

ЧЕЛОВЕК В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

ВОЕННО-ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС: ОСОБЕННОСТИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ¹

© 1999 г. Е. О. Лазебная*, М. Е. Зеленова**

* Кандидат психологических наук, старший научный сотрудник Института психологии РАН, Москва

** Кандидат психологических наук, научный сотрудник Института психологии РАН, Москва

По результатам клинического диагностического интервью СКИД для DSM-III-R у ветеранов войны в Афганистане ($n = 121$) определялись: оценка общего уровня адаптированности по “Интегральной шкале функционирования” (FS); наличие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и другой психопатологии; основные параметры демографического, социального и профессионального статуса; особенности субъективной оценки травматического опыта и его личностных последствий. По уровню показателя FS были выделены группы “адаптированных” ($n = 37$, $FS \geq 81$) и “дезадаптированных” ($n = 25$, $FS \leq 48$) ветеранов. По всем параметрам оценка адаптационного статуса ветеранов с высоким баллом по шкале FS оказалась более высокой; при этом наличие ПТСР не являлось единственным фактором успешности посттравматической адаптации. Показано значение позитивной личностной оценки индивидуального травматического опыта для эффективного преодоления последствий психической травмы. Установлено, что характеристика адаптационного посттравматического статуса афганских ветеранов по всем показателям совпадает с его особенностями у других категорий жертв травматического стресса.

Ключевые слова: травматический психологический стресс, посттравматическая адаптация, адаптационный статус, позитивные личностные последствия психической травмы.

Целью данного исследования стало изучение особенностей адаптации участников боевых действий в Афганистане, переживших военный травматический стресс.

Травматические события, являющиеся источником экстремального психологического стресса, в общественном сознании постепенно становятся привычными фактами. Еще несколько лет назад, когда в России только начинались активные исследования в этой области, понятие “афганский” (а позднее – “чеченский”) синдром воспринималось как нечто отстраненное, не имеющее отношения к существованию большинства людей [17]. Сейчас ситуация значительно изменилась. И дело вовсе не в том, что информация о таких событиях стала более доступной. Современные исследования показывают, что уровень травматизации общества реально резко возрос.

Ситуации, связанные с воздействием экстремального стресса, встречаются все чаще, соответственно пропорционально возрастает количество тех, кто подвергался такому воздействию. Опубликованные данные позволяют представить масштабы происходящего [53]. Так, обследо-

вание рандомизированной выборки из 1245 американских подростков (Kilpatrick et al., 1995) показало, что 23% из них когда-либо были жертвами физического или сексуального насилия или его свидетелями по отношению к окружающим, а каждый пятый из этой группы страдает *посттравматическим стрессовым расстройством – ПТСР* [14, 19, 20]. Экстраполяция этих данных на американскую популяцию в целом показывает, что в США приблизительно у 1.07 млн. подростков диагностируется текущее ПТСР. Что касается взрослого населения, то 76% граждан США хотя бы один раз пережили воздействие экстремального стресса различной этиологии (Elliot & Briere, 1995). Примерно у 10% из них обнаружено ПТСР.

В свое время именно возвращение в относительно стабильное и благополучное американское общество большого числа тех, кто прошел через травматическое воздействие Вьетнамской войны (свыше 3 млн. человек) и столкновение с фактами дезадаптивного поведения в общенациональном масштабе (алкоголизм, наркомания, асоциальное и агрессивное поведение, большое число разводов и суицидов в этой популяции) [37], позволило в полной мере осознать необходимость изучения и объективной оценки последствий переживания травматического стресса.

¹ Работа выполнена при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (грант 98-7-6e/27).

Естественно, в первую очередь исследователей интересовали проблемы, связанные с проявлениями посттравматической стрессовой дезадаптации в наиболее выраженной ее форме – развитии ПТСР [24–26, 28, 33, 45]. Этим расстройством даже через 15–19 лет после окончания войны [37, 38] страдало почти полмиллиона ветеранов Вьетнама – мужчин (15.2%). Аналогичные результаты (17%) были получены и в России при обследовании экспериментальной выборки участников боевых действий в Афганистане [8].

