

УДК 159.923.33

**Галасюк И.Н.**

*Институт переподготовки и повышения квалификации  
руководящих кадров и специалистов системы  
социальной защиты населения г. Москвы*

## **ПРОБЛЕМА ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ ИНВАЛИДА\***

**I. Galasyuk**

*Institute of retraining and further qualification of executive staff  
and specialists of the social safety net in Moscow*

## **THE PROBLEM OF PSYCHOLOGICAL TRAUMA OF FAMILY MEMBERS OF THE DISABLED**

*Аннотация.* Статья посвящена рассмотрению феномена «особого» родительства при появлении инвалида в семье в ракурсе психологической травмы, семейного стресса и кризиса. Показано, что психическая травматизация родителей ребенка-инвалида и родственников из-за инвалидности члена семьи может сопровождаться личностными изменениями, дезадаптационными процессами в сфере психического и физического здоровья всех членов семьи: родителей, сиблингов, бабушек и дедушек инвалида. Проведен научный анализ исследований по проблеме оказания психологической помощи семье инвалида и требований к личности специалиста, работающего с родственниками инвалида.

*Ключевые слова:* инвалид, семья инвалида, травма, психическая травматизация родственников, сиблинги инвалида, психологическая помощь.

*Abstract.* The article is dedicated to the investigation of the phenomenon of "special" parenting with the new presence of a disabled person in a family, looking at it from the point of psychological trauma, family stress and crisis in general. It is argued that psychological trauma of a parent and relatives of the disabled child may be followed by the change of character and dysadaptation processes in psychological and physical health of all members: parents, siblings and grandparents of the disabled. The scientific analysis was carried out concerning the provision of psychological help to the family of the disabled and qualifications of the therapist, who works with such relatives.

*Key words:* disabled, family of disabled, trauma, psychological trauma of relatives of disabled, siblings of disabled, psychological help.

Научные труды и публикации известных психиатров, психологов и педагогов на тему влияния семейного окружения на лечение инвалидов в России и за рубежом стали появляться в начале XIX в. В первую очередь эти работы затрагивали проблему душевных заболеваний. Специалисты, обнаружив связь между состоянием больного и атмосферой в семье, обратили внимание на необходимость оказания психологической помощи родственникам, нуждающимся в знаниях по обращению с инвалидом. Однако помощь понималась только как обучение родителей взаимодействию с ребёнком-инвалидом. Родителям таких детей отводилась роль воспитателей, обязанных развивать и адаптировать ребёнка к условиям общественной жизни.

Первые рекомендации родителям инвалида в этом направлении были даны в трудах И.Ф. Рюля («Краткое наставление для родителей и близких душевнобольных лиц» (1840 г.)), Е.К. Грачевой («Беседы с сестрами-нянями о воспитании и развитии детей-идиотов и эпилептиков» (1902 г.)), Ж. Демора (монография «Ненормальные дети, их воспитание дома и в школе» (1909 г.)), Б. Меннеля («Школа для умственно отсталых детей» – глава «Родители и жизненные условия ученика», переведённая на русский язык в 1911 г.).

---

\* © Галасюк И.Н.

Следует отметить, что поиск специалистами моделей психолого-педагогической помощи инвалидам долгое время оставял в стороне вопросы психологического здоровья их родителей, братьев, сестёр, бабушек, дедушек и других родственников. Начиная с 80-х гг. XX столетия феномен «особого» родительства при появлении инвалида в семье начинает изучаться в ракурсе психологической травмы, семейного стресса и кризиса, затрагивающего всех членов семьи.

Определение ситуации инвалидизации члена семьи как травматической для родственников нашло подтверждение в современных исследованиях. У Н.В. Тарабриной находим следующее определение: «Травматические ситуации – это такие экстремальные критические события, которые обладают мощным негативным воздействием, ситуации угрозы, требующие от индивида экстраординарных усилий по совладанию с последствиями воздействия» [8, 52]. В качестве важных характеристик тяжёлого психотравмирующего фактора обозначены неожиданность, длительность воздействия, а также повторяемость в течение жизни, что соответствует ситуации, в которой оказываются родственники инвалида. Некоторые нарушения здоровья обнаруживаются сразу после рождения, другие могут появиться в старшем возрасте, развиваться в результате несчастного случая. Тем не менее получение этого известия всегда является неожиданным, последствия полученного стресса, как правило, длительны, а в случаях неизлечимого недуга – растягиваются на всю жизнь. Стресс приобретает характер хронического с ежедневными, не исчезающими трудностями и переживаниями, отсутствием перспективы выздоровления члена семьи.

