, как уже было показано, часто недооцениваются в диагностических руководствах, но составляют большую часть симптоматики, которую человек способен описать. При этом необходимо учитывать, как разные контек-

сты влияют на описание и присваивание себе соматической симптоматики. Например, особенности гендерной социализации будут сказываться на том, чему будут атрибутировать свои симптомы мужчины и женщины. Мужчины чаще замалчивают страхи. О каких-то телесных симптомах говорят открыто, а каких-то избегают, потому что во многих культурах образ мужского тела – это образ тела доминантного, которому не положено страдать и испытывать унижения. Женщинам привычнее говорить открыто о слабости тела, страхах и тревогах, но не о гневе и ярости – последние находят преимущественно соматическое выражение. Карту проявлений симптомов важно составлять по словам и в словах человека.

4. Оказывает ли травма влияние на представление о себе, межличностных отношениях, группе, мире? Если да, то какое? Какую схему Я она создает?

5. Есть ли у травмы многопоколенные аспекты?

Корни негативных убеждений могут уходить в межпоколенческие послания и семейные мифы. Например, с убеждением в том, что никому нельзя доверять, будет легче работать, если мы изучим его происхождение вместе с человеком. Человек может говорить о том, что он не может доверять своей жене и другим, кто не пережил того же, что и он, но если мы спросим, как было с доверием в его родительской семье, то ему станет проще заметить, что груз недоверия – это не только его личный опыт.

6. Включено ли актуальное страдание в контекст исторической травмы и если да, то насколько эта травма признается, учитывается в официальных дискурсах о прошлом? Насколько ее признание или непризнание способствует исцелению или тормозит его?

7. Включает ли травма социальную утрату – смерть родственников, эмиграцию, депортацию?

8. Включает ли она в себя утрату культуры (культурных традиций); влечет ли за собой невозможность отправлять необходимые ритуалы (например, погребения погибших)?

Среди культурных традиций могут быть самые разные – от невозможности придерживаться привычной диеты до религиозных убеждений. Среди самых болезненных утрат – невозможность совершать необходимые пред- и послеродовые действия и, конечно же, невозможность или серьезные бюрократические затруднения для совершения необходимых ритуальных действий в случае смерти человека, невозможность обойтись правильно с телами погибших.

9. Включает ли травма утрату социального статуса, экономические потери?

Насколько человек может рассчитывать на разного рода поддержку, компенсации, возмещение, медицинскую помощь? Если он (она) пойдет

за этой помощью, то куда пойдет, куда ему (ей) легче дойти? Как он (она) себе представляет доступный маршрут исцеления?

10. Можно ли назвать травму эпизодической, эндемичной – специфичной для определенной когорты населения (поколенческой, гендерной, меньшинства)?

Необходимо учитывать когортные показатели – кто окажется в зоне большего риска травматизации и при каких условиях – и при этом мониторить актуальную динамику, не полагаясь только на обобщенные данные. Например, риск ПТСР и тяжесть проявления симптомов ниже у людей молодого и старшего поколения. Как показывают результаты недавнего исследования, группа комбатантов СВО 41–50 лет – единственная, в которой уровень тревоги снизился до легкой степени выраженности после оказания медицинской помощи. Самой «проблемной» оказалась средняя возрастная группа комбатантов – 31–40 лет. *«В этой группе в начале госпитализации было выявлено самое высокое среднее значение показателя ПТСР (которое не снизилось до нормативного уровня даже после оказания междисциплинарной медицинской помощи в течение 8 недель) и самый высокий средний уровень агрессивности. И наоборот, наиболее благоприятная картина наблюдается в самой “молодой” группе комбатантов 20–30 лет – самый низкий средний показатель ПТСР в начале госпитализации»* (Ларских и др. 2023: 3).

Важно понимать, какие ресурсы в доступе у человека – на что он может опереться, на какую сопротивляемость и совладание мы можем рассчитывать. Насколько сильную поддержку окружающих имеет человек – семьи, сообщества, государства.

И конечно же, важно исследовать разные подходы к исцелению травмы во всем многообразии целительских традиций, которые доступны от конвенциональных до неконвенциональных и локальных. Куда человек обратится за помощью, зависит от многих факторов, и немаловажный из них – открытость, гласность и поддержание диалога между целительскими подходами, даже если они в чем-то конфликтуют.

Например, традиция исследования и лечения боевого стресса и военной травмы в России имеет свою специфику, которая проявляется сейчас в концептуализации условий СВО как способных привести скорее к сложностям реадаптации и при этом содействующих посттравматическому росту, если предпринимаются меры сопровождения бойца на доэкстремальном, экстремальном и постэкстремальном этапах подготовки. Военный психолог, академик, начальник кафедры психологии Военного университета Министерства обороны РФ А.Г. Караяни в одном из своих последних выступлений перечисляет факторы риска для здоровья военнослужащих, связанные со спецификой именно СВО¹⁴:

– высокая протяженность линии боевого соприкосновения и высокая интенсивность боевых действий.

Об этом же – о плотности поражения и постоянном ожидании боевого столкновения говорят и эксперты в нашем исследовании;

– мощностъ и постоянное «усовершенствование» применяемого оружия, ведущего к подавляющему числу минно-взрывных, увечающих и приводящих к ампутации ранений.

Психологи, работающие с комбатантами, говорят о флешбэках, возникающих при виде птиц и газонов;

– сложный образ врага – *«мотивированный, подготовленный, жестокий, близкий нам по языку и общей истории противник. И эта близость запускает механизм нарциссизма малых различий, который придает противоборству некоторые свойства гражданской войны, такие как особая эмоциональность, нетерпимость, ожесточенность и бескомпромиссность»*.

