

## Человек в экстремальных условиях

© 1997 г. М.Е. Зеленова, Е.О. Лазебная, Н.В. Тарабрина

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ  
СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ У УЧАСТНИКОВ ВОЙНЫ  
В АФГАНИСТАНЕ\*

Представлены результаты изучения психологических последствий переживания военного травматического стресса у участников боевых действий в Афганистане. Группа ветеранов-"афганцев" ( $n = 105$ ) без признаков органического поражения головного мозга и других психотических расстройств, а также не имеющих в анамнезе тяжелых ранений и физических травм обследована методикой "Структурированное клиническое интервью для DSM-III-R-СКИД". У 18 человек (17%) установлено наличие посттравматического стрессового расстройства (PTSD), 65 ветеранов отнесены к группе "НОРМА", у остальных наблюдаются отдельные признаки PTSD. Выполнен сравнительный анализ результатов обследования групп с PTSD и "НОРМА", а также данных аналогичных исследований ветеранов войны во Вьетнаме.

Подтверждена зависимость между параметрами боевой обстановки и развитием впоследствии PTSD. Отличительная особенность, обнаруженная при обследовании афганских ветеранов, – высокий рейтинг травматических (вызывающих наиболее тяжелые переживания) ситуаций, связанных с "неуставными взаимоотношениями".

*Ключевые слова:* личность, адаптация, военный стресс, травматический боевой опыт, посттравматическое стрессовое расстройство.

Известно, что стресс, переживаемый человеком в экстремальных (травматических) ситуациях, выходящих, как правило, по своей интенсивности за рамки обычного человеческого опыта, в ряде случаев приводит к психической травме и возникновению различных психических расстройств, в том числе и посттравматического стрессового расстройства\*\* (PTSD – Post-Traumatic Stress Disorder) [21].

С введением в 1995 г. в США новой, четвертой, редакции DSM (основного диагностического психиатрического стандарта) – DSM-IV [22] подход к оценке травма-

\* Работа является продолжением цикла совместных российско-американских исследований по изучению посттравматических стрессовых состояний [18–20] и поддерживается грантами РФФИ 96-06-80622а и NIH Fogarty International Center (USA) N R 03 MH 00452 (рук. проф. Р. Питман, США, и канд. психол. наук Н.В. Тарабрина, Россия).

Выражаем признательность заведующей неврологическим отделением поликлиники № 220 г. Москвы А.А. Кабановой и сотруднику лаборатории ППС ИП РАН В.А. Агаркову за помощь в организации исследования.

\*\* Основные исследовательские и методические вопросы, связанные с диагностикой PTSD, были рассмотрены нами ранее [17].

тичности пережитой ситуации был несколько смягчен. В качестве травматических теперь признаются любые ситуации (не обязательно всегда "выходящие за рамки человеческого опыта"), в которых человек участвовал непосредственно как свидетель, если они были связаны с восприятием смерти или реальной ее угрозы, тяжелых травм и страданий других людей (или своей собственной), испытывая при этом интенсивный страх, ужас или чувство беспомощности.

Изучение психологических особенностей, сопровождающих нарушения психики при различных формах ее патологии, относится к основному кругу проблем клинической психологии [53]. В этом контексте исследования PTSD особенно важны, т.к. психологическое изучение данного расстройства открывает новые перспективы в решении сложной проблемы устойчивости человека к стрессовым воздействиям и последующей его адаптации к обычным условиям жизнедеятельности.

До недавнего времени диагноз PTSD как самостоятельная нозологическая форма в группе тревожных расстройств существовал только в США. Однако в 1995 г. это расстройство и его диагностические критерии из DSM были введены в десятую редакцию Международного классификатора болезней [13] – основного диагностического стандарта в европейских странах, включая Россию. По общему мнению европейских специалистов в области изучения травматического стресса – клиницистов и психологов, это свидетельствует о тенденции к определенному сближению диагностических подходов в американской и европейской классификации психических заболеваний [41].

Для российских исследователей и клиницистов произошедшее событие, безусловно, послужит своеобразным импульсом для активизации социальных, клинических и психологических исследований в этой области, имеющей чрезвычайную общественную значимость.

В ряду травматических событий, способных спровоцировать развитие посттравматического стрессового расстройства, особое место занимают травматические факторы боевой обстановки. Именно на войне человек очень часто становится участником или свидетелем таких событий, вероятность встречи с которыми в обычной, мирной, обстановке менее велика.

Именно психологические последствия психической травмы, полученной при участии в боевых действиях, издавна привлекали к себе внимание исследователей. Еще во времена гражданской войны в Америке психологические проблемы, наблюдавшиеся у ветеранов после их возвращения к мирной жизни, стали предметом изучения специалистов. С этой целью впервые была создана сеть специализированных центров помощи ветеранам [14, 42].

С середины XIX в. в этой области успешно работали и российские ученые. В период русско-японской войны с исследованиями военного стресса и его последствий связаны имена Г. Шумкова, М. Аствацатурова, В. Бехтерева. Психологическими проблемами участников первой мировой и гражданской войн в России занимались П. Ганнушкин, Ф. Зарубин, С. Крайц, а после Великой Отечественной войны – Е. Краснушкин, В. Гиляровский, А. Архангельский и многие другие [2–4, 10, 14, 15, 24].

Особенно большой интерес к изучению воздействия военного стресса на человека возник в США после окончания войны во Вьетнаме в связи с необходимостью решения задач адаптации ветеранов, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством и оказания им квалифицированной помощи [39, 42, 47, 48]. В России своеобразным толчком к развитию современных исследований в области посттравматического стресса послужило окончание боевых действий в Афганистане и те реальные сложности, которые испытывали при возвращении к условиям мирной жизни "афганцы" и их близкие. К сожалению, в связи с событиями в Чечне актуальность подобных исследований сегодня еще более возросла и теперь уже речь идет о психологической помощи участникам Чеченской войны [16].

Именно анализ особенностей послевоенной адаптации жертв травматического

стресса различной этиологии, в том числе и ветеранов боевых действий, а также разработка принципов оказания им психотерапевтической помощи на основании уже существующих в мировой психологической и психиатрической практике методических подходов являются преимущественным направлением отечественных исследований последних лет [1, 6–9, 11, 12]. Однако экспериментальных психологических исследований особенностей переживания военного травматического стресса у нас практически не проводилось, поэтому их изучение стало целью настоящей работы.

## МЕТОДИКА

В экспериментальном исследовании принимали участие ветераны боевых действий в Афганистане, мужчины, проходившие срочную службу в действующей армии в период с 1979 по 1989 год ( $n = 105$ ), не страдающие органическим поражением головного мозга или психотическими расстройствами и не имеющие в анамнезе тяжелых ранений, физических травм или контузий. К участию в обследовании не допускались лица, находящиеся под воздействием наркотических или психотропных средств или в состоянии острой алкогольной интоксикации. Средний возраст обследованных – 31,5 года, образование – преимущественно среднее или среднее специальное: в среднем по выборке – 11,5 года обучения (см. табл. 1, Б). С каждым испытуемым проводилась предварительная беседа, в ходе которой его знакомили с условиями обследования. Все ветераны-"афганцы" письменно подтверждали свое согласие на участие в нем.