Однако драматические последствия пережитого травматического события не ограничиваются только ПТСР. Несмотря на то что это расстройство, безусловно, самое тяжелое “наследие” травматического опыта, оно развивается все-таки у меньшинства жертв травматического стресса, при этом у 2/3 заболевших со временем исчезает [41]. Как показали многочисленные исследования последних лет, выполненные на различных посттравматических популяциях, типичный вариант развития событий даже после самого чудовищного травматического переживания – редукция первичных симптомов острой стрессовой реакции и отсутствие развития этого расстройства как такового [42]. Устойчивое сохранение в течение многих лет симптоматики, составляющей полную клиническую картину ПТСР (хроническое расстройство), – явление относительно редкое. Еще более редко встречается отсроченная форма развития ПТСР, при которой симптоматика проявляется не ранее чем через шесть месяцев после травмы.

В любой посттравматической популяции все-таки преобладают те, кто успешно преодолел негативные последствия переживания экстремального стресса и даже после участия в травматическом событии сумел получить позитивный личный опыт. Более того, травматическое воздействие в ряде случаев способствует личностному росту и повышению самоуважения, активизируя процесс переоценки ценностей и формирования новых приоритетов [41]. Это позволяет личности в посттравматическом периоде стать даже более активным субъектом жизни [2, 5, 15], чем до травмы.

К сожалению, отечественных систематических исследований в области изучения посттравматической стрессовой адаптации переживших травматический стресс практически нет, хотя их актуальность не вызывает сомнения ввиду все возрастающей общественной значимости проблемы [11, 12]. После второй мировой войны изучались в основном особенности послевоенной адаптации ветеранов, имевших различные боевые травмы, ранения (в том числе закрытые черепно-мозговые травмы) или потерявших трудоспособность из-за участия в боевых действиях [1]. Некоторые вопросы социально-психологической

адаптации и личностной переработки травматического опыта участниками боевых действий рассматривались В.В. Знаковым [9] и М.Ш. Магомед-Эминовым [13]. Ряд работ [4, 7] посвящен анализу индивидуальных стратегий выхода из травматической ситуации. В исследованиях Ю.А. Александровского [3], психологов, психиатров Министерства обороны [1, 16] и в работах, выполненных в контексте экспертизы трудоспособности инвалидов [10], прежде всего изучались клинико-диагностические аспекты проблемы. Цикл наших собственных исследований 1992–1997 гг.² также был посвящен вопросам диагностики посттравматической психопатологии и этиологии травматических стрессогенных событий.

В данной статье впервые предпринята попытка дать обобщенную характеристику посттравматического адаптационного статуса российских ветеранов боевых действий в Афганистане, сравнить полученные результаты с опубликованными данными об особенностях посттравматической стрессовой адаптации американских ветеранов войны во Вьетнаме.

МЕТОДИКА

Испытуемые. Для анализа были использованы экспериментальные данные, полученные в ходе психолого-диагностического обследования участников боевых действий в Афганистане, проводившегося в 1992–1997 гг. В обследовании принимали участие мужчины, проходившие срочную службу в действующей армии в период с 1979 по 1989 год ($n = 121$), без признаков органического поражения головного мозга, тяжелых ранений, физических травм или контузий. Средний возраст – 32 года, образование – преимущественно среднее или среднее специальное (табл. 1).

Диагностическое интервью. После предварительной беседы с каждым испытуемым проводили клиническое диагностическое интервью с использованием методики “Структурированное клиническое интервью для DSM-III-R – СКИД (SCID – Structured Clinical Interview for DSM-III-R [50]). С помощью СКИД по критериям DSM-III-R и МКБ-10 [14, 19] диагностировали психотические, аффективные и тревожные расстройства, а также алкогольную и наркотическую зависимость (или злоупотребление). Диагностику ПТСР проводили при помощи специального модуля СКИД (версия NP-V [48]) и методики “Шкала клинической диагностики ПТСР” (CAPS-1 – Clinician-Administered PTSD Scale [57]), позволяющей оценить тяжесть имеющейся посттравматической симптоматики.

Субъективную оценку тяжести индивидуального боевого опыта регистрировали с использованием методики “Шкала оценки тяжести боевого опыта” (Combat Exposure Scale – CES [35]), состоящей из 7 пятибалльных (0–4) оценочных шкал. Испытуемому предлагали оценить, насколько часто он попадал в различные боевые ситуации за период своей службы в Афганистане (шкалы 1–3 и 5); как велики были боевые потери в подразделении, в котором он служил (шкала 4); как часто он являлся свидетелем убийств или тяжелых ране-

² В рамках совместного российско-американского проекта под руководством Р. Питмана и Н. Тарабриной “Психологические и психофизиологические исследования посттравматических стрессовых состояний у лиц, переживших военный стресс”.