На дискуссии в первой же фокус-группе с помогающими специалистами психологи согласились с тем, что о враге речи идет мало в их работе, четкого его образа нет;

– продолжительность участия войск в боевых действиях, которая *«превышает прогнозированные ранее временные рубежи. Представление о шести-восьмимесячном пределе пребывания в зоне боевых действий, после которого наступает обвальная психотравматизация комбатанта, оказалось несостоятельным. Некоторые участники, прежде всего от ДНР и ЛНР, преодолели 10-летний период непрерывной и интенсивной боевой жизни, а основная масса российских военнослужащих – 27-месячный период. Я говорю это для того, чтобы подчеркнуть, что наши бойцы испытывают колоссальную, нередко запредельную боевую и психологическую нагрузку»*;

– высокая прозрачность и чувствительность боевого пространства за счет применения боевых спутников, беспилотников, видеокамер, разных датчиков звука, движения. Перемещение в таком пространстве требует неотступной настороженности, которая «не может не сказываться на психическом состоянии, порождает психологический эффект витринности, чувство постоянной труднопреодолимой опасности»;

– схватки с роботизированными системами противника и «робочелу» человеческих качеств;

– сильное информационно-психологическое воздействие, которое создает множество параллельных и пересекающихся виртуальных реальностей.

Выше перечислены только факторы, влияющие на военнослужащих без разделения их на мобилизованных и контрактников, приходящих в отпуск и возвращающихся в боевую обстановку, раненых и демобилизованных по ранению, прервавших контракт, подписавших контракт в местах отбывания заключения и др. Важной задачей остается и исследова-

ние вопросов психологической безопасности широкого круга людей, затронутых СВО: членов семей комбатантов; членов семей погибших и пропавших без вести в зоне боевых действий; людей, живущих на территориях, рядом с которыми ведутся боевые действия; волонтеров, беженцев, работников военных производств, которые трудятся в мобилизационном режиме; жителей разных регионов, которые сталкиваются с внезапными атаками БПЛА.

Выводы

1. Контекст, в котором сегодня может проводиться исследование картины стресса и травматизации разных групп населения, а также возможной помощи, включает:

- отсутствие или ограничение на доступ к статистическим материалам медико-социального характера;
- продолжающуюся, незавершенную ситуацию кризиса и травматизации, в которой еще или уже – в зависимости от групп населения – невозможно концептуально подходить к стрессовому синдрому СВО как к постсиндрому;
- уязвимость претензий диагноза ПТСР на универсальность, а также перекрытие его с множеством других категоризаций стрессовых расстройств, влекущее за собой сложность дифференциальной диагностики и кризис доверия к нему со стороны помогающих специалистов;
- конфликт интерпретации стрессовых расстройств в разных национальных традициях конвенциональной медицины.

2. Учесть этот контекст представляется возможным в многовекторном подходе к исследованию, описанию и диагностике (пост)травматического стрессового синдрома СВО. Он предполагает междисциплинарные усилия в решении проблемы и позволяет избежать распространенных ошибок медикализации человеческих страданий, пренебрежения культурными идиомами страдания и разными онтологическими уровнями безопасности – от физического и духовного здоровья до правового обеспечения, невнимания к историческому измерению травмы – исследованиям источников и корней современных кризисов, а также невнимания к тем симптомам, которые не присутствуют или отличным образом формулируются в разных культурных контекстах.

Примечания

¹ Минтруда РФ опирался на такие данные при разработке стандартов реабилитации людей с инвалидностью, «получивших ранение или заболевание в связи с участием в боевых действиях» (<https://www.kommersant.ru/doc/7499141>). Замминистра обороны РФ Анна Цивилева заявила в 2024 г. о наличии ПТСР у 20% возвращающихся с СВО бойцов (<https://tass.ru/obschestvo/21125769>).

² Фонд общественного мнения. Опрос «ФОМнибус» 30 сентября – 2 октября. 104 населенных пункта, 53 субъекта РФ, 1 500 респондентов. Факторы формирования общественного мнения // Настроение окружающих. URL: <https://media.fom.ru/fom-bd/d39no2022.pdf>

³ ВЦИОМ Новости. Индекс потребности россиян в психологической помощи. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/indeks-potrebnosti-rossijan-v-psikhologicheskoi-podderzhke>

⁴ Исследование. Индекс тревожности россиян снижается второй год подряд. URL: <https://www.cros.ru/ru/exploration/anxiety/4114/>

⁵ Научная Россия. Между тревожностью и депрессией? Психологи и социологи об актуальных общественных настроениях и методах сохранения душевного здоровья. 04.03.2025. URL: <https://scientificrussia.ru/> <https://scientificrussia.ru/articles/ot-trevogi-dobozni-paukov-i-bulimii-psihologi-i-sociologi-ob-aktualnyh-obsestvennyh-nastroeniah-i-metodah-sohranenia-dusevnogo-zdorova>

⁶ American Psychological Association. Women who experience trauma are twice as likely as men to develop PTSD. Here's why: women are typically exposed to more interpersonal trauma than men, and often at a younger age, which can have a greater negative impact on their lives. Last updated: July 8, 2024. URL: <https://www.apa.org/topics/women-girls/women-trauma>

⁷ См.: U.S. Department of Veterans Affairs. PTSD: National Center for PTSD. URL: https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_veterans.asp; Крюков, Шампей, Марченко 2025.

⁸ Общий адаптационный синдром Селье описывает унифицированный ответ организма на сверхпороговое воздействие: стадия тревоги, стадия резистентности и стадия истощения. Концепция породила производные идеи – «адаптационной энергии», «эустресса» и «дистресса» – и остается методологическим каркасом для физиологии, психологии, спортивной науки и исследований психосоматики, хотя подвергается критике за игнорирование когнитивной оценки и межличностных различий. В модели Лазаруса–Фолкмана стресс не является прямым следствием внешнего события, а обусловлен тем, как человек его оценивает и какие ресурсы активирует для реагирования. Таким образом, процесс включает непрерывную обратную связь между оценками, копингом и эмоциональным состоянием. См.: (Селье 2000; Лазарус 1970; Кадыров 2012).