Рассматривая *психический стресс* как «несоответствие между нагрузкой и имеющимися в наличии ресурсами, сопровождаемое такими эмоциями, как страх, гнев, удручённость и т. д.» [6, 864], можно сказать, что именно такое состояние возникает у родственников при появлении в семье инвалида. Они сталкиваются не только с дополнительными физическими

нагрузками по уходу за больным, но и с психологическими переживаниями особого рода, выходящими за рамки обычного человеческого опыта. Имеющиеся ресурсы, как правило, недостаточны для преодоления данной травматической ситуации. Так, в работах В.В. Ткачевой отмечается: «... переживания, выпавшие на долю матери аномального ребёнка, часто превышают уровень переносимых нагрузок, что проявляется в различных соматических заболеваниях, астенических и вегетативных расстройствах» [9, 4].

Классическое описание психологической *реакции на травму* включает в себя три относительно самостоятельные фазы, что позволяет охарактеризовать её как развёрнутый во времени процесс. Первая фаза – фаза психологического шока – содержит два основных компонента: угнетение активности, нарушение ориентировки в окружающей среде, дезорганизация деятельности; отрицание происшедшего (своеобразная охранительная реакция психики). Вторая фаза – воздействие – характеризуется выраженными эмоциональными реакциями (сильный страх, ужас, тревога, гнев, плач, обвинение), отличающимися непосредственностью проявления и крайней интенсивностью. Постепенно эти эмоции сменяются реакцией критики или сомнения в себе. После данной фазы либо начинается процесс выздоровления (отреагирование, принятие реальности, адаптация к вновь возникшим обстоятельствам), то есть третья фаза нормального реагирования, либо происходит фиксация на травме с переходом постстрессового состояния в хроническую форму. Все вышеперечисленные фазы свойственны реакциям родственников на инвалидизацию члена семьи, что свидетельствует о наличии психической травмы, обязательные условия возникновения которой выделяет О.Е. Хухлаев. Это, прежде всего, нехватка сил справиться с ситуацией и вместе с тем – отсутствие сил допустить такую ситуацию [11], что значит осознать и принять реальность произошедшего.

Изучение личностных особенностей *родителей ребёнка-инвалида* позволили учё-

ным выделить у них определённые типы реагирования на травму. Так, В.В. Ткачевой у родителей аномальных детей с выраженными нарушениями психофизического развития выделены три типа реагирования на психотравму: *импульсивно-инертный (стенический)*, *гипостенический*, *смешанный*. Результаты её исследований показывают, что преобладает, как правило, импульсивно-инертный (стенический) тип реагирования (60%). Родители, демонстрирующие данный тип, выбирают виды деятельности, направленные в помощь ребёнку. Они воспринимают своё взаимодействие и отношения с ребёнком как оптимальные, а самого ребёнка – как правомерно опекаемого. Для родителей гипостенического типа реагирования характерна повышенная тревожность, различные страхи, глубокая депрессия. Они часто жалуются на свою некомпетентность в воспитании, а в некоторых случаях реагируют на стресс отвержением ребёнка. Фрустрирующая ситуация для родителей с гипостеническим типом реагирования постепенно приобретает непреодолимый характер. Численный состав данной группы вместе с группой родителей, для которых характерен смешанный тип реагирования, составляет 40% [10].

Отмечая различия родителей инвалидов, учёные выделяют и ряд общих особенностей, свойственных их личности: *сенситивность* и *гиперсоциализация*, защитный характер поведения. Сенситивность выражается в повышенной эмоциональной чувствительности, ранимости, обидчивости, склонности всё близко принимать к сердцу и легко расстраиваться. Гиперсоциализация проявляется в чрезмерной ответственности, чувстве долга, трудности компромиссов. Сочетание сенситивности и гиперсоциализации означает внутреннее противоречие между чувствами и долгом, способствующее возникновению внутреннего нравственно-этического конфликта. Защитный характер поведения подразумевает отсутствие открытости, непосредственности и непринуждённости в общении, что обусловлено не столько способом выражения эмоций, сколько ранее имевшимся

психотравмирующим опытом межличностных отношений.