Таблица 1. Возраст, образование, тяжесть боевого опыта и результаты психометрической диагностики ПТСР (баллы) у адаптированных и дезадаптированных участников боевых действий

Показатели	Группа А, $FS \geq 81$, $n = 37$		Группа D, $FS \leq 48$, $n = 25$		$p \leq$
	<i>M</i>	<i>sd</i>	<i>M</i>	<i>sd</i>	
Возраст (годы)	31.16	5.99	32.16	6.85	0.56
Образование (годы)	11.68	2.26	11.4	1.98	0.61
CES: шкалы					
1-я	3.92	2.52	3.92	3.03	0.58
2-я	2.65	1.01	2.44	1.23	0.49
3-я	0.27	0.69	0.56	1.08	0.24
4-я	1.43	0.65	1.24	0.60	0.23
5-я	2.27	1.07	2.16	1.14	0.70
6-я	3.73	1.95	3.68	2.36	0.93
7-я	4.32	1.97	4.4	2.58	0.90
CAPS:					
<i>F</i> (частота)	3.05	3.53	23.72	9.82	0.001
<i>I</i> (интенсивность)	3.51	4.09	26.04	10.34	0.001
<i>T</i> (сумма <i>F</i> + <i>I</i>)	6.56	7.57	49.76	19.71	0.001
Impact of Event Scale					
<i>A</i> (избегание)	1.51	3.28	7.62	9.19	0.01
<i>I</i> (навязывание)	1.68	3.25	5.96	7.12	0.01
<i>T</i> (сумма <i>A</i> + <i>I</i>)	3.19	6.03	13.58	15.12	0.01
Mississippi Combat Scale	65.32	9.87	85.08	22.69	0.05

ний других людей (шкала 6) и сам попадал в опасные ситуации, связанные с повышенной угрозой для жизни (шкала 7).

В качестве показателя общего уровня адаптированности обследуемого использовалась оценка его состояния по критериям 90-балльной «Интегральной шкалы функционирования» СКД («Global Assessment of Functioning Scale» – *FS* [50]).

Психометрика. Использовались русскоязычные версии следующих методик: Миссисипская шкала PTSD для военных травматических событий (*Mississippi Combat PTSD Scale* [34]); Шкала оценки тяжести воздействия травматического события (*Impact of Event Scale – IOES* [30]); Опросник личностной и ситуативной тревожности Спилберга (*State-trait Anxiety Inventory* [49]); Опросник депрессивности Бека (*Beck Depression Inventory* [21]); Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (*Symptom Check List-90-Revised* [23]).

Статистика. Применялись стандартные статистические методы обработки и анализа экспериментальных данных [6].

РЕЗУЛЬТАТЫ

Психотических диагнозов в обследованной выборке установлено не было. У 20 (из 121) обследуемых (16.53%) было диагностировано *полное* текущее ПТСР. 13 чел. (10.74%) имели *частичное* текущее ПТСР (для постановки полного диагноза не хватало 1 симптома). У остальных 88 чел. (72.73%) при обследовании или совсем не было установлено наличия симптоматики текущего ПТСР, или присутствовали единичные

симптомы незначительной интенсивности и частоты проявления.

В зависимости от значения показателя *FS* были выделены две группы, различающиеся по уровню адаптированности. В группу «адаптированных» (**группа А**, $n = 37$) вошли ветераны с уровнем $FS \geq 81$ ($M + 2\sigma$; средний балл по $FS = 87.1$); в группу «дезадаптированных» (**группа D**) – 25 обследованных с показателем $FS \leq 48$ ($M - 2\sigma$, средний балл по $FS = 24.2$). Как видно из табл. 1, группы А и D не имели особых различий в возрасте, образовании, а также характере боевого опыта.

Симптоматика ПТСР в группах адаптированных и дезадаптированных участников боевых действий

Результаты клинической диагностики ПТСР представлены в табл. 2. В группе «адаптированных» 91.9% ветеранов никогда не имели посттравматической симптоматики. Частичное текущее ПТСР было выявлено у двух человек (5.4%), полное ПТСР в прошлом – у трех (8.1%). Полное текущее ПТСР не выявлено ни у одного из обследованных группы А.