⁹ См.: (Proctor 2024; Gessen 2023).

¹⁰ Об этом пишет, например, Наталья Новикова: *«Слово и молчание в мире коренных народов выполняют коммуникативную функцию, причем во многих важных ситуациях приоритет принадлежит именно молчанию. Молчание выступает и культурным маркером аборигенов, важнейшим кодом и средством их презентации в современном мире. Молчание является своеобразным паролем во взаимодействии коренных народов с окружающим миром, но для его понимания и интерпретации необходимо исследовать культуру аборигенов, понять, почему и когда они говорят или молчат. Молчание можно сравнить с вечной мерзлотой, которая является основой сохранения арктической природы. В восприятии же представителей других культур молчание или недоговоренности аборигенов часто воспринимаются как недостаток последних»*. См.: (Новикова 2012); О молчании, как способе сказать «нет» в коммуникации с «чужими» по поводу своих прав и собственности см. также: (Миськова 1999).

¹¹ Согласно данным исследований, при сходном с общероссийским типе воспроизводства (снижение рождаемости и смертности) у коренных малочисленных народов Севера (КМНС) России доля умерших младше 60 лет составляет 70% против 30% в среднем по РФ; более ¾ представителей КМНС младше 45 лет (в РФ менее ½). Средняя ожидаемая продолжительность жизни КМНС в НАО на 9 лет меньше, чем у некоренного населения. См.: (Любов, Сумароков, Конопленко 2015). Молодежь (15–24 года) – группа с наивысшей суицидальной смертностью: среди якутов, ненцев, инуитов суицид – ведущая причина смерти у подростков и молодых мужчин. См.: (Kue Young, Ревич, Soininen 2015). В

ряде арктических поселков (например, нганасаны в северном Красноярском крае) зафиксированы случаи, когда смертность от суицида превышает все прочие естественные причины смертности. См.: (Naylor 2021).

¹² См.: (Risk and Protective Factors... 2021).

¹³ Полевые материалы автора. Экспертное интервью (май 2025) в рамках исследования, выполняемого за счет гранта Российского научного фонда № 25–18-00901 «Востребованность и доступность практик психофизиологической помощи и реабилитации в российском обществе в связи с актуальными социально-политическими вызовами и трансформациями (в условиях СВО) (2025–2027)». URL: <https://rscf.ru/project/25-18-00901/>

¹⁴ Далее цит. по: (Караяни 2024).

Список источников

- Васильева А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство в центре международных исследований: от «солдатского сердца» к МКБ-11 // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022. № 122 (10). С. 72–81. doi: 10.17116/jnevro202212210172
- Герман Дж. Травма и исцеление. Последствия насилия – от абьюза до политического террора. М.: Эксмо, 2021.
- Гронский А.В. Когнитивно-поведенческие установки, сформированные под влиянием травмы политических репрессий, и их семейное наследование // Психология и психотерапия семьи. 2021. № 3. doi: 10.24412/2587-6783-2021-10019
- Кадыров Р.В. Посттравматическое стрессовое расстройство (PTSD): состояние проблемы, психодиагностика и психологическая помощь. СПб.: Речь, 2012.
- Караяни А.Г. Поколение СВО – психологический актив созидания будущего России. Доклад на 18-м Санкт-Петербургском саммите психологов в СПб, 2–5 июня 2024 // Психологическая газета. 22.08.2024. URL: <https://www.psy.su/feed/12504/>
- Караяни А.Г., Волобуева Ю.М. Военная психология как область специального научного знания и практики // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2007. № 4. С. 20–33.
- Крюков Е.В., Шамрей В.К., Марченко А.А. Современные представления о посттравматическом стрессовом расстройстве // Медицинская реабилитация комбатантов с посттравматическим стрессовым расстройством / ред. Е.В. Крюков. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2025. С. 11–36.
- Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс / под ред. Л. Леви. Л.: Медицина, 1970.
- Ларских С.В., Ларских М.В., Михан О.Ю., Потапова О.Н., Железняков М.А. Исследование эффективности междисциплинарной медицинской помощи комбатантам с ПТСР // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. 2023. Т. 15, № 4. С. 3. URL: http://medpsy.ru/mpj/archiv_global/2023_4_81/nomer03.php
- Любов Е.Б., Сумароков Ю.А., Конопленко Э.Р. Жизнестойкость и факторы риска суицидального поведения коренных малочисленных народов Севера России // Суицидология. 2015. № 3 (20), Т. 6. С. 23–30.
- Миськова Е.В. Стойбище-на-нефти и национальный поселок: жизнь семей лесных ненцев и восточных хантов в районах разрабатываемых нефтяных месторождений // Обычное право и правовой плюрализм: (материалы XI Междунар. конгр. по обычному праву и правовому плюрализму, авг. 1997 г., Москва): [сб. ст.] / отв. ред.: Н.И. Новикова, В.А. Тишков. М.: [б. и.], 1999. С. 239–242.
- Новикова Н.И. Коммуникативные практики коренных народов в глобальном мире // Сибирские угры в ожерелье субарктических культур: общее и неповторимое / отв. ред. Я.А. Яковлев. Ханты-Мансийск; Томск: Изд-во Том. ун-та, 2012. С. 112–125.
- Озерецковский А.И. Об истерии в войсках. М., 1891.
- Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М.: Медгиз, 2000.