Таким образом, данные исследований свидетельствуют о том, что под влиянием трудной жизненной ситуации, в условиях хронического стресса, повышается доля неблагоприятных и неустойчивых, неравновесных [5] состояний, в результате чего личность человека изменяется настолько, что у него появляются новые системные качества, личностные новообразования субъекта.

Большую роль в этом играют акцентуации характера, имеющиеся у родителей инвалида до появления ребёнка. Положения теории об акцентуациях характера [2; 3] свидетельствуют о том, что низкая фрустрационная толерантность акцентуированных личностей тесно связана с «местом наименьшего сопротивления» в их характере. Подтверждением данному положению служат результаты исследований А.И. Захарова (1982) [1], изучавшего родителей ребёнка, больного неврозом. Им было обнаружено, что выявленные характерологические и невротические изменения у родителей являются большей частью следствием неблагоприятных условий формирования их личности в прародительской семье в детском и подростковом периоде жизни. Личностные изменения родителей отражаются на их отношениях в браке и на воспитании детей, создавая характерологически и невротически мотивированные проблемы семейных отношений.

Изучение личности родителей инвалида включает особенности их самооценки, ценностно-смысловой сферы. Как считают учёные, родители детей-инвалидов склонны считать себя менее удачливыми, менее достойными, менее везучими по сравнению с другими людьми. Они чаще родителей здоровых детей убеждены в том, что люди не могут предотвращать тяжёлые события собственными действиями, избежать всех негативных событий, происходящих в жизни. Изменение базисных убеждений имеет в своей основе изменение целостности индивидуальности, что приводит к искажению смысловой структуры личности. Ценностно-смысловая составляющая

щая образа мира родителей детей инвалидов является интегрирующим образованием, которое изменяет личностные характеристики родителей, такие, как способность к эмпатии и способность к самоактуализации. Отмечено, что они менее отзывчивы к нуждам других людей и реже, чем родители здоровых детей, склонны рассматривать людей как добрых по своей природе. Уменьшение возможностей для самореализации и самоактуализации родителей детей-инвалидов также является дополнительным стрессором и одним из факторов деформации ценностно-смысловой составляющей образа мира личности.

Помимо личностных изменений, у родственников могут сформироваться клинические признаки психосоматических, астенических и вегетативных, а в иных случаях – и пограничных психических расстройств, с преобладанием аномальных личностных и поведенческих нарушений. Проблеме изучения возникновения психопатологических расстройств у родителей таких детей посвящён ряд работ, большая часть которых выполнена зарубежными учёными. Большинство из них описывают широкий диапазон невротических и психотических расстройств у родителей детей с нарушениями развития. В России этот аспект проблемы впервые наиболее полно был освещён в работах Р.Ф. Майрамян (1977) [4], характеризующих динамику психогенного заболевания как смену психопатологических нарушений затяжными невротическими синдромами, а затем формированием различных типов патологического развития личности.

Как правило, на фоне личностных изменений членов семьи под влиянием травмы нарушаются взаимоотношения в семье, появляются конфликты, связанные с ответственностью за жизнь и здоровье инвалида, с повседневными заботами и уходом за больным. По мнению Э.Г. Эдеймиллера и В.В. Юстицкого (2010) [12], нервно-психические расстройства, умственная отсталость, психозы у членов семьи (в том числе и детей) травмируют семейно-необходимые качества («совокупность психологических качеств, необходимых члену

семьи для того, чтобы успешно справляться с проблемами, возникающими в ходе семейной жизни»), которые по мере развития заболевания у индивида, как правило, постепенно исчезают, и это не позволяет успешно функционировать семье, её структура и отношения в ней становятся весьма неустойчивыми.

В последнее время, помимо исследований родителей инвалида, появляются исследования сиблингов, дедушек и бабушек инвалидов, в которых уделяется большое внимание оказанию травмирующего влияния болезни близкого на физическое и психическое состояние членов семьи (близких родственников).