В группе «дезадаптированных» полное текущее ПТСР диагностировано у 17 чел. (68%). Час-

Таблица 2. Результаты клинической диагностики по СКИД (частота встречаемости, %)

Диагноз по СКИД	Группа А, n = 37	Группа D, n = 25
Аффективные расстройства:		
а) депрессивное состояние;	0 $\chi = 17.74, p < 0.001$	40.0
б) маниакальное состояние;	0	8.0
в) дистимия	0	4.0
Тревожные расстройства (иные, чем ПТСР)	2.7 $\chi = 8.44, p < 0.007$	28.0
Злоупотребление или зависимость:		
а) алкогольная;	5.4 $\chi = 15.29, p < 0.001$	48.0
б) наркотическая	0	8.0
Никогда не имели других расстройств (иных, чем ПТСР)	94.6 $\chi = 20.27, p < 0.001$	12.0
ПТСР (текущее)		
а) полное;	0 $\chi = 34.66, p < 0.001$	68.0
б) частичное	5.4	16.0
Никогда не имели полного ПТСР	91.9 $\chi = 33.64, p < 0.001$	20.0

тичное текущее ПТСР – у четырех (16%), из которых двое имели полное ПТСР в прошлом и двое – частичное в прошлом. Никогда не имели полного диагноза ПТСР 5 чел. (20%).

Симптоматика ПТСР у ветеранов из группы D не только встречалась чаще, но и была более тяжелой, что наглядно демонстрируют два приведенных ниже примера:

1. **Обследуемый С-н** (группа D, FS = 20, диагноз ПТСР, оценка тяжести состояния по шкале CAPS T = 75). В настоящее время беспокоят постоянно повторяющиеся, навязчивые воспоминания о том, что он видел и пережил в Афганистане, неприятные сновидения о войне: *“...бред какой-то, все перекручено, проснешься и начинаешь все по новой анализировать, сижу на кухне и уже не заснешь, с рассветом легче становится; раньше, когда только вернулся, воевал по ночам, кричал, отдавал команды”*. Избегает любых ситуаций, которые могут напомнить о войне: *“...новости стараюсь не слушать – выключаю телевизор, газеты не читаю, с ребятами не встречаюсь; когда вернулся – очень любил петь под гитару афганские песни, сейчас гитару забросил, вот уже года 2–3”*. Когда что-то напоминает об Афганистане и возникают тяжелые картины и воспоминания, старается заняться чем-то по дому, делает уборку, идет в магазин за покупками, чтобы была какая-нибудь физическая нагрузка: *“...избавиться от воспоминаний невозможно, последнее время стало хуже”*. За последние годы отмечает потерю интереса ко всему, что раньше привлекало. Часто испытывает ощущение отстраненности, отделенности от других людей, даже близких. Иногда бывают затруднения с воспоминаниями о том, что было в Афганистане. Очень часто появляется ощущение неспособности испытывать положительные эмоции: *“...словно схоронил все чувства”*. Часто возникает состояние повышенной настороженности, ожидание чего-то плохого, даже когда для этого явных причин нет.

Особенно это состояние беспокоит, когда остается дома один; в метро всегда оценивает ситуацию, пассажиров, чтобы быть готовым в случае каких-либо экстремальных событий. Всегда реагирует на громкий, неожиданный звук, например телефонный звонок, – раньше подпрыгивал, сейчас только вздрагивает. В ситуациях, когда что-то напоминает об Афганистане, начинает волноваться, иногда плачет. В настоящее время сильно страдает от бессонницы, раздражительности, вспышек гнева, которые часто сопровождаются разбрасыванием вещей, битьем посуды. Иногда в гневе может ударить жену; потом очень сожалеет, раскаивается, но предотвратить подобное поведение не в состоянии. Часто испытывает трудности с сосредоточением внимания, нередко бывает так, что не слышит, о чем говорит жена, окружающие; периодически ловит себя на том, что не следит за развитием сюжета в книге или телевизионной программы.

2. **Обследуемый К-в** (группа А, FS = 85, оценка тяжести состояния по шкале CAPS T = 6). В течение полутора лет после Афганистана снились сны о том, что происходило во время службы – как жили в палатке, обстрелы, как учился стрелять, как разговаривали и пели песни с ребятами в свободное время; самый неприятный сон – о том, как *“...второй раз забирают в армию и ты летишь на самолете”* – периодически повторяется. Любые напоминания об Афганистане, особенно в дни годовщины, раньше вызывали тяжелые переживания, усиленное сердцебиение. В настоящее время также не любит вспоминать о том, что видел в Афганистане; когда начинают расспрашивать, то старается избегать разговоров на эти темы.