- Тарабрина Н., Майн Н. Феномен межпоколенческой передачи психической травмы (по материалам зарубежной литературы) // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 3. С. 96–119.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013. P. 265–290. URL: <https://dn790004.ca.archive.org/0/items/APA-DSM-5/DSM5.pdf>
- Arena A.F., Gregory M., Collins D.A.J., Vilus B., Bryant R., Harvey S.B., Deady M. Global PTSD prevalence among active first responders and trends over recent years: A systematic review and meta-analysis // Clinical Psychology Review. 2025. № 120. 102622. doi: 10.1016/j.cpr.2025.102622
- Boehnlein J.K., Hinton D.E. From Shell Shock to PTSD and Traumatic Brain Injury: A Historical Perspective on Responses to Combat Trauma // Hinton D.E., Good B.J. (ed.) Culture and PTSD Trauma in Global and Historical Perspective. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2016. P. 156–175.
- Brave Heart-Jordan M.Y.H. The return to the sacred path: Healing from historical trauma and historical unresolved grief among the Lakota. Smith College Studies in Social Work, 1998.
- Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-ND 3.0 IGO. P. 337–363. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375767/9789240077263-eng.pdf>
- Da Costa J.M. On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences // Am. J. M. Sc. 1871. P. 61–117. doi: 10.1016/0002-9343(51)90038-1
- Danieli Y. (ed.) International handbook of multigenerational legacies of trauma. New York: Plenum Press, 1998.
- Erikson K. Everything in Its Path: Destruction of Community in the Buffalo Creek Flood. New York: Simon & Schuster, 1976.
- Gessen M. How to Maintain Hope in an Age of Catastrophe. Interview with Robert Jay Lifton // The New Yorker Interview. November 12, 2023. URL: <https://www.newyorker.com/news/the-new-yorker-interview/how-to-maintain-hope-in-an-age-of-catastrophe>
- Haslam N. Concept Creep: Psychology's Expanding Concepts of Harm and Pathology // Psychological Inquiry. 2016. № 27. P. 1–17.
- Hinton D.E., Good B.J. (eds.) Culture and PTSD: Trauma in Global and Historical Perspective. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2016.
- Hinton D.E., Good D.J. The Culturally Sensitive Assessment of Trauma: Eleven Analytic Perspectives, a Typology of Errors, and the Multiplex Models of Distress Generation // Hinton D.E., Good D.J. (eds.) Culture and PTSD Trauma in Global and Historical Perspective. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2016. P. 50–113.
- Hoyt T. Moral Injury. Wrestling with Definitions and Conceptual Drift // Æther: A Journal of Strategic Airpower & Spacepower. 2023. Vol. 2, № 3. URL: https://www.airuniversity.af.edu/Portals/10/AEtherJournal/Journals/Volume-2_Number-3/Hoyt.pdf
- Kempe C.H., Silverman F.N., Steele B.F., Droegemueller W., Silver H.K. The Battered-Child Syndrome // JAMA. 1962. Vol. 181 (1). P. 17–24.
- Kue Young T., Певуч Б., Soininen L. Суициды в Приполярных районах // Суицидология. 2015. № 3 (20). Т. 6. С. 23–30. URL: <https://psychiatr.ru/download/2362?view=1&name=Суи%>
- Lifton J.R. Death in Life: Survivors of Hiroshima. The University of North Carolina Press, 1991.
- Lifton J.R. Home from the War. Vietnam Veterans: Neither Victims nor Executioners. Simon & Schuster, 1973.
- Litz B.T. et al. Defining and Assessing the Syndrome of Moral Injury: Initial Findings of the Moral Injury Outcome Scale Consortium // Frontiers in Psychiatry. 2022. № 13. doi: 10.3389/fpsy.2022.923928
- Litz B.T., Kerig P.K. Introduction to the Special Issue on Moral Injury: Conceptual Challenges, Methodological Issues, and Clinical Applications // Journal of Traumatic Stress. 2019. Vol. 32, № 3. P. 341–349. doi: 10.1002/jts.22405