*Психодиагностическое интервью.* После предварительной беседы с каждым испытуемым проводили клиническое психодиагностическое интервью с использованием русскоязычной версии [17–19] методики "Структурированное клиническое интервью для DSM-III-R" – СКИД (SCID – Structured Clinical Interview for DSM-III-R) [61], включающей специальный модуль для диагностики PTSD у ветеранов боевых действий [60].

У 18 из 105 ветеранов-"афганцев" (17%) в момент обследования наблюдалось полное проявление симптоматики PTSD по критериям DSM-III-R, достаточное для постановки клинического диагноза (в дальнейшем – группа PTSD), что в целом соответствует имеющимся в литературе данным о распространенности посттравматического стрессового расстройства у ветеранов Вьетнама [32–35]. У этих испытуемых в анамнезе присутствовал факт переживания в ходе боевых действий травматической ситуации, отвечающей критериям DSM-III-R; имелся один из симптомов, связанных с навязчивыми переживаниями военной ситуации в настоящем; по три симптома, свидетельствующие о поведенческом избегании любых напоминаний о травме; два симптома у каждого из обследованных этой группы были связаны с повышенной физиологической возбудимостью; наконец, длительность проявления всех симптомов превышала один месяц [21].

В группу "НОРМА" вошли только те ветераны, у которых никогда не отмечалось симптомов расстройства или изредка наблюдались единичные симптомы ( $n = 65$ ). Результаты исследования остальных участников эксперимента, у которых было установлено наличие частичного PTSD (в случае отсутствия у испытуемого одного из необходимых для полного диагноза симптомов) в момент обследования, а также полного PTSD в прошлом при отсутствии симптоматики расстройства в текущий период, из дальнейшего анализа исключались.

Различий между группами по возрасту или уровню образования не обнаружено (табл. 1).

В группе PTSD в процессе диагностики дополнительно были выявлены (по критериям DSM-III-R): 9 случаев общей депрессии (50%), по 2 случая биполярных и фобических расстройств (по 11,1%), по одному – панического расстройства, генерализованной тревожности и ипохондрии (по 5,6%). У 12 чел. обнаружена алкогольная зависимость в прошлом и/или в настоящем (67,7%), у трех – наркотическая (16,7%).

В группе "НОРМА" при этом отмечались: 6 случаев общей депрессии (9,2%) и один – дистимии (1,5%), 3 случая фобических расстройств (4,6%), по одному – генерализованной тревожности, панического и обсессивно-компульсивного расстройства (по 1,5%). Алкогольная зависимость диагностирована у 5 чел. (7,7%), злоупотребление алкоголем – у 4 (6,2%). Наркотическая зависимость в прошлом – у 2 чел. (3,1%) и у одного обследованного (из 65) – злоупотребление наркотиками в прошлом.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

### Характеристика боевого опыта участников военных действий в Афганистане

В табл. 1, А и 2 приведены результаты сравнительного анализа особенностей полученного в период службы в Афганистане травматического боевого опыта в обеих группах. В ходе диагностического интервью тяжесть индивидуального боевого опыта оценивали по Шкале оценки тяжести боевого опыта Эйгендорфа с соавт. (LCES – Legacies Combat Exposure Scale [36]), состоящей из 7 пятибалльных (0–4) оценочных шкал. Испытуемому предлагали, пользуясь этой шкалой, оценить, насколько часто он попадал в различные боевые ситуации за период своей службы в Афганистане, как часто являлся свидетелем убийств или тяжелых ранений других людей, как велики были боевые потери в подразделении, в котором он служил. Кроме того, испытуемых просили подробно описать две наиболее значимые для них травматические ситуации (А и Б), вызвавшие наиболее тяжелые отрицательные эмоции в то время, когда разворачивалось описываемое событие. Как правило, даже в процессе интервью обследуемые испытывали выраженный дистресс при воспоминании о таких ситуациях.

В целом, как видно из табл. 1, А, обследованные участники боевых действий с PTSD имели более тяжелый боевой опыт, чем испытуемые из группы "НОРМА". Они чаще попадали в ситуации, связанные с реальной опасностью быть убитыми или ранеными (перестрелки, засады и т.п. – п. 7 шкалы LCES), чаще становились свидетелями гибели или тяжелых ранений других людей (п. 6 шкалы LCES). Именно эти два вида боевых ситуаций американские исследователи [63] выделили в качестве наиболее травмирующих факторов боевой обстановки наряду с участием в убийстве солдат противника и мирного населения.

Таблица 1

#### Сравнительная характеристика тяжести боевого опыта у "афганцев" в группах "НОРМА" и PTSD (по шкале LCES); демографические данные

А

Номера вопросов шкалы LCES	PTSD, n = 18		"НОРМА", n = 63*			p
	M	SD	M	SD	t	
1	4,56	2,73	3,81	2,91	0,97	
2	2,72	1,07	2,54	1,10	0,62	
3	0,67	1,19	0,25	0,76	1,77	
4	1,39	0,61	1,43	0,53	-0,27	
5	2,50	1,04	2,03	1,11	1,60	
6	4,56	2,15	3,21	2,11	2,38	≤ 0,05
7	5,11	2,19	3,78	2,28	2,21	≤ 0,05
Суммарный балл	21,50	7,60	17,02	8,20	2,08	≤ 0,05

*Примечание.* \*В группе "НОРМА" 2 испытуемых шкалу LCES не заполняли.

Б

Демографические данные	PTSD, n = 18		"НОРМА", n = 65		t
	M	SD	M	SD	
Возраст	31,1	4,19	32,3	7,43	-0,67
Образование	11,2	1,90	11,8	2,55	-0,95

Сравнительная характеристика травматического опыта у "афганцев" в группах "НОРМА" и PTSD (по данным самоотчета в процессе диагностического интервью)

Травматические* события (частота встречаемости) (%)	PTSD, n = 18				"НОРМА", n = 65			
	А		Б		А		Б	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Угроза жизни в боевой ситуации	6	33,3	6	33,3	30	46,2	28	43,1
2. Гибель людей, вид раненых	5	27,8	4	22,2	15	23,1	13	20,0
3. Эвакуация трупов и/или вид погибших	2	11,1	3	16,7	7	10,8	4	6,2
4. Неуставные отношения	2	11,1	2	11,1	2	3,1	2	3,1
5. Ожидание опасности	—	—	—	—	4	6,2	8	12,3
6. Участие в убийствах	1	5,6	—	—	1	1,5	2	3,1
7. Состояние здоровья (пребывание в госпитале)	—	—	—	—	2	3,1	1	1,5
8. Чувство вины	1	5,6	2	11,1	1	1,5	1	1,5
9. Другие	1	5,6	1	5,6	1	1,5	2	3,1
10. «Счастливый случай»	—	—	—	—	—	—	2	3,1

*Примечание.* \*А – травматическое событие максимальной субъективной интенсивности, Б – травматическое событие, по субъективной оценке интенсивности несколько более низкое, чем А.

