

## ОСОБЛИВОСТІ ВІКТИМІЗАЦІЇ ОСІБ, ЩО ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ПОВЕНІ

### Анотація

У осіб, що пережили повінь, виявлено специфічні суб'єктивні симптоми постстресових розладів у віддаленому періоді. Відзначені: стійке афективний напруга з реакціями гніву, агресії, суб'єктивно сприйняті як адекватні поточній ситуації. Два інші маркери: тенденція до напруженого афекту з включенням елементарних субдепресивних симптомів (1) і тривога з тенденцією до проекції в майбутнє (2) суб'єктивно були сприйняті як передбачення неприємностей і проблем у майбутньому.

**Ключові слова:** постстресові розлади, афективний напруга, елементарні субдепресивні симптоми

### Аннотация

У лиц, переживших наводнение, выявлены специфические субъективные симптомы постстресовых расстройств в отдаленном периоде. Отмечены: стойкое аффективное напряжение с реакциями гнева, агрессии, субъективно воспринятые как адекватные текущей ситуации. Два другие маркеры: тенденция к напряженному аффекту с включением элементарных субдепрессивных симптомов (1) и тревога с тенденцией к проекции в будущее (2) субъективно были восприняты как предвидение неприятностей и проблем в будущем.

**Ключевые слова:** постстрессовые расстройства, аффективное напряжение, элементарные субдепрессивные симптомы

**Постановка проблеми.** Поведінкові реакції на стихійні лиха обумовлені складним набором різних вчинків, які визначаються параметрами особистісного, соціального і культурного характеру. Провідними чинниками формування поведінки людини у цих ситуаціях виступають такі соціально-психологічні параметри.

По-перше, повені трапляються порівняно рідко, тому вони є подією, яка не вписується у звичайне повсякденне життя. Чим рідше відбувається стихійне лихо, тим швидше стирається в пам'яті спогад про нього, а отже, забувається стандарт, з яким людина порівнює наслідки нового стихійного лиха. Забування призводить до спотворення і девальвації когнітивних елементів оцінки того, що відбувається безпосередньо у поточний момент часу, з одного боку, і генералізацію емоційної компоненти поведінкової реакції, з іншого. Оскільки накопичений людиною емоційний досвід переживання повені суттєво впливає на її оцінку поточної ситуації, на усвідомлення наслідків, а також на вибір заходів, необхідних для боротьби з ним.

По-друге, людина має справу з проявом природних сил, які вона не здатна контролювати, тому особливістю сприйняття наслідків природних катастрофічних подій є відсутність почуття власної провини у зв'язку з тим, що сталося. Лише у 21% випадків під час стихійних лих зафіксовано почуття провини, що не були прийняті необхідні заходи безпеки [1].

По-третє, ставлення до катастрофічних природних явищ значною мірою залежить від впливу культури і субкультури, до якої належать постраждалі, яка найчастіше формує пасивні форми поведінки («нічого з цим не поробиш»).

По-четверте, під час екстремальних ситуацій відбуваються зміни у способі життя, до чого люди, як правило, не готові і вони часто приймають не зовсім адекватні рішення, що пояснюють впливом стресорів та суперечливою і неповною інформацією під час природних катастроф.

По-п'яте, на характер реакцій людини суттєво впливає часовий фактор. Підсумовуючи дані, наведені в літературних джерелах, можна стверджувати, що основною характеристикою стресових впливів під час повнів є відносно повільний розвиток екстремальної ситуації, що сприяє своєрідності психічних змін під їх впливом. З одного боку, на поведінкові реакції впливає невизначеність часового перебігу екстремальної ситуації, з іншого – усвідомлення її обов'язкового завершення.

По-шосте, тривалість стресової ситуації під час повнів обумовлює помірну мобілізацію механізмів адаптації і значною мірою сприяє призупиненню психогенних реакцій першого періоду на рівні клінічно неструктурованих, неособистісних астенично-афективних змін.

По-сьоме, брак інформації про тривалість екстремального впливу, неможливість точного прогнозу наслідків повені, вплив надзвичайних чинників на здоров'я, складність заходів щодо усунення наслідків повені – усе це сприяє кумуляції напруження механізмів адаптації.

Це призводить до особистісних змін у віддалені періоди часу (після 5 років). У цей період на фоні збереженої тривожної напруги розвиваються соматизовані депресії, психосоматичні захворювання, декомпенсуються латентні органічні захворювання, [2] починають формуватися зміни в структурі особистості постраждали від повені. Ці зміни посилюються за рахунок зараження масовими реакціями психоемоційного перенапруження, що розвиваються локально, в конкретному регіоні, постраждалому від повені.