В среднем по группе А значительно более низкой (почти в восемь раз) была как индивидуальная частота проявления, так и интенсивность симптомов ПТСР, определенная по шкале CAPS-1 (см. табл. 1). В меньшей степени в этой группе выражены симптомы навязывания и избегания (по

Таблица 3. Результаты психометрического обследования адаптированных и дезадаптированных участников боевых действий (баллы)

Показатели	Группа А, n = 37		Группа D, n = 25		p<
	M	sd	M	sd	
Beck Depression	3.89	3.69	13.79	9.08	0.001
SCL-90-R					
som	0.32	0.40	0.91	0.57	0.001
o-c	0.31	0.34	1.08	0.70	0.001
int	0.40	0.37	1.14	0.68	0.001
dep	0.28	0.28	0.97	0.59	0.001
anx	0.22	0.25	1.1	0.94	0.001
hos	0.32	0.32	1.16	0.62	0.001
phob	0.15	0.26	0.7	0.85	0.01
par	0.35	0.33	0.88	0.66	0.01
psy	0.12	0.20	0.58	0.55	0.01
доп	0.25	0.38	0.89	0.25	0.001
GSI (усредненный индекс)	0.26	0.26	0.94	0.49	0.001
Шкала Спилбергера					
а) Ситуативная тр.	35.54	6.53	43.78	8.96	0.01
б) Личностная тр.	37.14	8.27	49.0	9.11	0.001

шкале IOES), а также значительно более благоприятны результаты по Миссисипской шкале.

Симптоматика других психопатологических нарушений

В группе А никаких аффективных расстройств диагностировано не было (табл. 2). В группе D 40% ветеранов страдали депрессией, у 8% отмечались маниакальные состояния, у 4% – дистимия. Тревожные расстройства (паническое, фобии, текущая генерализованная тревожность, обсессивно-компульсивные и психосоматические) у участников боевых действий с низким уровнем функционирования встречались почти в 10 раз чаще, чем в группе А ($\chi = 8.44, p < 0.007$).

Зависимость от алкоголя или злоупотребление им отмечались у 48% обследованных в группе D и у 5.4% в группе А. Случаев наркотической зависимости или злоупотребления в группе А не установлено. В группе D у двух ветеранов были проблемы с наркотиками. В целом, каких-либо психопатологических отклонений, отличных от ПТСР, в группе А не имели 35 чел., а в группе D – только трое.

Как правило, в группе D аффективные и тревожные расстройства, а также расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, являлись сопутствующими диагнозами по отношению к ПТСР. Так, только у одного из дезадаптированных ветеранов с диагнозом “Полное те-

кущее ПТСР” не было диагностировано других расстройств.

Картина психопатологического неблагополучия в группе дезадаптированных ветеранов дополняется данными психологического обследования, приведенными в табл. 3. В группе D значительно (и статистически значимо) более неблагоприятными, чем в группе А, были все изучавшиеся психометрические показатели.

Особенности социального статуса адаптированных и дезадаптированных ветеранов

Как видно из табл. 4, значимые различия между группами адаптированных и дезадаптированных ветеранов наблюдаются только по показателю “наличие работы”. В группе А совсем нет тех, кто не имеет работы, а в группе D на момент обследования постоянно работали только 72% испытуемых. Социально-бытовые условия в обеих группах были приблизительно равными, за исключением несколько более частого проживания обследованных из группы D в коммунальных квартирах.

Особенности субъективной оценки факторов личностного неблагополучия

В ходе интервью обследуемым задавали вопрос о том, какие жизненные обстоятельства и

личные проблемы в данный момент их беспокоят больше всего. Полученные результаты приведены в табл. 5. В группе А хотя бы одну жалобу имели 46%, а в группе D – 96% обследованных. Наиболее часто дезадаптированных ветеранов беспокоили проблемы, касающиеся состояния здоровья в целом (24%), повышенной нервозности, раздражительности, нарушений сна и подавленности (56%), а также материального обеспечения семьи (16%). Обследуемые из группы D по поводу состояния здоровья в два раза чаще обращались к специалистам. Для 12% из них актуальной и значимой субъективной проблемой являлись конфликты в семье и проблемы, связанные с собственным алкоголизмом.