Приведенные факты также хорошо согласуются с полученными ранее результатами, подведившими, что именно тяжесть пережитого боевого опыта во многом определяет особенности дальнейшего посттравматического развития личности, в том числе и возникновение PTSD [40, 45, 63]. В исследованиях Кулка с соавт. [50] было показано, что среди ветеранов войны во Вьетнаме, имеющих тяжелый боевой опыт, частота встречаемости этого расстройства составляет 31%, что значительно выше соответствующих средних показателей (от 15,2 до 20%).

Гринкер и Шпигель еще в 1945 г. установили, что, чем более интенсивный боевой опыт имелся у американских военных летчиков – участников второй мировой войны, тем более выраженными были у них различные психологические проблемы в послевоенном периоде [43].

Эта закономерность была подтверждена во многих работах (Робинс с соавт. [59], Хэлзер с соавт. [46] и др.). Особо следует отметить работы Дэ Фацио с соавт. [37] и Эгендорфа с соавт. [36], выполненные с участием ветеранов войны во Вьетнаме. При этом Брэди и Рапппорт [30] установили прямую зависимость тяжести боевого опыта вьетнамских ветеранов и их предрасположенности к участию в актах насилия. Аналогичный результат нашел отражение в обзоре Бомэна [26]. Ресник с соавт. [58] получили данные о том, что случаи антисоциального поведения и аресты значительно чаще наблюдались именно среди ветеранов Вьетнама с тяжелым боевым опытом. Злоупотребление наркотиками и алкоголем также присуще в первую очередь этой категории участников боевых действий [38, 49, 52], что нашло свое подтверждение и в нашем исследовании (см. ниже).

Вместе с тем анализ частоты встречаемости в группах PTSD и "НОРМА" разных по характеру и уровню субъективно оцениваемой травматичности ситуаций, связанных с пребыванием в Афганистане, показал, что статистически значимых (по критерию  $\chi^2$ ) различий по этим признакам между группами нет (табл. 2). Иными словами, различные боевые ситуации одинаково часто воспринимались и оценивались как травматические испытуемыми и с более тяжелым боевым опытом из группы PTSD, и без признаков расстройства (они сталкивались с такими событиями значительно реже).

Наиболее часто в качестве травматического события как первого (А), так и второго (Б) уровня субъективной значимости испытуемые обеих групп выбирали ситуации, связанные с угрозой для их жизни в бою (обстрел, засада душманов, подрыв на mine и т.п.). В группе PTSD такого рода стрессовому воздействию подверглось 33% испытуемых, в группе "НОРМА" – более 40%.

При этом, как говорилось выше, частота переживания во время службы в Афганистане именно таких ситуаций наряду с происходившими на глазах у испытуемых сценами гибели и ранения людей, как правило, друзей и близких знакомых (в нашем рейтинге – на 2-м месте по силе травматического воздействия, более 20% в каждой из групп) явилась определяющим фактором различий в субъективной оценке тяжести боевого опыта по шкале LCES у ветеранов с PTSD и здоровых.

В обеих группах на 3-м по частоте встречаемости месте – участие в эвакуации или вид погибших (11%), на 4-м в группе PTSD стоят травматические события, так или иначе связанные с неуставными взаимоотношениями в воинских коллективах (11%). При этом в группе "НОРМА" такие события занимают 5-е место (3%), а на 4-м находятся ситуации, связанные с ожиданием опасности (6% – события А, 12% – Б). В группе PTSD такого рода ситуации в качестве травматических не отмечались ни разу, а на 6-м месте в этой группе – участие в убийстве людей (один человек, 5,6%). В группе "НОРМА" таких испытуемых было трое из 69 обследованных, а ситуация убийства по частоте занимает 7-е место. На 6-м в данной группе – беспокойство за свое здоровье в связи с болезнями или легкими ранениями. Наконец, несколько человек из той и другой группы рассказывали о своих тяжелых эмоциональных переживаниях или связанных с чувством вины за гибель друзей или подчиненных, или испытанных в процессе наблюдения за пытками (один человек из группы PTSD), или возникавших в ситуациях, условно обозначенных в табл. 2 как "счастливый случай", т.е. когда обследуемый чудом избежал гибели (два человека в группе "НОРМА", событие Б).

Таким образом, в целом боевой травматический опыт, полученный участниками войны в Афганистане, имеет такую же структуру, как и боевой опыт тех, кто воевал во Вьетнаме. При этом у обследованных нами «афганцев» проявилась та же закономерность, что и у американских ветеранов войны во Вьетнаме: те из них, у кого было диагностировано посттравматическое стрессовое расстройство, имели более тяжелый боевой опыт, чем здоровые испытуемые.

Однако необходимо отметить некоторые различия в структуре травматического опыта российских и американских участников боевых действий. Так, по степени травматичности для российских ветеранов участие в убийстве воюющих на стороне противника "духов" или мирных жителей находится на 6-м месте в рейтинге (по данным американских исследователей – на 2-м [63] или 3-м [52]). При этом только четверо из обследованных отнесли это событие в их афганском прошлом к разряду травматических. Многие же, в ходе клинического интервью рассказывая о подобных ситуациях, участниками которых являлись, отмечали, что какого-то заметного воздействия на них они не оказали.

Следующим фактом, о котором необходимо сказать, сравнивая субъективно оцененный в качестве травматического боевой опыт "афганцев" и "вьетнамцев", является наличие в структуре травматического опыта афганских ветеранов различных ситуаций, связанных с проявлениями неуставных взаимоотношений среди российских военнослужащих. Упоминание о подобных ситуациях в качестве травматических в зарубежных источниках нам не встречалось, хотя некоторые россияне, особенно в группе PTSD, рассказывая о своем пребывании в Афганистане, говорили о том, что им было страшнее возвращаться в расположение части, чем прочесывать "зеленку" или кишлаки. Ограниченность выборки пока не позволяет сделать какие-то категорические выводы, но предполагает пристальное внимание к этому факту в дальнейших исследованиях.

В качестве травматических "афганцы", участвовавшие в данном исследовании, ни

разу, однако, не упоминали ситуаций, связанных с трудными климатическими условиями в зоне боевых действий, с изоляцией от близких и общества, со сменой сослуживцев в подразделении, с осознанием бессмысленности войны, т.е. таких, которые американские исследователи [63] отнесли ко 2-й и 3-й группам психотравмирующих факторов боевой обстановки во Вьетнаме.

### Проявление симптоматики PTSD у российских ветеранов войны в Афганистане

В табл. 3 представлены данные по частоте встречаемости отдельных симптомов посттравматического стрессового расстройства у российских ветеранов боевых действий в Афганистане в группах PTSD и "НОРМА". Критерий А – наличие в анамнезе травматического события – отмечался у всех обследованных, поэтому в дальнейшем анализе не учитывался.