Якщо напрям розвитку соматично і невротично забарвлених станів багато у чому залежить від структури особистості, соматичної, психогенної обтяженості людини, то ядерні дезадаптивні зміни в структурі «Я» мусять бути більш типізованими і мати безперечний зв'язок з пато психогенним чинником.

Специфіка екстремальних чинників відіграє суттєву роль у виборі соціально обумовлених форм реагування на них і призводить до розвитку двох варіантів особистих змін.

1. Людина набула травматичного досвіду, усвідомила і переробила цей досвід і поступово виробляє більш-менш конструктивні способи опанування ним.

2. Людина набула травматичного досвіду, але особове ставлення до події (випадковість, закономірність, знамення з згори), відсутнє, воно витіснене зі свідомості і сприяє розвитку неконструктивних способів опанування відтермінованими стресовими реакціями.

У першому випадку людина поступово переробляє пережиту екстремальну ситуацію і опановує нові адекватні ситуації форми поведінки самостійно, у іншому – самостійно вона зробити цього не може.

Рівень реактивності приймає участь у вирішенні базальних завдань адаптації організму до зовнішнього світу. Сенс цього рівня – утворення емоційно забарвленого атитюду організму до активного контакту з навколишнім світом. Ця форма афективної оцінки обмежена безпосередній ситуацією і найменш енергоємна, але адекватна для вирішення певного кола завдань. Організм реагує лише на інтенсивність впливів зовнішнього світу, не оцінюючи якість впливів.

Цей рівень є найбільш «примітивним» механізмом регуляції, але багато в чому визначає людську поведінку в середовищі, сприяє формуванню почуття безпеки і емоційного комфорту. У той ж час, перший рівень впливає на вирішення тих чи інших завдань. Афективно значимими на цьому рівні є оцінка динаміки інтенсивності зовнішніх впливів.

Поглиблення афективного контакту з середовищем і формування афективних стереотипів встановлює контроль за функціями організму, впорядковує психосоматичні відчуття і пов'язує останні з зовнішніми сигналами. Підсумком розвитку цього рівня є адаптація суб'єкта до навколишнього світу, вироблення афективних стереотипів сенсорного контакту з ним; створення специфічної тонізації всієї психічної діяльності людини.

Важливою характеристикою цього рівня є непереносимість, неприйняття вражень, пов'язаних зі змінами умов життя. Можна сказати, що саме тут закладаються основи формування індивідуальності людини. Афективні стереотипи є фоновим забезпеченням найбільш складних форм поведінки людини. Ці стереотипи задають афективний сенс поведінки.

Забезпечення активної адаптації до мінливих умов зовнішнього середовища, досягнення афективно значущих цілей через подолання несподіваних перешкод відбувається на третьому рівні афективної регуляції. Пристосувальним, смисловим завданням цього рівня є оволодіння небезпечною ситуацією; пошук шляхів подолання труднощів; отримання позитивних тонізуючих переживань, якщо подолання вдалося. Цей рівень дозволяє адекватно оцінювати свої сили, надає інформацію про межі власних можливостей.

Індивідуальний емоційний досвід фіксує образ навколишнього світу і лежить в основі формування стратегій поведінки людей, що пережили психічну травму. Зрозуміло, що для другої стратегії притаманні зміни рівня психічного і психологічного здоров'я. Таким чином, стан психічного і психологічного здоров'я виступає безпосереднім «інструментом» оцінки постстресових станів, що виникли під впливом стихійних лих. Погіршення стану психічного і психологічного здоров'я, у свою чергу, певним чином визначає зміст і стратегію поведінки людини.

Поняття психічного здоров'я і норми психічного здоров'я у рамках існуючої медичної моделі є адекватними для визначення адаптації людини до соціуму. Воно об'єднує поняття адаптивності і моделі здоров'я як відсутність хвороби. У якості ж основного критерію здоров'я виступає нормальна адаптація особи [3 – 5].

Традиційна модель психічного здоров'я базується на вивченні патології, розуміючи здоров'я як міру вірогідності виникнення хвороби. Психічне здоров'я найчастіше визначається через поняття «баланс», «компенсація», «стабільність», «адаптація» і розглядається переважно структурно [6 – 8].