- Lopez M.A.* Is it Time to Give Up the Concept of Collective Trauma? On the Need for New (Old) Lexicons to Frame Social Suffering // *Quaderns de filosofia*. 2022. Vol. IX, № 1. P. 121–145.
- McNally R.J.* Is PTSD a Transhistorical Phenomenon // Hinton D.E., Good B.J. (Ed.) *Culture and PTSD Trauma in Global and Historical Perspective*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2016. P. 117–134.
- McNally R.J.* Conceptual Problems with the DSM-IV Criteria for Posttraumatic Stress Disorder // *Posttraumatic Stress Disorder: Issues and Controversies*. Edited by G.M. Rosen. 2004. P. 1–14. John Wiley & Sons, Ltd. URL: <https://catalogimages.wiley.com/images/db/pdf/047086284X.excerpt.pdf>
- Menakem R.* *My Grandmother's Hands: Racialized Trauma and the Pathway to Mending Our Hearts and Bodies*. Central Recovery Press, 2017.
- Mota N.P., Tsai J., Sareen J., Marx B.P., Wisco B.E., Harpaz-Rotem I., Southwick S.M., Krystal J.H., Pietrzak R.H.* Бремя субклинического ПТСР (согласно критериям DSM-5) среди ветеранов США / пер. Г.А. Красавин; ред. Н.В. Захарова // *World Psychiatry*. 2016. № 15:2. P. 185–186. URL: https://psychiatr.ru/files/magazines/2016_06_wpa_1057.pdf
- Myers C.S.* A contribution to the study of shell shock: Being an account of three cases of loss of memory, vision, smell, and taste, admitted into the Dutchess of Westminster's War Hospital // *The Lancet*. February 13. 1915. P. 316–320. URL: <https://archive.org/details/b30621264>
- Naylor A.* Russia, Explained: Siberian Indigenous Population Halves Amid Suicide Epidemic. A suicide epidemic is ravaging indigenous nations in Siberia. April 8, 2021. URL: <https://cepa.org/article/russia-explained-siberian-indigenous-population-halves-amid-suicide-epidemic/>
- Proctor H.* *Psychic Numbing* // *Boston Review*. April 18. 2024. URL: <https://www.bostonreview.net/articles/psychic-numbing/>
- Risk and Protective Factors for Suicide among Inuit in Canada. A Summary of Statistics Related to Suicide and Mental Health. Canadian Centre on Substance Use and Addiction, 2021. URL: https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2021-10/CCSA-Risk-Protective-Factors-Suicide-Mental-Health-among-Inuit-Report-2021-en_0.pdf
- Saint-Marten M.L.* Running Amok: A Modern Perspective on a Culture-Bound Syndrome // *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 1999. № 1 (3). P. 66–70. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC181064/>
- Schincariol A., Orrù G., Otgaar H., Sartori G., Scarpazza C.* Posttraumatic stress disorder (PTSD) prevalence: an umbrella review // *Psychological Medicine*. 2024. № 54. P. 4021–4034. doi: 10.1017/S0033291724002319
- Shay J.* *Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character*. New York: Scribner, 1994.
- Shay J.* Moral Injury // *Intertexts*. 2012. Vol. 16, № 1. doi: 10.1353/itx.2012.0000
- Sobel R.* The "Old Sergeant" Syndrome // *Psychiatry*. 1947. № 10 (3). P. 315–321.
- Van der Zeijst M., Veling W., Makhathini E.M., Susser E., Burns J.K., Hoek H.W., Susser I.* Ancestral calling, traditional health practitioner training and mental illness: An ethnographic study from rural KwaZulu-Natal, South Africa // *Transcultural psychiatry*. 2021. № 58 (4). P. 471–485. doi: 10.1177/1363461520909615
- Weiss N.H., Schick M.R., Reyes M.E., Thomas E.D., Tobar-Santamaria A., Contractor A.A.* Ethnic-Racial Identity and Posttraumatic Stress Disorder: The Role of Emotional Avoidance among Trauma-Exposed Community Individuals // *Psychol Trauma*. 2020. № 13 (1). P. 35–43. doi: 10.1037/tra0000974
- Young A., Breslau N.* What is "PTSD"? The Heterogeneity Thesis // Hinton D.E., Good B.J. (eds.) *Culture and PTSD Trauma in Global and Historical Perspective*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2016. P. 136–154.

Zerach G., Levin Y., Aloni R., Solomon Z. Intergenerational Transmission of Captivity Trauma and Posttraumatic Stress Symptoms: A Twenty Three-Year Longitudinal Triadic Study // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2017. Vol. 9, № S1. P. 114–121.

References

- Aguilar W., Halseth R. (2015) *Aboriginal Peoples and Historic Trauma*. Prince George, BC. Available at: <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/context/RPT-HistoricTrauma-IntergenTransmission-Aguilar-Halseth-EN.pdf>
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013. P. 265–290. Available at: <https://dn790004.ca.archive.org/0/items/APA-DSM-5/DSM5.pdf>
- Arena A.F., Gregory M., Collins D.A.J., Vilus B., Bryant R., Harvey S.B., Deady M. (2025) Global PTSD prevalence among active first responders and trends over recent years: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. no. 120. 102622. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102622>
- Barnes H.A., Hurley R.A., Taber K.H. (2019) Moral Injury and PTSD: Often Co-occurring Yet Mechanistically Different. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. Vol. 31, no. 2. A4–A103. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.19020036>
- Boehnlein J.K., Hinton D.E. (2016) From Shell Shock to PTSD and Traumatic Brain Injury: A Historical Perspective on Responses to Combat Trauma. In: Hinton D.E., Good B.J. (Ed.) *Culture and PTSD Trauma in Global and Historical Perspective*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. pp. 156–175.
- Brave Heart-Jordan M.Y.H. (1998) *The return to the sacred path: Healing from historical trauma and historical unresolved grief among the Lakota*. Smith College Studies in Social Work.
- Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-ND 3.0 IGO. P. 337–363. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375767/9789240077263-eng.pdf>
- Da Costa J.M. (1871) On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *Am. J. M. Sc.* pp. 61–117. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(51\)90038-1](https://doi.org/10.1016/0002-9343(51)90038-1)
- Danieli Y. (Ed.) (1998) *International handbook of multigenerational legacies of trauma*. New York: Plenum Press.
- DeSalle R., Tattersall I. (2014) *The Brain. Big Bangs, Behaviors, and Beliefs*. Yale University Press.
- Erikson K. (1976) *Everything in Its Path: Destruction of Community in the Buffalo Creek Flood*. New York: Simon & Schuster.
- Foa E.B., Keane T.M., Friedman M.J. (2005) *Effektivnaia terapiia posttravmaticheskogo stressovogo rasstroistva* [Effective treatments for PTSD]. Moscow: «Kogito-Tsentr».
- Gessen M. (2023) How to Maintain Hope in an Age of Catastrophe. Interview with Robert Jay Lifton. *The New Yorker Interview*. November 12. Available at: <https://www.newyorker.com/news/the-new-yorker-interview/how-to-maintain-hope-in-an-age-of-catastrophe>.
- Glebova T., Knudson-Martin C. eds. (2023) *Sociocultural Trauma and Well-Being in Eastern European Family Therapy*. AFTA Springer Briefs in Family Therapy.
- Gronskiy A.V. (2021) Kognitivno-povedencheskie ustanovki, sformirovannye pod vlianiem travmy politicheskikh repressii, i ikh semeinoe nasledovanie [Cognitive-behavioral attitudes formed by trauma of political repression and their family inheritance]. *Psikhologiya i psikhoterapiia sem'i*. 3. DOI 10.24412/2587-6783-2021-10019
- Haslam N. (2016) Concept Creep: Psychology's Expanding Concepts of Harm and Pathology. *Psychological Inquiry*. 27. pp. 1–17.