Самым распространенным в критерии В (навязчивые переживания травматического события) симптомом у "афганцев" из группы PTSD являлся симптом тяжелых, зачастую кошмарных сновидений по поводу травматической ситуации. Он был представлен у 13 из 18 обследованных, вошедших в данную группу (72%). В группе "НОРМА" факт травматических сновидений отмечало только пятеро обследованных из 65 (7,7%). У 12 чел. с PTSD (66,7%) наблюдались тяжелые переживания в ситуациях, так или иначе связанных с обстоятельствами травмы (встречи ветеранов, юбилейные даты, прослушивание песен на тему войны в Афганистане, просмотр фильмов и т.п.), а также навязчивые, ничем не спровоцированные воспоминания о травматических ситуациях. В группе "НОРМА" подобные симптомы имелись соответственно у 7 (10,8%) и 3 (4,6%) чел.

Таблица 3

**Частота встречаемости отдельных симптомов PTSD (по критериям DSM-III-R) у ветеранов-"афганцев"**

Симптомы PTSD по DSM-III-R	PTSD (n = 18)		НОРМА (n = 65)	
	n	%	n	%
<b>КРИТЕРИЙ В (навязчивые переживания)</b>				
1. Навязчивые воспоминания	12	66,7	3	4,6
2. Сновидения	13	72,2	5	7,7
3. Переживания при напоминании	12	66,7	7	10,8
4. Оживание прошлого (flashback-эффекты)	6	33,3	0	0
<b>КРИТЕРИЙ С (избегание)</b>				
5. Усилия по избеганию переживаний	16	88,9	3	4,6
6. Избегание ситуаций напоминания	12	66,7	3	4,6
7. Трудности припоминания	9	50,0	1	1,5
8. Потеря интереса	11	61,1	2	3,1
9. Ощущение отстраненности	12	66,7	6	9,2
10. Неспособность радоваться, любить	6	33,3	1	1,5
11. Отсутствие жизненной перспективы	10	55,6	1	1,5
<b>КРИТЕРИЙ D (повышенная возбудимость)</b>				
12. Нарушение сна	13	72,2	13	20,0
13. Раздражительность	17	94,4	26	40,0
14. Затруднения с сосредоточением внимания	9	50,0	6	9,2
15. Повышенный уровень настороженности	10	55,6	10	15,4
16. Гипертофированная реакция испуга	9	50,0	16	24,6
17. Физиологическая реактивность	13	72,2	6	9,2

Особенности проявления диссоциативных состояний у афганских ветеранов в ходе боевых действий (по диссоциативной шкале СКИД<sup>а</sup>, частота встречаемости, %)

Диссоциативные состояния		НОРМА (n = 72)*	PTSD (n = 15)**
		F (%)	F(%)
а.	Ощущение потери чувства сопричастности с происходящим	14,89 $\chi^2 = 5,64$	40,00 $p < 0,02$
б.	Неосознаваемость собственных действий	34,72	53,33
в.	Изменение чувства времени	25,00	33,33
г.	Потеря чувства реальности	20,83 $\chi^2 = 4,38$	46,67 $p < 0,05$
д.	Ощущение себя посторонним наблюдателем происходящего	15,28	–
е.	Ощущение изменения размеров собственного тела или потери связи со своим телом	9,72	6,67
ж.	Ощущение, что "происходящее с кем-то другим происходит непосредственно с Вами"	11,11	26,67
з.	Удивление от того, что события в какой-то отрезок времени оказались незамеченными	8,33	6,67
и.	Ощущение очень слабой боли при ранении	8,33	13,33

*Примечание.* \*При анализе в группе "НОРМА" дополнительно учтены результаты семи испытуемых, прошедших диагностическое интервью, но не принимавших участия в дальнейших исследованиях.

\*\*В группе PTSD три испытуемых диссоциативную шкалу СКИД не заполняли.

Ни у одного из испытуемых без признаков расстройства нет таких проявлений PTSD, как оживание, возвращение прошлого наяву, или при интоксикации, или в просоночном состоянии. Шестеро же человек из группы PTSD (33,3%) в ходе диссоциативных эпизодов (flashback-эффектов). С различной степенью живости им периодически кажется, что они опять в боевой обстановке, причем это состояние возникает как в ответ на какие-то определенные раздражители (вырытая траншея, освещение комнаты, звук мотора самолета или вертолета, автомобильный выхлоп), так и в ситуациях, внешне вроде бы нейтральных: "...сидишь, куришь и вдруг начинаешь разрабатывать план боевой операции. Нет связи с реальностью совсем, чувствую себя там, совсем там, в Афгане. Иногда тяжело, иногда забавно, спровоцировать может все – жара, цвет, запах" (исп. К.).

У одного из обследуемых (исп. М) подобная потеря связи с реальностью наблюдается постоянно в конфликтных ситуациях, связанных с эмоциональным напряжением и необходимостью самообороны: "Возвращались из гостей поздно. Хулиганы к жене пристали на улице. Что-то вдруг замкнуло, я вдруг понял, что опять на войне, в Афгане. Побил их очень сильно. Чувствовал, что это были мои враги. Когда они убежали – враг был уничтожен – я очнулся, понял, что не на войне, и стал успокаиваться".

В ходе диагностического интервью было установлено, что уже непосредственно в ходе боевых действий их участники испытывали ряд диссоциативных состояний (табл. 4). Это само по себе может рассматриваться в качестве прогностического признака, позволяющего предполагать у тех, кто испытывал подобные состояния, высокую вероятность развития в будущем PTSD или иных эмоциональных расстройств, связанных с повышенной тревожностью [54].

Так, 53,3% обследованных "афганцев" в группе PTSD отмечали, что в ряде эмоционально напряженных боевых ситуаций они начинали действовать автоматически, "на автопилоте", полностью теряя сознательный контроль над ситуацией. Что-либо

**Употребление наркотиков ветеранами-"афганцами" в период пребывания в Афганистане  
(условные баллы)\***

Частота употребления	PTSD (n = 18)			"НОРМА" (n = 65)			t	p
	N	M	SD	N	M	SD		
0	7	1,39	0,84	46	0,63	0,64	3,53	< 0,001
1	3			4				
2	2			8				
3	6			7				

*Примечание.* \* Условные баллы: 0 – вообще не употребляли (по самоотчету испытуемых); 1 – очень редко (до 10 раз за весь срок службы); 2 – регулярно (до 10 раз в месяц и чаще); 3 – ежедневно в течение всего срока службы. Группа PTSD: всего употребляли 11 из 18 (61,0%), из них ежедневно 3 из 18 (33,3%). Группа "НОРМА": всего употребляли 19 из 65 (29,2%), из них ежедневно 7 из 65 (10,8%).

совершив, они позже осознавали, что это сделано ими, но абсолютно не помнили, почему они действовали так, а не иначе. В группе "НОРМА" о подобных состояниях рассказывало почти 35% испытуемых.

40% ветеранов с PTSD вспоминали, что в определенные моменты они переставали понимать, что с ними происходит, теряли ощущение реальности, переставали ощущать себя частью происходящего (в группе "НОРМА" – 14,9%,  $p < 0,02$ ). Почти 47% обследуемых с признаками расстройства рассказывали, что иногда все происходящее в бою им казалось нереальным, как будто они это видели во сне или в кино (группа "НОРМА" – 20,8%,  $p < 0,05$ ).