Така концепція як засіб мислення орієнтує і спрямовує зусилля фахівців на попередження і усунення хворобливих проявів, організацію практичних зусиль в області патопсихології. Вона орієнтована на зовнішній рівень прояву психічного нездоров'я, пов'язаний з симптомами, що заважають адаптації людини до соціуму.

На сьогодні при визначенні психічного здоров'я разом із об'єктивними традиційними критеріями оцінки психічної норми і патології розглядають низку критеріїв суб'єктивного плану (психічне благополуччя і психічний комфорт), що явно недостатньо для аналізу і комплексної оцінки внутрішнього рівня – світу суб'єктивних переживань особи [9, 10].

Виходячи з уявлень про аномальні особові зміни, нами була запропонована практична і теоретична гіпотеза, що як екстремальні зовнішні чинники, так й інформаційні стресори (гострі травматичні переживання), пов'язані із стихійними лихами, впливають на психічні та конституціонально-типологічні особливості особи та видозмінюють психосоматичні і психічні параметри, самосприймання, інформаційну матрицю свого «Я».

Видозмінена інформаційна матриця власного «Я» за рахунок актуалізації ендогенних конституціональних механізмів сприяє послідовному формуванню:

1. гострих травматичних переживань;
2. непатологічних донозологічних невротичних реакцій;
3. прикордонних психічних реакцій (формування окремих симптомів);
4. психофізіологічних і психічних порушень (формування окремих синдромів).

Вказані етапи у своєму послідовному розвитку і формують симптоматику посттравматичного стресового розладу.

Оскільки пусковим механізмом цього процесу виступають гострі травматичні переживання, логічно припустити:

1. сила, тривалість негативних емоційних реакцій, травматичних переживань призводить до зміни інформаційної матриці «Я», що, у свою чергу впливає на особисті та поведінкові зміни, їх трансформацію, а дезгармонійне ускладнення структури в межах чи за межами норми залежить від «слабкого ланки» в конституціонально-типологічному особовому континуумі.

2. якщо травматичні впливи високої інтенсивності викликають швидкий, а іноді – практично миттєвий розвиток і ускладнення в конституціонально-типологічному особовому континуумі, то при впливі менш інтенсивних

чинників, швидкість цього процесу знижується і результат стресових впливів може бути виявлений у повному обсязі при аналізі віддалених наслідків екологічних катастроф.

Виходячи з цих гіпотез, був обраний кагортний метод для порівняльного аналізу результатів двох груп обстежуваних: 1-ша група – особи (50 осіб), які пережили повінь 5 років по тому і 2-га група – особи (50 осіб), які мешкають у тому ж регіоні, але не постраждали від повені, а пережили інформаційний стрес.

Провідними ознаками негативних змін в динаміці психічного здоров'я є такі об'єктивні ознаки, як окремі симптоми так і синдроми психосоматичних і психічних розладів і суб'єктивні ознаки: зростання скарг на окремі психосоматичні розлади, погіршення самопочуття, субдепресивна симптоматика. Оскільки при оцінюванні та прогнозуванні відтермінованих наслідків екстремальних ситуацій більш інформативні суб'єктивні критерії оцінки психічного стану на відміну від експертних [11], то під час психодіагностичної бесіди увага приділялася суб'єктивним скаргам досліджуваних осіб. Ці скарги були згруповані у вісім діагностичних груп:

1. відсутність складної і глибокої особової переробки психотравматична ситуації;
2. тенденція до напруженого афекту з включенням елементарних субдепресивних симптомів;
3. підвищена виснажуваність психічних процесів поєднана зі слабким демонстративний компонентом поведінки;
4. неспецифічні реакції афективної лабільності, протесту і опозиції;
5. стійка афективна напруга з реакціями гніву, агресії.
6. тривога суб'єктивно сприйнята як адекватна поточній ситуації,
7. тривога з тенденцією до проекції в майбутнє (асоціювалася з очікуванням неприємностей і проблем в майбутньому)
8. астеничні симптоми та невпевненість в собі.

Ці прояви виявлені за тлі неспецифічного, характерного для віктимних змін, стереотипу реагування за відсутності ознак психогенних розладів. Отримані дані надані в таблиці 1.

Таблиця № 1.

Порівняльний аналіз середніх значень та їх стандартні відхилення суб'єктивних оцінок самопочуття у осіб, зазнавших стихійне лихо (n=50) і зазнавших інформаційний стрес (n=50).