- Herman J. (2021) *Trauma i itselenie. Posledstviia nasiliia – ot ab'iuza do politicheskogo terrora* [Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror]. Moscow: Eksmo.
- Hinton D.E., Good B.J. (Ed.) (2016) *Culture and PTSD: Trauma in Global and Historical Perspective*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Hinton D.E., Good D.J. (2016) The Culturally Sensitive Assessment of Trauma: Eleven Analytic Perspectives, a Typology of Errors, and the Multiplex Models of Distress Generation. In: Hinton D.E., Good D.J. (Ed.) *Culture and PTSD Trauma in Global and Historical Perspective*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. pp. 50–113.
- Hoyt T. (2023) Moral Injury. Wrestling with Definitions and Conceptual Drift. *Æther: A Journal of Strategic Airpower & Spacepower*. Vol. 2, no. 3. Available at: https://www.airuniversity.af.edu/Portals/10/ÆtherJournal/Journals/Volume-2_Number-3/Hoyt.pdf
- Kadyrov R.V. (2012) *Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo (PTSD): sostoianie problemy, psikhodiagnostika i psikhologicheskoe pomoshch'* [Post-traumatic stress disorder (PTSD): the state of the problem, psychodiagnostics and psychological assistance]. St. Petersburg: Rech'.
- Karaiani A.G. (2024) Pokolenie SVO — psikhologicheskii aktiv sozidaniia budushchego Rossii. Doklad na 18-m Sankt-Peterburgskom sammite psikhologov v SPB, 2-5 iunია 2024 [Generation SVO — a psychological asset for creating the future of Russia. Report at the 18th St. Petersburg Summit of Psychologists in St. Petersburg, June 2-5, 2024]. *Psikhologicheskaiia gazeta*. 22.08.2024. Available at: <https://www.psy.su/feed/12504/>
- Karaiani A.G., Syromiatnikov I.V. (2006) *Prikladnaia voennaia psikhologiiia* [Applied Military Psychology]. Moscow.
- Karaiani A.G., Volobueva Iu.M. (2007) Voennaia psikhologiiia kak oblast' spetsial'nogo nauchnogo znaniia i praktiki [Military psychology as a field of special scientific knowledge and practice]. *Vestn. Mosk. Unta. Ser. 14. Psikhologiiia*. 4. pp. 20–33.
- Karaiani A.G., Volobueva Iu.M., Dubiaga V.F. (2007) *Sotsial'no-psikhologicheskaiia integratsiia v rossiiskoe obshchestvo invalidov boevykh deistvii* [Social and psychological integration of disabled combat veterans into Russian society]. Moscow.
- Kempe C.H., Silverman F.N., Steele B.F., Droegemueller W., Silver H.K. (1962) The Battered-Child Syndrome. *JAMA*. 181(1). pp. 17–24.
- Kriukov E.V., Shamrei V.K., Marchenko A.A. (2025) Sovremennye predstavleniia o posttravmaticheskom stressovom rasstroistve [Modern concepts of post-traumatic stress disorder]. In: Kriukov E.V. (red.) *Meditsinskaia rehabilitatsiia kombatanov s Posttravmaticheskim stressovym rasstroistvom* [Medical rehabilitation of combatants with post-traumatic stress disorder]. Moscow: GEOTAR-Media. pp. 11–36.
- Kue Young T., Revich B., Soininen L. (2015) Suicide in Circumpolar regions. *Suicidologia*. no. 3 (20). Vol. 6. pp. 23–30. Available at: <http://psychiatr.ru/download/2362?view=1&name=Сун%>
- Larskikh S.V., Larskikh M.V., Mikhan O.Iu., Potapova O.N., Zhelezniakov M.A. (2023) Issledovanie effektivnosti mezhdistsiplinarnoi meditsinskoi pomoshchi kombatanтам s PTSR [A study of the effectiveness of interdisciplinary medical care for combatants with PTSD]. *Meditsinskaia psikhologiiia v Rossii: setevoi nauch. zhurn*. Vol. 15, no. 4. pp. 3. Available at: http://medpsy.ru/mprj/archiv_global/2023_4_81/nomer03.php
- Lazarus R. (1970) Teoriia stressa i psikhofiziologicheskie issledovaniia [Stress Theory and Psychophysiological Research]. In: *Emotsional'nyi stress* [Emotional stress]. Ed. by L. Levi. Leningrad: Meditsina.
- Lee J., Wachholtz A., Choi K.-H. (2014) A Review of the Korean Cultural Syndrome Hwa-Byung: Suggestions for Theory and Intervention. *Asia T'aep'yongyang sangdam yon'gu*. 4(1). 49. <https://doi.org/10.18401/2014.4.1.4>
- Lifton J.R. (1973) *Home from the War. Vietnam Veterans: Neither Victims nor Executioners*. Simon & Schuster.