33% в группе PTSD и 5% здоровым "афганцам" в бою казалось, что все события необычайно ускорялись или замедлялись. Соответственно 26,7 и 11,1% испытали ощущение, будто что-либо происходящее у них на глазах с другими людьми было с ними самими, вплоть до ощущения боли при виде смерти или ранения кого-либо другого.

Что касается симптоматики избегания (критерий C), то стремление избавиться от любых размышлений и переживаний о травме (наиболее часто встречающийся среди наших обследованных симптом из этого критерия) свойственно 16 (из 18) обследованным с PTSD (88,9%). Известно, что с целью заглушить болезненные воспоминания и избавиться от тяжелых переживаний жертвы травматического стресса часто используют алкоголь или наркотики [33–35]. Не случайно (по нашим данным) так высок в этой группе процент страдающих алкогольной зависимостью после возвращения из армии (12 чел., 66,7% против 5 чел., 7,7% – в группе "НОРМА"). При этом в группе PTSD семь из 18 (38,9%) регулярно употребляли алкоголь, чтобы преодолеть эмоциональное напряжение и в период службы в Афганистане, а в группе "НОРМА" таких было только 5 чел. из 65 испытуемых (7,7%).

В период обследования регулярно принимал наркотики один из 18 испытуемых в группе PTSD, а у двоих тяжелая наркотическая зависимость отмечалась в прошлом (всего 16,7%). Картина в группе "НОРМА" принципиально иная: в прошлом (в Афганистане и после возвращения) наркотическая зависимость имела у двух из 65 (3,1%), а у одного человека – злоупотребление наркотиками в Афганистане, без возобновления опыта приема психоактивных веществ после армии.

Однако не все отмеченные случаи употребления наркотиков "афганцами" могут быть квалифицированы как наркотическая зависимость или злоупотребление по критериям DSM-III-R. В целом ситуация с использованием обследуемыми наркотических веществ в ходе боевых действий, т.е. непосредственно в Афганистане, отражена в табл. 5.

Возвращаясь к описанию симптоматики избегания по критерию *C* DSM-III-R у страдающих PTSD участников боевых действий в Афганистане, отметим, что среди них стремление уйти от ситуаций, провоцирующих тяжелые воспоминания, от размышлений и переживаний о травматической ситуации (отказ от общения с однополчанами, чтения книг или просмотра фильмов, от любых обсуждений афганской тематики и т.п.) испытывало также 66,7%. Очень часто в качестве провоцирующих нежелательные воспоминания и переживания ситуаций, которые ими избегаются, испытуемые называли сюжеты новостей и публикации в прессе по проблемам чеченских событий.

Следствием такого поведения у 12 чел. в группе страдающих расстройством было наличие чувства отделенности, отстраненности от окружающих, что проявлялось в стремлении к обособленному, изолированному от общества существованию. Среди "афганцев" без признаков расстройства стремление к избеганию размышлений, переживаний или напоминающих о травме ситуаций проявили три человека из 65 (4,6%), а у шестерых отмечались трудности в общении.

Следующим симптомом по частоте встречаемости из критерия *C* у "афганцев" в группе PTSD является потеря интереса к лично важным занятиям, которые были предметом активной деятельности обследуемых до травмы. После возвращения из Афганистана 11 чел. из этой группы (61%) жаловались на подобные переживания (в группе "НОРМА" – 2 чел., 3%), а у 10 чел. присутствовало отчетливо выраженное ощущение сокращенной жизненной перспективы, нежелание строить какие бы то ни было планы на будущее (в группе "НОРМА" – у одного из 65 обследованных) и мысли о скорой смерти.

Не являясь клиническим симптомом посттравматического стрессового расстройства, уровень суицидального риска в обследованной нами выборке дополнительно характеризует состояние ветеранов-"афганцев", страдающих PTSD. (Как известно из литературных данных, более 50 тысяч ветеранов войны во Вьетнаме за период с момента окончания боевых действий и по 1990 год покончили жизнь самоубийством [57]). По данным, полученным в ходе интервью, в группе PTSD у 8 чел. (44,4%) непосредственно перед обследованием ("в прошлом месяце") были мысли о самоубийстве, а двое (11,1%) после возвращения из армии пытались свести счеты с жизнью. В группе "НОРМА" за весь послеафганский период суицидальные мысли отмечались только у 5 чел. (7,7%), из них у одного – в момент обследования. Попыток самоубийства в группе "НОРМА" никто не совершал.

Что касается остальных симптомов, входящих в критерий *C*, то трудности припоминания важных обстоятельств травматического события испытывали 9 чел. с диагнозом PTSD, у шестерых наблюдалась сниженность уровня аффективных реакций и еще у шестерых – потеря способности испытывать чувство любви по отношению даже к самым близким людям (в группе "НОРМА" наличие этих симптомов отмечало по одному человеку).

Наконец, у большинства обследованных в группе PTSD и у многих в группе "НОРМА" проявлялись симптомы повышенной возбудимости и психофизиологической реактивности (критерий *D*). Неукротимые вспышки гнева по незначительным поводам и повышенную раздражительность считали своей главной проблемой 17 из 18 "афганцев" с PTSD (94%) и 26 (40%) здоровых обследованных. При этом ни у тех, ни у других этот симптом не наблюдался до Афганистана.

Нарушения сна (трудности с засыпанием или пробуждения среди ночи с последующей мучительной бессонницей) были присущи 13 испытуемым в каждой группе (72% – PTSD и 20% – "НОРМА"). Изменения физиологической реактивности в обстоятельствах, вызывающих ассоциации с травматической ситуацией или еще как-то напоминающих о ней (учащение пульса, дыхания, покраснение кожи, усиление потоотделения и т.п.), тоже были свойственны 13 испытуемым в группе PTSD и только 6 – в группе "НОРМА" (9%). У 10 (55,6%) чел., страдающих расстройством, был зафиксирован типичный для участников боевых действий симптом гипертрофированной

## Рейтинги симптоматики PTSD (по DSM-III-R) у ветеранов Афганистана и Вьетнама (по данным американских исследователей)

Критерий	Симптомы PTSD	"Афганцы"		Ветераны Вьетнама (МакФол с соавт.)
		<i>d</i>	балл	
C	Усилия по избеганию переживаний	84,3	2	9*
B	Сновидения	64,5	3	5
B	Навязчивые воспоминания	62,1	4	3
C	Избегание ситуаций напоминания	62,1	5	7
D	Физиологическая реактивность	63,0	6	4
C	Ощущение отстраненности	57,5	7	12*
C	Потеря интереса	58,0	8	16*
B	Переживания в ситуациях напоминания	55,9	9	6
D	Раздражительность	54,4	10	17*
C	Отсутствие жизненной перспективы	54,1	11	14
D	Нарушение сна	52,2	12	15
C	Трудности припоминания	48,5	13	13
D	Затруднения с сосредоточением внимания	40,8	14	18
D	Повышенный уровень настороженности	40,2	15	10*
B	Оживание прошлого (flashback-эффекты)	33,7	16	2*
C	Неспособность радоваться, любить	31,8	17	11*
D	Гипертрофированная реакция испуга	25,4	18	8*

Примечание. \*Принципиальные расхождения рейтинговых оценок.