№	Групи суб'єктивних оцінок самопочуття	Частота поширення у осіб, зазнавших стихійне лихо	Частота поширення у осіб, зазнавших інформаційний стрес	Стандартне відхилення	Відношення частот
1	відсутність складної і глибокої особової переробки психотравмуючої ситуації.	0,11	0,13	0,65	0,84
2	тенденція до напруженого афекту з включенням елементарних субдепресивних симптомів.	0,04	0,81	2,54	0,05
3	підвищена виснажуваність психічних процесів поєднана зі слабо виявленим демонстративним компонентом поведінки;	0,04	0,04	0,57	1,00
4	неспецифічні реакції афективної лабільності, протесту і опозиції;	0,31	0,22	0,58	1,41
5.	стійка афективна напруга з реакціями гніву, агресії.	0,09	0,43	4,34	0,21
6	тривога суб'єктивно сприйнята як адекватна поточній ситуації.	0,34	0,06	2,54	5,7
7	тривога з тенденцією до проєкції в майбутнє (асоціювалася з очікуванням неприємностей і проблем в майбутньому)	0,50	0,26	2,0	1,92
8	астенічні симптоми та невпевненість в собі	0,10	0,02	0,34	5

Ми припустили такі альтернативні трактування цього факту:

1) відбувається зміщення афекту на відносно безпечний, наприклад нереальний об'єкт, завдяки цьому афект стабілізується і стає відносно сталим атрибутом особистих атиюдів, що сприяє віктимізації;

2) стійка афективна напруга може бути не стільки індивідуальною характеристикою, скільки відображенням стилю емоційної комунікації, тобто культурним феноменом віктимізації цієї регіональної групи.

Якщо вірне перше припущення, то афективна напруга буде виявлена на пред'явлення невизначених, неоднозначних (слабо структурованих) стимулів, при цьому характер відповідей визначається особистісними особливостями його особи, які «проєктуються» на відповіді.

Якщо вірно друге припущення, у відповідь на пред'явлення таких стимулів афективна напруга буде низькою. Причому її зниження залежить від

індивідуальних характеристик і не буде статистично значимої різниці між показниками двох вказаних вище груп.

Отримані результати утворюють таблицю сполученості і є базою для перевірки статистичної гіпотези: якщо частоти всіх факторів у 2-х вибірках збігаються, то відсутня інформативність стосовно суб'єктивних оцінок самопочуття. Для перевірки гіпотези - за допомогою достовірності значення тесту Фішера за допомогою функції `fisher.test`, яка приймає в якості основного аргументу **матрицю** сполученості (табл. 1). Отримана величина  $p=0,0094$ . Згідно отриманому результату, ми можемо стверджувати, що частоти деяких (яких саме критерій не уточнює) чинників в 2-х вибірках відрізняються. Оскільки нульова гіпотеза про рівність частот відхилена, виникає наступна завдання - вичленення негативних чинників.

У якості негативності чинника виберемо величину ризику настання хвороби. Величина ризику прямо корелює з відношенням частот (останній стовпчик табл.1). Відсорткування рядків за величиною відношення частот відбувалося за ієрархічною кластеризацією, яка складається з 7 ( $k-1$ ) кроків: на першому кроці  $i = 1$  кожен рядок таблиці вважається окремим кластером. На кожному наступному кроці два найближчих сусідніх кластера (рядки таблиці) об'єднуються в один і процес обробки закінчується, коли всі рядки об'єднані в два кластери, достовірна різниця між якими складає  $p_2=0,047$ .

Оскільки синдром посттравматичного стресу проявляється у спектрі таких симптомів як: невмотивована агресія і аутоагресія; підвищена тривожність; надмірна емоційність, те високий відсоток відповідей відповідної емоційної забарвленості можна розглядати як опосередкований симптом віддалених постстресових змін структури особистості.

Для статистичної обробки отриманих даних зроблені такі припущення. Якщо ознака зафіксована у віктимів і не зафіксована у інших  $n-k$  обстежених, а добуток  $pk = \lambda$  зберігає постійне значення, те імовірність того, що ознака буде зафіксована  $k$  раз обраховувалася за формулою Пуассона:

$$p_n(k) = \frac{\lambda^k e^{-\lambda}}{k!} \quad (1.1)$$

В результаті аналізу побудована лінійна функція дискримінанта, що дозволяє в загальній популяції населення виділяти осіб з ознаками віддалених наслідків стихійних апостроф і гострого інформаційного стресу:

$$Y = -X_1 - 0,13 X_2 + 0,41 X_3 - 0,33 X_4 + 0,46 X_5 + 0,24 X_6 - 0,02 X_7 + 0,17 X_8, \quad (3.1.)$$