Несомненный интерес представляет изучение влияния фактора присутствия в семье ребёнка с психофизическими недостатками на развитие и контакты его здоровых братьев и сестёр. Ранние исследования показали исключительно негативное, травмирующее влияние, которое оказывали инвалиды на своих братьев и сестёр [13]. Согласно современным данным, функционирование семьи является определяющим фактором процесса приспособления к брату или сестре-инвалиду. При этом были выделены как позитивное, так и негативное влияние ребёнка-инвалида на личность здорового сиблинга.

К позитивным аспектам влияния болезни детей на здоровых сиблингов учёные относят: развитие у здоровых сиблингов толерантности, понимания различий между людьми; проявление заботы, способности к состраданию; понимание ценности здоровья и полноценной жизни. Кроме того, исследователи [Barbara Mandleco, Susanne Frost Olsen, Tina Dyches and Elaine Marshall 2003; Mulroy S., Robertson L., Aiberti K., Leonard H., Bower 2007] обратили внимание на то, что сиблингам детей-инвалидов свойствен больший самоконтроль и более уверенное поведение, нежели сиблингам детей без инвалидности [14; 15]. Здоровый ребёнок, как правило, чувствует тяжкий груз ответственности и заботы о своих больных близких. Вместе с тем ответственность здоровых сиблингов по отношению к больным далеко не всегда и не у всех ведёт к негативным психологическим последствиям.

Проявление негативного влияния в данных ситуациях выражается в невозможности планирования сиблингами инвалида увеселительных мероприятий, отдыха; в чувствах неудобства, стыда и исключения среди своих сверстников, которые они испытывали.

Одним из важных аспектов рассмотрения негативного влияния болезни на здорового сиблинга является то, что братья и сёстры детей-инвалидов могут испытывать «вину выживших», сравнивая свою жизнь с жизнью больного. Исходя из чувства вины, они могут брать на себя обязанности по уходу за больным, испытывая стыд за то, что они здоровы. Опасность такого восприятия ребёнком болезни сиблинга из-за неправильного понимания долга может привести к появлению манипуляций со стороны инвалида в течении всей жизни. Вместе с тем показано, что здоровые братья и сёстры могут испытывать отвращение к необходимости ухаживать за больным, особенно когда эта необходимость сопровождается отсутствием внимания со стороны родителей.

Некоторые исследования [Barbara Mandlaco, Susanne Frost Olsen, Tina Dyches and Elaine Marshall 2003] обнаруживают связь между заболеванием и взаимоотношениями сиблингов, один из которых инвалид. Например, при сравнении отношений к ребёнку с интеллектуальной недостаточностью и отношений к ребёнку с физическими ограничениями, отношение к инвалиду со стороны здорового сиблинга лучше в случае физических нарушений у больного брата или сестры [14]. Отмечено, что большую роль в вопросе взаимоотношений сиблингов играют следующие факторы:

- ◆ пол здорового ребёнка: сёстры берут на себя ответственность чаще, чем братья, поэтому находятся в зоне большего психологического риска;

- ◆ очерёдность рождения здоровых и больных детей: старшие сестры инвалидов подвергаются стрессу в большей степени из-за повышенной ответственности и, соответственно, большему риску проблемного поведения, которое, в свою очередь, влияет на взаимоотношения со сверстниками;

- ◆ количество детей в семье: чем больше детей в семье, тем меньшее негативное влияние на братьев и сестёр оказывает болезнь родственника.

Рассматривая появление в семье ребёнка с нарушениями в развитии в ракурсе травмы, необходимо обратить внимание и на влияние этого события на жизнь и состояние дедушек и бабушек больного ребёнка, которые часто ухаживают за больным ребёнком, заменяя ему родителей.

«Несомненно, что когда в семье рождается ребёнок-инвалид, дедушки и бабушки, как и родители, сталкиваются с разочарованием от появления «несовершенного» младенца и необходимости как-то строить свои отношения с этим ребёнком» [7, 193]. Вместе с тем они испытывают двойную боль – не только за внука, но и за сына или дочь. Иногда, чтобы избежать боли и ощущения собственной беспомощности, дедушки и бабушки отрицают проблемы внука или фантазируют о чудесном исцелении.