неадекватной бдительности – постоянное ожидание опасности и готовность к немедленным действиям в целях ее избегания (в группе "НОРМА" этот симптом выявлен также у 10 обследованных, 15%).

У 9 чел. с PTSD отмечались наличие сильного испуга и повышенной реактивности на внезапный громкий звуковой раздражитель и трудности с сосредоточением внимания. В группе "НОРМА" эти симптомы наблюдались соответственно у 16 (24,6%) и 6 (9%) чел.

Попробуем сопоставить картину проявления симптоматики PTSD у российских ветеранов боевых действий в Афганистане и у американских ветеранов войны во Вьетнаме, на чьей популяции в основном разрабатывались все известные методические подходы к диагностике PTSD. Сопоставим результаты рейтингового ранжирования данных по частоте встречаемости отдельных симптомов в нашем исследовании и опубликованных несколько лет назад в работе МакФола с соавт. [55] результатов экспертной оценки диагностической значимости критериев PTSD из DSM-III-R. В этом исследовании приняло участие 448 экспертов: 264 психолога и 184 психиатра, занятые в различных национальных программах и центрах по оказанию помощи американским ветеранам боевых действий.

В табл. 6 представлен рейтинг симптоматики PTSD у ветеранов-"афганцев" по показателю *d* (разница по частоте встречаемости симптома в группах PTSD и "НОРМА") и аналогичный рейтинг для ветеранов Вьетнама, полученный МакФолом с соавт.

В нашем исследовании наличие боевого травматического опыта являлось обязательным условием для всех обследованных именно ввиду его безусловной прогностической значимости при диагностике PTSD [21, 22]. Поэтому максимальный рейтинговый балл "2" у ветеранов Афганистана принадлежит симптому из критерия С "усилия по избеганию размышлений или переживаний по поводу травмы" ( $d = 84,3\%$ ). Минимальный рейтинг по нашим данным имеет симптом из критерия D "гипертрофированная реакция испуга на внезапный раздражитель" ( $d = 25,4\%$ ). Эксперты из США рейтинговый балл "2" присвоили симптому из критерия В "оживание прошлого (flashback-эффекты)", а минимальный балл "18" имеет симптом из критерия D "затруднения с сосредоточением внимания".

В целом, проанализировав данные табл. 6, можно видеть, что примерное совпадение рейтинговых оценок имеет место более чем в 50% случаев – 9 из 17 симптомов получили близкие рейтинги. Это – три (из четырех) симптома, входящие в критерий В ("тяжелые сновидения на тему травмы", рейтинги: у нас – 3, у американских экспертов – 5; "навязчивые непроизвольные воспоминания о травме" – 4/3; "тяжелые переживания в ситуациях, напоминающих о травме" – 9/6); три (из 7) симптома критерия С ("избегание ситуаций, напоминающих о травме" – 5/7; "отсутствие жизненной перспективы" – 11/14; "трудности припоминания обстоятельств травмы" – 13/13) и три (из 6) симптома критерия D ("физиологическая реактивность в ситуациях, ассоциированных с травмой" – 6/4; "нарушения сна" – 12/15; "затруднения с сосредоточением внимания" – 14/18).

При этом американские эксперты большее значение при диагностике PTSD придают таким симптомам, как "оживание прошлого (flashback-эффекты)" (16/2), "гипертрофированная реакция испуга" (18/8), "неспособность радоваться, любить" (17/11) и "повышенный уровень бдительности, настороженности" (15/10). По данным же о сравнительной частоте встречаемости различных симптомов расстройства среди здоровых и страдающих PTSD афганских ветеранов, более высокие рейтинги, чем у американских экспертов, получили: "потеря интереса к ранее интересовавшим человека занятиям" (8/16), "приложение усилий по избеганию переживаний по поводу травмы" (2/9), "повышенная раздражительность и гневливость" (10/17) и "проявление отстраненности, отчужденности от окружающих" (7/12).

Уровень связи между ставнивавшимися рейтингами оказался статистически не достоверен ( $r = 0,260$  по Спирмену), хотя проведенный анализ имеющегося в нашем распоряжении экспериментального материала и опубликованных в США данных позволил установить некоторое сходство диагностической значимости симптоматики для российской и американской популяций. Так, оказалось невозможно адекватно оценить истинное значение для диагностики расстройства у российских ветеранов Афганистана такого симптома, как "оживание прошлого (flashback-эффекты)", хотя, как известно, диссоциативные состояния, к которым относятся и flashback-эффекты, являются одним из самых значимых признаков PTSD [25, 44]. Это обусловлено спецификой как процесса запечатления в памяти травматического события, так и особенностями его воспроизведения в посттравматический период. Наиболее полно в настоящее время механизм возникновения flashback-эффекта при посттравматическом стрессовом расстройстве представлен моделью патологических эмоциональных сетей, замыкающихся в памяти при PTSD [17, 51, 56].

По своей природе воспоминание о событии, послужившем причиной психической травмы, диссоциативно. Травматические воспоминания изначально хранятся в памяти в виде обрывочных сенсорных фрагментов, семантически не связанных воедино. Вне рамок специальной психодиагностической процедуры большинству жертв травматического стресса, особенно тем из них, кто страдает тяжелой формой PTSD, бывает трудно изложить в виде связного рассказа все обстоятельства травматической ситуации.

Как правило, такие ситуации непроизвольно всплывают в их сознании именно в

форме различных соматосенсорных диссоциативных проявлений различной модальности, к которым относятся flashback-эффекты [62]. Эти данные хорошо согласуются с предположением Ж. Пиаже о том, что, если воспоминания не могут быть интегрированы в цельную структуру на семантическом лингвистическом уровне, они будут структурированы более примитивно как визуальные образы или чувственные ощущения. При этом, даже если по прошествии длительного времени, например, в процессе психотерапии жертвам травматического стресса удастся вспомнить и сюжетно воспроизвести все особенности травматической ситуации, у них все равно, как было показано в работе [62], могут сохраняться навязчивые повторяющиеся переживания и ощущения, связанные с травматическим событием, в том числе и flashback-эффекты.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Картина психологического состояния афганских ветеранов, выявленная в нашей работе, аналогична той, что представлена другими исследователями, и прежде всего американскими, по результатам обследования участников боевых действий во время войны во Вьетнаме. Характерно, что у большинства из тех, кто вернулся из Афганистана, отмечаются хотя бы отдельные симптомы, входящие в критерии PTSD и свидетельствующие о наличии психологического и эмоционального неблагополучия. У 17% афганских ветеранов (что согласуется с данными, имеющимися в психологической литературе) наблюдается состояние, которое классифицируется как PTSD и проявляется в том, что вернувшиеся с войны повторно переживают элементы травмы в воспоминаниях, навязчивых образах, диссоциативных состояниях сознания и в бессознательном поведенческом проигрывании травматической ситуации. Кроме того, многие из выживших чувствуют себя эмоционально "онемевшими" по отношению к себе и другим, испытывают потерю нормальной привязанности и отмечают симптомы депрессии и потери интереса к ранее значимым занятиям и межличностным отношениям. Состояние пострадавших характеризуется также избыточной физиологической возбудимостью нервной системы и проявляется в нарушениях сна, повышенной раздражительности, гневливости, затруднениях с сосредоточением внимания, физиологической реактивности на ситуации, напоминаяющие травматические, и т.д.