де  $X$  є конкретним арифметичним значенням відповідного психологічного показника (1 – 8, див. табл. 1). Якщо після підстановки значення арифметичних показників у функцію сумарне значення  $Y$  буде більше індексу дискримінанта  $p=0,73$ , то результати цього обстежуваного слід віднести до представників 1-ої групи, тобто до осіб з ознаками віддалених наслідків стихійного лиха. Якщо значення  $Y$  буде менше, то результати відносяться до ознак віддалених наслідків інформаційного стресу. Отже:

1. суб'єктивна оцінка має прогностичне значення щодо віктимізації у віддалених періодах після природних катастроф, причому про структуру і профіль постстресових змін у жертв повеней побічно можна судити по поширеності процесів віктимізації;

2. структура віддалених наслідків травматичних впливів містить психотравматичну інформаційну матрицю, яка включає: високі показники особової тривожності, субдепресивні тенденції, понижений настрій, емоційну лабільність і сприяє віктимним деформаціям особистості.

3. реалізація емоційної напруженості та суб'єктивна оцінка тривоги як адекватної ситуації спостерігається лише у жертв повені і цю особливість можна розглядати в якості предиктора віктимізації у осіб, що постраждали від повені.

Надана функція може бути використати в якості діагностичного критерію. Відсоток помилкової діагностики в 1-ій групі склав 0,2, в 2-ій – 0,3. Достовірність отриманих результатів підтверджується значенням квадрату Mahalanobis, рівного 2,98 умовних одиниць, причому за умовами вирішення завдання, жоден психологічний результат обстежуваних 1-ої групи не заходить у діагностичний простір обстежуваних 2-ої групи. Дещо інша картина спостерігається серед обстежуваних 2-ої групи відносно 1-ої. Показники 2, 5, 6, 7 входять в діагностичний простір першої групи.

Субдепресивні стани на рівні неглибоких, але суб'єктивно неприємних змін в психосоматичному здоров'ї зустрілися у 10% чоловіків і 20% жінок першої групи. Результати дослідження показують, що почуття самотності відчують 35%, труднощі в спілкуванні з оточенням – 20% опитаних. У всіх випадках була відмічена незначне поглиблення субдепресивних станів за останні роки, що свідчить про несприятливі тенденції у сфері психічного здоров'я.

Потрібно врахувати, що афективна патологія з маніфестацією симптоматики неврозоподібного характеру не виявлена, хоча в інших дослідженнях такі симптоми є одним з найпоширеніших розладів у жертв повеней і зафіксовані як на невротичному, особовому так і психотичному рівні [12].

Опитування щодо поширеності віктимізації показали, що в період після повені 75% обслідуваних відчули один або більше епізодів необґрунтованого страху, паніки або загальної нервозності, невпевненості в своїх силах. безпомічності без ознак фобичних розладів. Однак поєднань симптоматики тривожних і віктимних характеристик не виявлено.

У другій групі зафіксовані тривожні переживання. У структурі тривоги виділено:

1. суб'єктивні переживання, обумовлені власне тривожною симптоматикою, тобто симптом тривоги;

2. соматична симптоматика або соматизація (болі в області серця, ускладнене дихання).

3. поєднання цих складових носить різний характер, що, кінець кінцем, і зумовлює різноманіття скарг тривожного кола.

Подібні дослідження, що проводяться в окремих регіонах РФ з вираженим екологічним несприятливим фоном, показують поширеність субдепресивних проявів серед населення на рівні 72,5% випадків [13].

Результати дискримінантного аналізу дозволили виділити психологічні маркери, притаманні для першої та для другої груп обстежених. З вісьмох психологічних показників у першій групі обстежуваних, які зазнали повню виділені чотири психологічних маркерів, з питомою вагою (у відсотках):

1. тенденція до напруженого афекту з включенням елементарних субдепресивних симптомів – 24,4%;
2. стійка афективна напруга з реакціями гніву, агресії – 21,7%;
3. тривога суб'єктивно сприйнята як адекватна поточній ситуації – 11,3%;
4. тривога з тенденцією до проєкції в майбутнє (асоціювалася з очікуванням неприємностей і проблем в майбутньому) – 9,7%.

В групі осіб, які зазнали інформаційного стресу виділено два маркери

1. тенденція до напруженого афекту з включенням елементарних субдепресивних симптомів – 24,4%; – 13,2%
2. тривога з тенденцією до проєкції в майбутнє (асоціювалася з очікуванням неприємностей і проблем в майбутньому) – 8,5%.