Особенности субъективной оценки факта пребывания в Афганистане и его личностных последствий

В табл. 6 отражены результаты субъективной оценки обследуемыми как собственно факта пребывания в Афганистане и полученного там индивидуального жизненного опыта, так и характера личностных изменений после этого события.

59.5% обследованных из группы хорошо адаптированных участников боевых действий оценили свое пребывание в Афганистане в целом как позитивное жизненное событие, а 16.2% – как негативное и имевшее в дальнейшем для них тяжелые последствия. 9 чел. (24.3%) из группы А пребыванию в Афганистане дали нейтральную оценку (“обычное, рядовое событие”, “не могу оценить”, “среднее событие, никак на меня не повлияло” и т.п.).

В качестве примера позитивной оценки приведем высказывание обследуемого А-ва ($FS = 90$): “Афганистан – это здорово! Особенно отношения между людьми были замечательными. Когда вернулся, очень хотел обратно, сейчас уже семья, дети, а тогда опять поехал бы туда с удовольствием”. Негативную оценку можно проиллюстрировать словами обследуемого Ж-на ($FS = 81$): “Самое тяжелое событие в жизни – Афганистан, он оказал на меня очень тяжелое влияние, я там повидал много и здоровье потерял”.

Среди адаптированных ветеранов, давших позитивную оценку своему пребыванию в Афганистане, 48.6% в ходе интервью отметили, что за это время приобрели полезный жизненный опыт (“там было настоящее дело”, “научился общаться с людьми”, “помогает реально относиться к жизни”, “помогает ценить человеческую жизнь” и т.п.). 18.9% из них наряду с полезным отметили и негативные стороны личного афганского опыта (“дедовщина”, “ухудшилось здоровье”, “лучше бы такого опыта не было, ненавижу тех, кто туда послал” и т.п.), считая его лишним в своей жизни.

Таблица 4. Социальный статус адаптированных и дезадаптированных участников боевых действий (частота встречаемости, %)

Показатели	Группа А n = 37	Группа D n = 25
1. Семейное положение		
а. Никогда не был женат	5.4	4
б. Женат, первый брак	81.1	68
в. Разведен	2.7	8
г. Разведен, повторный брак	8.1	20
д. Вдовец, повторный брак	2.7	0
2. Имеют постоянную работу	100	72
	$\chi^2 = 11.95, p < 0.001$	
3. Количество детей		
а. Нет детей	16.2	32
б. Один ребенок	46.0	48
в. Два ребенка	37.8	20
4. Наличие жилья		
а. Отдельное жилье	59.5	64
б. Живет с родственниками	35.1	24
в. Комната в коммунальной квартире	5.4	12

Таблица 5. Характер актуальных субъективных проблем в группах адаптированных и дезадаптированных участников боевых действий (частота встречаемости, %)

Проблема	Группа А n = 37	Группа D n = 25
1. Здоровье	10.8	24
Никогда не обращался к специалистам	83.8	40
2. Нервозность, раздражительность, нарушения сна, апатия	2.7	56
3. Финансовая, обеспечение семьи	10.8	16
4. Конфликты в семье	5.4	12
5. Конфликты на работе	2.7	0
6. Жилищные условия	8.1	8
7. Неудовлетворенность жизнью, отсутствие будущего, потеря доверия к людям	2.7	4
8. Нестабильность в обществе	2.7	0
9. Проблемы с детьми	5.4	0
10. Проблемы из-за алкоголизма	0	12
11. Проблемы, связанные с общением	2.7	4
Наличие жалоб на момент обследования (имеют хотя бы одну жалобу)	46	96
	$\chi^2 = 16.65, p < 0.001$	

Таблица 6. Различия в субъективной оценке факта пребывания в Афганистане и его личностных последствий в группах А и D (частота встречаемости, %)

Показатели	Обобщенная позитивная оценка		Обобщенная негативная оценка	
	A	D	A	D
Всего обследованных	59.5 $\chi = 7.58$	24.0 $p < 0.01$	16.2 $\chi = 17.15$	68.0 $p < 0.001$
С диагнозом ПТСР				
текущее	0 $\chi = 8.1$	20.0 $p < 0.01$	0 $\chi = 17.74$	40.0 $p < 0.001$
в прошлом	5.4	20.0	2.7 $\chi = 18.46$	48.0 $p < 0.001$
Личный афганский опыт				
полезный	48.6 $\chi = 3.81$	24.0 $p < 0.05$	10.8	12.0
вредный	18.9	8.0	13.5 $\chi = 7.21$	44.0 $p < 0.01$
Личностная измененность				
позитивная	21.6	16.0	2.7	0
негативная	0	0	0 $\chi = 19.56$	44.0 $p < 0.001$