Обследование афганских ветеранов подтвердило существование зависимости, установленной американскими исследователями у ветеранов войны во Вьетнаме, между параметрами боевой обстановки (количеством недель, проведенных в боевой обстановке, а также боевых ролей и оценкой их субъективной стрессовости с точки зрения угрозы жизни, получения ранения, смерти и т.д.) и развитием впоследствии посттравматического стрессового расстройства. Анализ индивидуальных травматических стрессовых ситуаций показал совпадение их сюжетной встречаемости и значимости для ветеранов двух групп (PTSD и "НОРМА"), а результаты по LCES выявили значение количественного фактора (частоты, продолжительности и интенсивности воздействия стресс-факторов в боевом опыте отдельного субъекта) в последующем вероятностном развитии PTSD.

Характерная особенность, обнаруженная при обследовании афганских ветеранов, — роль травматических ситуаций, связанных с "неуставными отношениями" в структуре травматического опыта "афганцев". Было зафиксировано, что по частоте встречаемости данных ситуаций в группе PTSD им принадлежит 4-е место, в группе "НОРМА" — 5-е. То есть к разряду двух самых травматических событий, вызвавших у обследованных наиболее тяжелые переживания и сильный стресс, страх, растерянность и другие негативные эмоции за весь период пребывания в Афганистане, отнесены ситуации, которые непосредственно не были связаны с угрозой для жизни, но в той или иной степени затрагивали чувство человеческого достоинства. Выделение "неуставных отношений" участниками военных действий в качестве травматической ситуации является уникальным фактом, который не встречается в работах зарубежных исследователей.

Наиболее сильно ветераны войны в Афганистане, имеющие посттравматическое стрессовое расстройство, страдают от постоянного навязчивого вторжения в сознание неприятных воспоминаний, связанных с их военным травматическим опытом, а также от чрезмерной раздражительности по различным поводам. Приступы сильной раздражительности в значительной степени беспокоят и ветеранов Афганистана, вошедших в группу "НОРМА" (40% обследованных). Для снятия подобного рода состояний они часто употребляют алкоголь или наркотики. Проблема алкоголизации участников, перенесших военный стресс, отмечается всеми исследователями. По итогам обследования афганских ветеранов 66,7% ветеранов с PTSD и 38,9% из группы "НОРМА" имеют разную степень алкогольной зависимости.

Большое значение в структуре PTSD афганских ветеранов занимает состояние субъективного переживания психологической изолированности, отделенности от всех остальных людей, возникшее у них после возвращения домой. Из литературных источников известно, что наряду с частотой и длительностью воздействия стресс-факторов во время боевых действий степень психологической изоляции, которую испытывают ветераны после возвращения с войны, наличие у них чувства "отделенности, отчужденности" является одним из прогностических показателей данного расстройства. По результатам нашего исследования этот симптом занимает более высокий рейтинг в характеристике PTSD, чем у американских экспертов. В значительной степени данный факт можно считать прямым следствием той социальной ситуации, в которой оказались возвратившиеся с войны ее участники. В большинстве случаев они оставались "один на один" с приобретенными в Афганистане опытом, переживаниями и ощущениями, уникальный травматический характер которых отсутствует у большинства мирного населения.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Абдурахманов Р.А.* Психологические проблемы послевоенной адаптации ветеранов Афганистана // Психол. журн. 1992. Т. 13. № 1. С. 131–134.
2. *Архангельский В.Г.* Особенности течения психогений военного времени у лиц, перенесших травму мозга. Нервные и психические заболевания военного времени / Ред. А.С. Шмарьян. М., 1948. С. 402–409.
3. *Гиляровский В.А.* Избранные труды. М., 1973.
4. *Гиляровский В.А.* Старые и новые проблемы психиатрии. М., 1946.
5. *Гольман С.В.* Неврозы военного времени // Психозы и психоневрозы войны / Ред. В.П. Осипов. Л.-М., 1934. С. 41–66.
6. *Знаков В.В.* Понимание воинами-интернационалистами ситуаций насилия и унижения человеческого достоинства // Психол. журн. 1989. Т. 10. № 4. С. 113–124.
7. *Знаков В.В.* Психологические причины непонимания "афганцев" в межличностном общении // Психол. журн. 1990. Т. 11. № 2. С. 99–108.
8. *Знаков В.В.* Психологическое исследование стереотипов понимания личности участников войны в Афганистане // Вопр. психологии. 1990. № 4. С. 108–116.
9. *Знаков В.В.* Письмо в редакцию (сравнительный анализ психологических последствий участия в войне для ветеранов Вьетнама и Афганистана) // Психол. журн. 1990. Т. 11. № 5. С. 164–165.
10. *Краснушкин Е.К.* Психогении военного времени. Нервные и психические заболевания военного времени / Ред. А.С. Шмарьян. М., 1948. С. 245–252.
11. *Киндрас Г.П., Тураходжаев А.М.* Влияние посттравматических стрессовых расстройств на адаптацию воинов – ветеранов войны в Афганистане // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. № 1. С. 33–36.
12. *Магомед-Эминов М.Ш., Филатов А.Е., Кадук Г.И., Квасова О.Г.* Новые аспекты психотерапии посттравматического стресса. Харьков, 1990.
13. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. ВОЗ. Женева, С.-П., 1995.
14. Психологические последствия воздействия боевой обстановки / Ред. В.М. Крук. М., 1992.
15. *Тарабрина Н.В.* Психологические последствия войны // Психологическое обозрение. 1996. 1(2). С. 26–29.