- Lifton J.R. (1991) *Death in Life: Survivors of Hiroshima*. The University of North Carolina Press.
- Litz B.T. et al. (2022) Defining and Assessing the Syndrome of Moral Injury: Initial Findings of the Moral Injury Outcome Scale Consortium. *Frontiers in Psychiatry*. 13. doi: 10.3389/fpsyt.2022.923928
- Litz B.T., Kerig P.K. (2019) Introduction to the Special Issue on Moral Injury: Conceptual Challenges, Methodological Issues, and Clinical Applications. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 32, no. 3. pp. 341–349. DOI: 10.1002/jts.22405
- Litz B.T., Stein N., Delaney E., Lebowitz L., Nash W.P., Silva C., Maguen S. (2009) Moral Injury and Moral Repair in War Veterans: A Preliminary Model and Intervention Strategy. *Clinical Psychology Review*. Vol. 29, no. 8. pp. 695–706. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.07.003
- Liubov E.B., Sumarokov Iu.A., Konoplenko E.R. (2015) Zhiznestoikost' i faktory riska suitsidal'nogo povedeniia korennykh malochislennykh narodov Severa Rossii [Resilience and risk factors for suicidal behavior of indigenous peoples of the Russian North]. *Suitsidologiya*. no. 3 (20), Vol. 6. pp. 23–30.
- Lopez M.A. (2022) Is it Time to Give Up the Concept of Collective Trauma? On the Need for New (Old) Lexicons to Frame Social Suffering. *Quaderns de filosofia*. Vol. IX. núm. 1. pp. 121–145.
- Major Raymond Sobel. Medical Corps, Army of the United States Anxiety-Depressive Reactions After Prolonged Combat Experience – the "Old Sergeant Syndrome". In: *Annual Report the Surgeon General United States Army. Section II Psychiatric Disorders of Combat*. Fiscal Year 1961. Office of the Surgeon General Department of the Army, Washington, D.C.
- McNally R.J. (2004) Conceptual Problems with the DSM-IV Criteria for Posttraumatic Stress Disorder. In: *Posttraumatic Stress Disorder: Issues and Controversies*. Edited by G.M. Rosen. pp. 1–14. John Wiley & Sons, Ltd. Available at: <https://catalogimages.wiley.com/images/db/pdf/047086284X.excerpt.pdf>
- McNally R.J. (2016) Is PTSD a Transhistorical Phenomenon. In: Hinton D.E., Good B.J. (Ed.) *Culture and PTSD Trauma in Global and Historical Perspective*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. pp. 117–134.
- Menakem R. (2017) *My Grandmother's Hands: Racialized Trauma and the Pathway to Mending Our Hearts and Bodies*. Central Recovery Press.
- Miskova E.V. (1999) Stoibishche-na-nefti i natsional'nyi poselok: zhizn' semei lesnykh nentsev i vostochnykh khantov v raionakh razrabatyvaemykh neftianykh mestorozhdenii [Oil camp and national settlement: life of forest Nenets and eastern Khanty families in oil fields]. In: *Obychnoe pravo i pravovoi pliuralizm: (materialy XI Mezhdunar. kongr. po obychnomu pravu i pravovomu pliuralizmu, avg. 1997 g., Moskva): [sb. st.]* [Customary Law and Legal Pluralism: (Proceedings of the XI International Congress on Customary Law and Legal Pluralism, August 1997, Moscow): [collection of articles]] / ed. by N.I. Novikova, V.A. Tishkov. Moscow. pp. 239–242.
- Miskova E.V. (2022) Travma [Trauma]. In: *Slozhnye chuvstva Razgovornik novoi real'nosti: ot ab"iuza do toksichnosti* [Complex Feelings. A Phrasebook of the New Reality: From Abuse to Toxicity]. Ed. by P. Aronson. Moscow: Individuum. pp. 230–238.
- Miskova E. (2023) Collective Trauma and Retraumatization in Russia: A View from the Inside. In: Glebova T. and Knudson-Martin C. (Eds.) *Sociocultural Trauma and Well-Being in Eastern European Family Therapy*. AFTA Springer Briefs in Family Therapy.
- Mota N.P., Tsai J., Sareen J., Marx B.P., Wisco B.E., Harpaz-Rotem I., Southwick S.M., Krystal J.H., Pietrzak R.H. (2016) The Burden of Subclinical PTSD (According to DSM-5 Criteria) Among US Veterans / Translation: Krasavin G.A. Editing: PhD Zakharova N.V. *World Psychiatry*. no. 15:2. pp. 185–186. Available at: https://psychiatr.ru/files/magazines/2016_06_wpa_1057.pdf
- Myers C.S. (1915) A contribution to the study of shell shock: Being an account of three cases of loss of memory, vision, smell, and taste, admitted into the Dutchess of Westminster's