Отже, з двох сторін дискримінаційної площини, має місце різне взаємно поєднання наведених маркерів, що мають різну питому вагу діагностичної значущості.

**Висновки.** Обстеження показало, що у віддаленому періоді у осіб, що пережили повільні виявлені специфічні суб'єктивні симптоми постстресових розладів: стійка афективна напруга з реакціями гніву, агресії суб'єктивно сприйняті як адекватні поточній ситуації. Два інші маркери: тенденція до напруженого афекту з включенням елементарних субдепресивних симптомів та тривога з тенденцією до проєкції в майбутнє суб'єктивно сприймалися як передбачення неприємностей і проблем в майбутньому.

У осіб, що пережили повільні виявлені специфічні суб'єктивні симптоми постстресових розладів у віддаленому періоді. Відзначені: стійка афективна напруга з реакціями гніву, агресії, суб'єктивно сприйняті як адекватні поточній ситуації. Два інші маркери: тенденція до напруженого афекту з включенням елементарних субдепресивних симптомів (1) і тривога з тенденцією до проєкції в майбутнє (2) суб'єктивно сприймалися як передбачення неприємностей і проблем в майбутньому.

### Список використаних джерел

1. Pahl-Wostl C. Towards sustainability in the water sector: the importance of human actors and processes of social learning / C. Pahl-Wostl – *Aquatic Sciences*, 2002. – V. 64. – P. 394-411.

2. Лакосина Н. Д. Неврозы, невротические развития личности / Н. Д. Лакосина, М. М. Трунова. – М.: Медицина, 1994., стр. 65.
  3. Васильева Ю.А. Особенности смысловой сферы личности при нарушениях социальной регуляции поведения // Психол. журн., № 2. 1997. Т. 18. С. 58—78.
  4. Васильева О.С, Филатов Ф.Р. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: учеб. пособие для осіб высших учеб. Заведений / О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов. - М.: Академия, 2001. - 352 с.
  5. Жукова О.А. Медико-социологическая интерпретация психического здоровья / О.А. Жукова, Д.Д. Карелина, И.Л. Кром, Ю.Б. Барыльник // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Социология. Политология, 11 (2011). - № 1 (1 квартал). - С. 30-35.
  6. Абабков В.А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии / В.А. Абабков, М. Пере. СПб.: Речь, 2004. - 166 с.
  7. Завалишина Д.Н. Динамический аспект профессиональной адаптации // Психология адаптации и социальная среда: современные подходы, проблемы, перспективы /Под ред. Л.Г. Дикая, А.Л. Журавлев. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2007. - с. 353-367.
  8. Карпов А.М. Вызовы эпохи охране психического здоровья // Практическая медицина, (2010). - 41 (апрель). - С. 6-10
  9. Крищенко Е.П. Исследование проблемы субъекта в современной отечественной психологии // Известия Южного федерального университета. Педагогические науки, 2008. - № 1-2. - С. 175-185.
  10. Печеркина А.А. Психическое здоровье: постановка проблемы исследования // Известия Таганрогского государственного радиотехнического университета, 2005. - Т. 51. - № 7. - С. 120-121
  11. Самусенко И.Л. К проблеме сохранения и укрепления психического здоровья населения России // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Педагогика и психология, 2008. - № 2. - С. 114-126.
  12. Бойко Ю.П. Особенности антистрессовой медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях и их последствиях. Социал. и клин. психиатрии. – 2003; т. 13 №2. С. 60-75.
  13. Davidson J.R. Trauma: the impact of post-traumatic stress disorder / J.R. Davidson. Journal of Psychopharmacology, 2000. – V 14 (2 Suppl 1). – P.5 – 12.
- №% Говорин Н.В. Состояние нервно-психического здоровья детей и подростков, проживающих в экологически неблагоприятном регионе Восточного Забайкалья / Н.В. Говорин, И.А. Зими́на, Е.В. Абашкина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2003. - № 1. - С. 61-63.#

### Summary

Individuals, who have experienced flooding, identified subjective symptoms post-stress's disorders in long-term period of time. It's were: persistent affective stress reactions of anger and aggression. These reactions are subjectively perceived as adequate to the current situation. Two other markers were the tendency to tense the affect to include elementary sub-depressive symptoms (1), and anxiety with a tendency to the projections in the future (2). They were perceived as subjective foresight of trouble and problems in the future.

**Keywords:** post-stress disorder, affective stress symptoms, sub-depressive's elements symptoms.