В группе D позитивно оценили свое участие в военных действиях 24% ветеранов. Так, обследуемый З-в ($FS = 20$, тяжелое ПТСР) был уверен в том, что "...страшного ничего нет. Мужиком стал – теперь больше оказываю внимания родителям и близким, могу защитить любого...". Негативную оценку дали 68% обследованных (С-й: "...изменился очень, полоса чернющая, никакого позитива..."; С-н: "...отрицательное событие, ближе к самым плохим, до сих пор влияет ... мешает жить..."), нейтральную – 8%.

В подгруппе дезадаптированных ветеранов, давших обобщенную позитивную оценку пребывания в Афганистане, 24% рассматривают свой афганский опыт как "полезный" и 8% – как "вредный". Среди тех, кто дал негативную обобщенную оценку, большинство считали свой личный афганский опыт "вредным и тяжелым" (44%).

В целом, в группе А оценивших свое пребывание в Афганистане как позитивное жизненное событие оказалось значительно больше ($\chi = 14.68$, $p < 0.001$), чем давших негативную оценку. Среди дезадаптированных ветеранов значимо больше было рассматривающих свою службу в Афганистане как негативное событие ($\chi = 9.74$, $p < 0.01$). При этом среди тех, кто дал позитивную оценку в группе D, количество страдавших ПТСР оказалось в два раза меньше, чем в подгруппе дезадаптированных ветеранов с негативной оценкой своего прошлого опыта.

Одним из известных последствий переживания травматического события является ощущение личностной измененности у его участников: "Я

стал другим". Как видно из табл. 6, ни один из 17 дезадаптированных обследованных ветеранов в подгруппе с негативной оценкой афганского периода жизни не отмечал у себя наличия позитивной личностной измененности, а 11 чел. (44%) заявили, что они стали хуже ("после Афганистана чувствую себя отбросом общества", "если бы не Афганистан, я бы не был таким, как сейчас – резко изменился в плохую сторону" и т.д.).

В группе А один человек с общим негативным отношением к пребыванию в Афганистане отметил, что изменился в лучшую сторону: "Афганистан – самое тяжелое событие, но после него я стал опытнее, стал осознавать многое, чего раньше не понимал". При этом в подгруппе с обобщенной позитивной оценкой прошлого опыта говорили о положительных изменениях ("ощутил себя личностью", "почувствовал себя мужчиной", "повзрослел", "понял, что я могу то, чего другие не могут" и т.п.) 21.6% адаптированных ветеранов и 16% дезадаптированных. В этой подгруппе также не было ни одного из обследованных (ни из группы А, ни из группы D), кто чувствовал себя изменившимся в худшую сторону.

ОБСУЖДЕНИЕ

Большинство исследований в области изучения посттравматической адаптации проводятся по методической схеме, предполагающей сравнение состояния травмированной и не травмированной популяций в целом или изучение популяционных выборок тех, кто страдает ПТСР

в тяжелой форме. В нашей работе была впервые предпринята попытка провести сравнительный анализ не по факторам “травматизирован – не травматизирован” или “травматизированные с ПТСР и без ПТСР”. В данном случае сравнивался адаптационный статус лиц, полностью адаптировавшихся к существованию с приобретенным травматическим опытом, и дезадаптированных жертв военного травматического стресса (как страдающих ПТСР, так и без этого диагноза).

Анализ литературных данных показал, что процесс посттравматической адаптации многомерен, затрагивает все сферы человеческого бытия (от социальной до биологической) и не сводится только к развитию ПТСР [41]. В целом, характеристика адаптационного статуса посттравматических популяций складывается из оценок, полученных по четырем основным векторным шкалам [24, 26, 28, 33, 37, 38]. *Первое* направление анализа – оценка распространенности среди данной популяции диагноза ПТСР и другой психопатологии, а также общего состояния здоровья (шкала “здоровье – болезнь”). *Второе* – оценка по шкале “успешность – не успешность” профессионального функционирования или функционирования в сфере образования. *Третье* – оценка успешности функционирования в сфере социальных контактов (в том числе семейных отношений) и выраженность в данной популяции асоциальных проявлений. *Четвертое* (не последнее по значимости) – оценка выраженности после травмы негативных или позитивных личностных изменений, поскольку посттравматическая стрессовая адаптация – это прежде всего “интрапсихический” процесс [18].