В случае отрицания и отвержения ребёнка прародителями увеличивается напряжение и разрыв как между поколениями, так и внутри семьи, между супругами. Существующие немногочисленные исследования межпоколенных семейных отношений в семьях с ребёнком-инвалидом показывают, что дедушки и бабушки оказывают на восприятие родителями своего ребёнка с нарушениями большое влияние. Так, в исследованиях было обнаружено, что отношения отцов к детям с нарушениями развития зависит от поддержки со стороны их родителей. В частности, отцы, которые имели такую поддержку, относились к ребёнку более позитивно, чем отцы, не получавшие поддержки родителей. Материнское отношение к больному ребёнку также становится более позитивным при условии поддержки со стороны родителей мужа. Большое влияние оказывают бабушки и дедушки и на здоровых детей в семье. В случае проявления вражды и конфликтов между родителями и старшим поколением здоровые дети лишены возможности адекватно относиться к болезни сиблинга.

В литературе были описаны реакции дедушек и бабушек, посещавших специальные семинары в Университете штата Вашингтон для родственников детей-инвалидов. 67% опрошенных говорят о реакции горя на полученное известие о диагнозе внука, 38% – называют реакцию потрясения, 33% – гнев, 43% – сообщают о том, что долгое время спустя после сообщения диагноза продолжают испытывать горе, 57% респондентов смирились с болезнью внука [16].

Таким образом, можно сказать, что появление в семье инвалида переживается членами семьи как травмирующее событие и влечёт за собой серьёзные нарушения во всех сферах их жизни (эмоциональная сфера; физическое здоровье, что проявляется в различных соматических заболеваниях; взаимодействие с социумом). Комплекс данных нарушений, уровень его тяжести зависит от ряда обстоятельств: степени выраженности дефекта ребёнка, времени, прошедшего с момента постановки диагноза, личностных особенностей матерей и отцов, сиблингов, поддержки родителей со стороны других членов семьи. Для преодоления кризиса членам семьи инвалида необходима помощь специалистов, способных не только снабдить их информацией и рекомендациями относительно состояния инвалида, но и обратить внимание на их тяжёлые чувства и переживания.

На сегодняшний день существует ряд исследований, направленных на определение необходимых для такой работы знаний, а также требований к личности специалиста. Например, одни авторы акцентируют внимание на важности знаний специалиста о семейной динамике, о вопросах, связанных с нарушениями развития и о том, как различные нарушения здоровья влияют на формирование семьи. Немаловажным аспектом личности специалиста, по их мнению, является отношение специалиста к больному, умение видеть в людях, в первую очередь, достоинства, ресурсы а не проблемы. Целью своей работы такой специалист видит не подчинение, а освобождение клиента.

Другие считают необходимым помогать здоровым членам семьи думать о себе, о

своём личностном развитии. Помимо этого, в данной системе требований подчёркивается: «... чувства членов семьи психически больных напряжены. Разочарования, страхи, раздражение, агрессия могут быть глубоко скрыты, подавлены и в любой момент вырваться наружу – в приступах отчаяния и ярости, в обидах и обвинениях. Специалист должен уметь отвечать на эти чувства сочувствием и пониманием, а не защитной реакцией» [12, 88].

К сожалению, приходится констатировать, что в настоящее время не существует апробированной системы обучения, которая могла бы гарантировать получение в полном объёме знаний и приобретение навыков, учитывающих вышеперечисленные требования к специалисту, работающему с инвалидом и его семьёй. Вместе с тем, как показывает практика, существует острая необходимость в таких специалистах. Осуществление грамотной психологической помощи семьям инвалидов позволяет через оптимизацию внутрисемейной атмосферы, гармонизацию межличностных, супружеских, родительско-детских и детско-родительских отношений решать проблемы дифференциальной и адресной помощи инвалиду, оказывать благотворное влияние на психологическое и физическое состояние его родственников.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. М., 1982. 216 с.
2. Леонгард К. Акцентуированные личности. Ростов н/Д.: Феникс, 2000. 544 с.
3. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина, 1977. Изд. 2-е, доп. и перераб. Л.: Медицина, 1983. 259 с.
4. Майрамян Р.Ф. Особенности психопатологических расстройств и их динамика у родителей умственно отсталых детей // Пограничные состояния в психиатрии / Под ред. Н.М. Жарикова, Л.Г. Урсовой. М., 1977. С.85-88.
5. Прохоров А.О. Психология неравновесных состояний/А.О. Прохоров. М.: ИПРАН, 1998. 152 с.
6. Психотерапевтическая энциклопедия./Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2002. С. 864.
7. Селигман М., Дарлинг Р. Особые семьи, особые дети: (пер. с англ.). Изд. 2-е. М.: Теревинф, 2009.