16. Руководство по военной невропатологии / Ред. М.И. Аствацатуров. Л., 1935.
17. *Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О.* Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психол. журн. 1992. Т. 13. № 2. С. 14–29.
18. *Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е.* Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС // Психол. журн. 1994. Т. 15. № 5. С. 67–77.
19. *Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О., Зеленова М.Е., Ласко Н.Б., Опп С.Ф., Питман Р.К.* Психофизиологическая реактивность у ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Психол. журн. 1996. Т. 17. № 2. С. 30–45.
20. *Тарабрина Н.В., Петрухин Е.В.* Психологические особенности восприятия и оценки радиационной опасности // Психол. журн. 1994. Т. 15. № 1. С. 27–40.
21. American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statistics: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 3, revised. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
23. *Arnold A.L.* Diagnosis of PTSD Vietnam Veterans // The Trauma of War: Stress and Recovery in Vietnam Veterans / Eds. S.M. Sonnenberg et al. Washington, 1985. P. 99–123.
24. *Bentley S.* A Short History of PTSD // Veteran. Washington, 1991. V. 1. P. 13–16.
25. *Blank K.* The unconscious Flashback to the War in Vietnam Veterans: Clinical Mystery, Legal Defense and Community Problem // The Trauma of War: Stress and Recovery in Vietnam Veterans / Eds. S.M. Sonnenberg et al. Washington, 1985. 293–308.
26. *Bomen B.* Antisocial Behavior and the Combat Veteran. A review (with special reference to the Vietnam Conflict) // Medical Law. 1987. V. 86. P. 173–187.
27. *Boulander G., Kadushin C., Martin J.* Legacies of Vietnam: Long-Term Stress Reactions. Washington, D.C., 1981. V. IV.
28. *Boulander G., Kadushin C.* The Vietnam Veteran Redefined: Fact and Fiction. Hillsdale, N.Y., 1986.
29. *Bourne P.G.* Men, Stress and Vietnam. Boston, 1970.
30. *Brady D., Rappoport L.* Violence and Vietnam: A comparison between attitudes of civilian and veterans // Human Relations. 1974. V. 26. P. 735–752.
31. *Camp N.M., Stetch R.H., Marshall W.C.* Stress, Strain and Vietnam: An Annotated Bibliography of two Decades of Psychiatric and Social Sciences Literature Reflecting the Effect of the War on the American Soldier. N.Y.: Greenwood Press, 1988.
32. *Card J.* Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam Veterans // J. of Clinic. Psychol. 1987. N 3. P. 6–17.
33. *Card J.* Lives after Vietnam: The Personal Impact of Military Service. Health, Lexington, Mass., 1983.
34. *Egendorf A.N.* Healing from the war: Trauma and transformation after Vietnam. Boston, 1985.
35. *Egendorf A.N.* The postwar healing of Vietnam Veterans // Recent research. Hospital and Community Psychiatry. 1982. V. 33. P. 901–908.
36. *Egendorf A., Kadushin C., Laufer R., Rothbart G., Sloan L.* Legacies of Vietnam: Comparative adjustment of Veterans and Their Peers. N.Y.: Center for Policy Research, 1981.
37. *DeFazio V.J., Rustin S., Diamond A.* A Symptom Developed in Vietnam Era Veterans // Amer. J. of Orthopsychiatry. 1975. V. 45. P. 158–163.
38. *Figley C.R.* Psychosocial Adjustment among Vietnam Veterans: An Overview of the Research // Stress Disorder Among Vietnam Veterans / Ed. C.R. Figley. N.Y., 1978. P. 57–70.
39. *Figley C.R., Leventman S. (ed.).* Strangers at Home: Vietnam veterans since the war. N.Y., 1980.
40. *Fisher V.* Combat Exposure and the Etiology of Postdischarge Substance Abuse Problems Among Vietnam Veterans // J. of Traumatic Stress. 1991. V. 4. N 2. P. 251–277.
41. Fourth European Conference on Traumatic Stress "Psychotraumatology 1945–1995". Paris, France, May 7–11, 1995.
42. *Gabriel R.A.* No More Heroes. N.Y.: Hill and Wang, 1986.
43. *Grinker R., Spiegel J.* Men Under Stress. Philadelphia, 1945.
44. *Grunet B.R., Devine C.A., Matlob H.S.* Flashbacks after traumatic hand injuries: Prognostic Indicators // J. Hand Surgery. 1988. V. 1. P. 125–127.
45. *Haley S.A.* Treatment Implications of Post-Combat Stress Response Syndromes for Mental Health Professionals // Stress Disorder Among Vietnam Veterans / Ed. C.R. Figley. N.Y., 1978. P. 254–267.
46. *Helzer J., Robins L., Davis D.* Depressive disorder in Vietnam returnees. Washington, 1974.

47. Horowitz M.J., Solomon G.A. A prediction of delayed stress response syndromes in Vietnam veterans // *J. Social Issues*. 1975. 31(4). P. 67–80.
48. Horowitz M.J. *Stress Response Syndromes*. N.Y., 1976.
49. Horowitz M.J., Wilaer N., Alvarez W. Impact of Event Scale. A measure of subjective stress // *Psychosom. Med*. 1979. V. 41. P. 209–218.
50. Kulka R., Schlenger W., Fairbank J.A. et al. National Vietnam Veterans Readjustment Study Advance Report: Preliminary Findings from the National Survey of the Vietnam Generation. Executive Summary, V.A., Washington, D.C., 1988.
51. Lang P.J., Levin D.N., Miller G.A. et al. Fear behavior, fear imagery, and the psychophysiology of emotion: the problem of affective response integration // *J. Abnorm Psychol*. 1983. V. 92. P. 276–303.
52. Laufer R.S. War Trauma and Human Development: The Vietnam Experience // *The Trauma of War: Stress and Recovery in Vietnam Veterans* / Eds. S.M. Sonnenberg et al. Washington, 1985. P. 33–55.
53. Lomov B., Tarabrina N. *Medicina and Psychology* // *The Soviet J. of Psychiatry and Psychology Today*. 1988. V. 1. N 10. P. 5–20.
54. Marmar C.R., Spiegel D. Out of sight, but not out of mind: dissociation in acute and post-traumatic stress disorders. "Trauma, Memory and Dissociation". 10-th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. Chicago, USA, 1994. P. 13.
55. McFall M., Miles E., Marburg M., Smith D., Jensen C. An Analysis of Criteria Used by VA Clinicians to Diagnose Combat-Related PTSD // *J. of Traumatic Stress*. 1991. V. 4. N 1. P. 123–137.
56. Pitman R.K. Post-traumatic stress disorder, conditioning, and network theory // *Psychiatric Annals*. 1988. V. 18. P. 182–189.
57. Pollock D.A. Estimating the Number of Suicides Among Vietnam Veterans // *Amer. J. Psychiatry*. 1990. V. 147. N 6. P. 772–776.
58. Resnick H., Foy D.B. et al. Antisocial behavior and post-traumatic stress disorder in Vietnam Veterans // *J. of Clinical Psychology*. 1989. V. 45. N 6. P. 860–866.
59. Robins L.N., David D.H., Goodwin D.W. Drug use by U.S. Army enlisted men in Vietnam: A follow-up on their return home // *Amer. J. of Epidemiology*. 1974. V. 99. P. 235–249.
60. Spitzer R.L., Williams J.B. Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Non-patient. Version-Vietnam. N.Y.: State Psychiatric Institute, 1985.
61. Spitzer R.L., Williams J.B., Gibbon M., First M. Instruction Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID 5/1/89 Revision). N.Y.: State Psychiatric Institute, 1989.
62. Van der Kolk B., Fisler R. Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study // *J. of Traumatic Stress*. 1995. V. 8. N 4. P. 505–525.
63. Wilson J.P., Krauss G.E. Predicting PTSD among Vietnam Veterans // *Post-Traumatic Stress Disorder and the War Veteran Patient* / Ed. W.E. Kelly. N.Y., 1986. P. 102–147.