- War Hospital. *The Lancet*, February 13, pp. 316–320. Available at: <https://archive.org/details/b30621264>
- Naylor A. (2021) *Russia, Explained: Siberian Indigenous Population Halves Amid Suicide Epidemic. A suicide epidemic is ravaging indigenous nations in Siberia*. April 8. Available at: <https://cepa.org/article/russia-explained-siberian-indigenous-population-halves-amid-suicide-epidemic/>
- Novikova N.I. (2012) Kommunikativnye praktiki korennykh narodov v global'nom mire [Communicative practices of indigenous peoples in a global world]. In: *Sibirskie ugry v ozherel'e subarkticheskikh kul'tur: obshchee i nepovtorimoe* [Siberian Ugrians in a necklace of subarctic cultures: common and unique] / ed. by Ia.A. Iakovlev. Khanty-Mansiisk; Tomsk: Izd-vo Tom. un-ta. pp. 112–125.
- Osadchaia E.V., Tataeva R.K. (2024) Stepen' vyrazhennosti posttravmaticheskikh stressovykh narushenii u veteranov Afganskoi voyny [The severity of post-traumatic stress disorder in Afghan war veterans]. *Psikhologiya cheloveka v obrazovanii*. Vol. 6, no. 1. <https://www.doi.org/10.33910/2686-9527-2024-6-1-92-99>
- Ozeretskovskii A.I. (1891) *Ob isterii v voiskakh* [About hysteria in the troops]. Moscow.
- Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo v paradigme dokazatel'noi meditsiny: patogenez, klinika, diagnostika i terapiia: metodicheskie rekomendatsii* [Posttraumatic stress disorder in the paradigm of evidence-based medicine: pathogenesis, clinical features, diagnostics and therapy: methodological recommendations] / authors-compilers: A.V. Vasil'eva, T.A. Karavaeva, N.G. Neznanov, K.A. Idrisov, D.V. Kovlen, N.G. Ponomarenko, D.S. Radionov, D.A. Starunskaya, Iu.S. Shoigu. SPb.NMITS PN im. V.M. Bekhtereva, 2022.
- Proctor H. (2024) Psychic Numbing. *Boston Review*, April 18. Available at: <https://www.bostonreview.net/articles/psychic-numbing/>
- Psych Concepts Creep into our Everyday Experiences: An Interview with Nicholas Haslam*. By Ayurdhi Dhar, Ph.D. April 13, 2022. Available at: <https://www.madinamerica.com/2022/04/psych-concepts-creep-everyday-experiences-interview-nicholas-haslam/>
- Regier D.A., Kuhl E.A., Kupfer D.J. (2013) DSM-5: Classification and Criteria Changes / Translation: Pavlichenko A.V. Editing: Bukhovets I.I. *World Psychiatry*. Vol. 12:2. pp. 88–94. Available at: https://psychiatr.ru/files/magazines/2013_06_wpa_648.pdf
- Risk and Protective Factors for Suicide among Inuit in Canada. A Summary of Statistics Related to Suicide and Mental Health*. Canadian Centre on Substance Use and Addiction, 2021. Available at: https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2021-10/CCSA-Risk-Protective-Factors-Suicide-Mental-Health-among-Inuit-Report-2021-en_0.pdf
- Saint-Marten M.L. (1999) Running Amok: A Modern Perspective on a Culture-Bound Syndrome. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 1(3). pp. 66–70. Available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC181064/>
- Schincariol A., Orrù G., Otgaar H., Sartori G., Scarpazza C. (2024) Posttraumatic stress disorder (PTSD) prevalence: an umbrella review. *Psychological Medicine*. 54. pp. 4021–4034. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291724002319>
- Selye H. (2000) *Ocherki ob adaptatsionnom syndrome* [Essays on Adaptation Syndrome]. Moscow: Medgiz.
- Shay J. (1994) *Achilles in Vietnam: Combat Trauma and the Undoing of Character*. New York: Scribner.
- Shay J. (2012) Moral Injury. *Intertexts*. Vol. 16, no. 1. DOI: <https://doi.org/10.1353/itx.2012.0000>
- Sobel R. (1947) The "Old Sergeant" Syndrome. *Psychiatry*. 10 (3). pp. 315–321.
- Summerfield D. (2001) The Invention of Post-Traumatic Stress Disorder and the Social Usefulness of a Psychiatric Category. *British Medical Journal* 322:95-98.
- Tarabrina N., Main N. (2013) Fenomen mezhpokolencheskoi peredachi psikhicheskoi travmy (po materialam zarubezhnoi literatury) [Phenomenon of Intergenerational (Transgenerational) Transmission of Mental Traumatization (Analytical Review of International Studies)]. *Konsul'tativnaia psikhologiya i psikhoterapiia*. 3. pp. 96–119.

- Van der Kolk B. (2020) *Telo pomnit vse* [The body keeps the score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma]. Moscow: Bombora.
- Van der Zeijst M., Veling W., Makhathini E.M., Susser E., Burns J.K., Hoek H.W., Susser I. (2021) Ancestral calling, traditional health practitioner training and mental illness: An ethnographic study from rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Transcultural psychiatry*. 58 (4). pp. 471–485. <https://doi.org/10.1177/1363461520909615>
- Vasil'eva A.V. (2022) Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo v tsentre mezhdunarodnykh issledovaniy: ot «soldatskogo serdtsa» k MKB-11 [Post-Traumatic Stress Disorder in The Focus of International Research: From Soldier Heart to ICD-11]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 122(10). pp. 72–81. <https://doi.org/10.17116/jnevro202212210172>
- Weiss N.H., Schick M.R., Reyes M.E., Thomas E.D., Tobar-Santamaria A., Contractor A.A. (2020) Ethnic-Racial Identity and Posttraumatic Stress Disorder: The Role of Emotional Avoidance among Trauma-Exposed Community Individuals. *Psychol Trauma*. 13(1). pp. 35–43. doi: 10.1037/tra0000974
- Young A. (1995) *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Young A., Breslau N. (2016) What is “PTSD”? The Heterogeneity Thesis. In: Hinton D.E., Good B.J. (Ed.) *Culture and PTSD Trauma in Global and Historical Perspective*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. pp. 136–154.
- Zerach G., Levin Y., Aloni R., Solomon Z. (2017) Intergenerational Transmission of Captivity Trauma and Posttraumatic Stress Symptoms: A Twenty Three-Year Longitudinal Triadic Study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Vol. 9. no. S1. pp. 114–121.

Сведения об авторе:

МИСЬКОВА Елена Вячеславовна – кандидат исторических наук, магистр психологии, старший научный сотрудник Центра медицинской антропологии, Институт этнологии и антропологии им. Н.Н. Миклухо-Маклая РАН (Москва, Россия); практикующий психолог, системный семейный психотерапевт (Москва, Россия). E-mail: milenk2@gmail.com

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Information about the author:

Elena V. Miskova, Institute of Ethnology and Anthropology, Russian Academy of Sciences (Moscow, Russian Federation); practicing psychologist, systemic family psychotherapist (Moscow, Russian Federation). E-mail: milenk2@gmail.com

The author declares no conflict of interests.

*Статья поступила в редакцию 23 июля 2025;
принята к публикации 4 сентября 2025.*

*The article was submitted 23.07.2025;
accepted for publication 04.09.2025.*