- (Серия «Особый ребёнок»). С.193.
8. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. С. 52.
  9. Ткачева В.В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В.В. Ткачева // Дефектология. 1998. № 4. С. 4.
  10. Ткачева В.В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. М.: УМК «Психология»; Московский психолого-социальный институт, 2004. С. 26.
  11. Травма, стресс, кризис. ПТСР / Хухлаев О.Е. Психологическая травма «сама по себе». Естественный процесс проживания травмы. М., 2004. 30 с.
  12. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Психология и психотерапия семьи. Изд. 4-е, перераб. и доп. СПб.: Питер, 2010. С. 88.
  13. Fowle C.M. The effect of the severely mentally retarded child on his family. // Am J Ment Defici, 1969; 73: 468 – 73.
  14. Mulroy S., Robertson L., Aiberti K., Leonard H., Bower C. The impact of having a sibling with an intellectual disability:parental perspectives in two disorders // Journal Intellect Disabil Res, 2007; 52: 216 – 29.
  15. The Relationship between Family and Sibling Functioning in Families Raising a Child with a Disability //Barbara Mandlco, Susanne Frost Olsen, Tina Dyches and Elaine Marshall //Journal of Family Nursing, 2003; 9: 365.
  16. Vadasy P.E., Fewell R.R., Meyer D.J. Grandparents of children with special needs: Insights into their experiences and concerns // Journal of the Division for Early Childhood, 1986. Vol. 10. P. 36-44.

УДК 316.6.159.9.072.432

*Дмитриева Л.М.*

*Военный университет (г. Москва)*

## **ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ НА СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНИЯ И ПОТРЕБНОСТИ, УДОВЛЕТВОРЯЕМЫЕ В КОНФЛИКТАХ\***

*L.Dmitrieva*

*Military University (Moscow)*

### **THE INFLUENCE OF THE GENDER DISTINCTIONS OF SERVICEMEN ON THE STRATEGIES OF BEHAVIOR AND THE NEEDS SATISFIED IN CONFLICTS**

*Аннотация.* Статья посвящена эмпирическому изучению особенностей конфликтов в воинских коллективах в зависимости от гендерного развития конфликтующих. На основе результатов психологического исследования проведен анализ особенностей удовлетворяемых потребностей и алгоритмы поведения военнослужащих в зависимости от доминирования гендерного развития военнослужащих. В статье предложен авторский подход к расчету числового показателя гендерного развития военнослужащего. Сравнительный анализ показал наличие различий в потребностях и способах их удовлетворения, в зависимости от доминирования гендерного развития военнослужащих.

*Ключевые слова:* индекс «гендерного развития личности военнослужащего», особенностей гендерного развития военнослужащих, потребности военнослужащих, стили поведения военнослужащих в конфликтах.

*Abstract.* The article is devoted to the empirical study of the features of the gender conflict in military groups. Based on the results of psychological research the analysis of the peculiarities of satisfied needs and the algorithms of the behavior of servicemen, depending on the dominance of the gender development of the servicemen are investigated. In this paper the author's approach to the calculating a numerical index of the gender development of military the servicemen is proposed. The comparative analysis showed that there are the differences in the needs and in the ways to meet the needs, depending on the dominance of the gender development of servicemen.

*Key words:* index of "gender development of the personality of servicemen", the peculiarities of the gender development of servicemen, the needs of servicemen, the styles of behavior of servicemen in conflicts.

\* © Дмитриева Л.М.