Проанализировав по данной схеме особенности посттравматического адаптационного статуса адаптированных и дезадаптированных ветеранов войны в Афганистане, мы можем сделать вывод о том, что основные закономерности их посттравматической адаптации в целом совпадают с данными других исследований.

Распространенность диагноза ПТСР и другой психопатологии. Общее состояние здоровья. В группе дезадаптированных афганских ветеранов с низким баллом по шкале функционирования частота встречаемости ПТСР или его отдельных симптомов была более высокой, чем в группе с высоким баллом по шкале FS. Отсутствие случаев полного ПТСР в группе хорошо адаптированных и более чем шестнадцатикратное превышение количества случаев ПТСР и частичного ПТСР в группе D позволяют сделать вывод о том, что негативное влияние симптоматики ПТСР является основным фактором посттравматической дезадаптации у ветеранов Афганистана. Такой вывод полностью согласуется с данными по вьетнамским ветеранам, полученными

ми в ходе общенационального исследования NVVRS [37]. Тогда впервые была доказана строгая зависимость между ПТСР и послевоенной дезадаптацией ветеранов: наличие симптоматики ПТСР увеличивает вероятность возникновения других проблем в процессе посттравматической адаптации.

Однако в нашем исследовании нашел подтверждение и тот факт, что *проблемы, связанные с посттравматической адаптацией, не исчерпываются развитием в посттравматическом периоде полного или частичного ПТСР*. Среди обследованных нами дезадаптированных ветеранов 20% никогда не имели полного расстройства, а интенсивность и частота проявления отдельных симптомов ПТСР у них были относительно невысокими (в среднем по 15 баллов по шкале CAPS). Вместе с тем в этой группе значительно чаще, чем у адаптированных, встречались другие аффективные и тревожные расстройства, а также случаи алкоголизма и наркоманий.

Повышенный уровень выраженности среди дезадаптированных афганских ветеранов психопатологии, отличной от ПТСР, в нашем исследовании подтверждается результатами психометрической диагностики. По всем изучавшимся показателям (депрессивности, тревожности, параноидальности, психотизма, соматизации и т.д. – см. табл. 3) были получены статистически значимые различия между группами с высоким и низким интегральными показателями уровня функционирования. При этом в группе дезадаптированных ветеранов отмечался и очень высокий уровень личностной тревожности.

Такая картина полностью соответствует данным предыдущих исследований, показавших, что лонгитюдные последствия воздействия травмы включают развитие не только симптоматики ПТСР, но и других расстройств, которые встречаются даже чаще, чем ПТСР [36, 38, 40, 41, 44]. Так, изучение рандомизированной популяции австралийских ветеранов Тихоокеанского театра военных действий во время второй мировой войны показало, что 71% “тихоокеанских” ветеранов страдал депрессиями, генерализованной тревожностью и алкоголизмом [52]. У тех, кто воевал в других регионах, этот процент был значительно ниже – 46%, однако выше, чем средняя частота популяционной встречаемости ПТСР (15–20%). В исследовании на генерализованной выборке (3000 чел., Калифорния) Бурнам с соавт. [22] обнаружили, что у жертв сексуального насилия вдвое чаще, чем у обследуемых без травматического опыта, диагностировались депрессия, фобии и алкогольная или наркотическая зависимость (злоупотребление).

Сравнительное изучение генерализованных выборок вьетнамских ветеранов и жертв стихий-

ных бедствий [28] показало, что хотя наиболее распространенным диагнозом в обеих выборках было ПТСР (у 29% ветеранов и 25% жертв стихийных бедствий), однако только менее чем у 6% посттравматическое расстройство не сопровождалось другой психопатологией (депрессией, фобиями и генерализованной тревожностью).

Что касается общего состояния здоровья, то дезадаптированные ветераны в два раза чаще обращались к специалистам по поводу ухудшения здоровья, а жалобы на его потерю после Афганистана являлись основной актуальной личностной проблемой для большего числа обследованных из группы D, чем в группе A. Именно потеря здоровья воспринималась большинством из них как одно из самых негативных последствий пребывания в зоне боевых действий, хотя никто из наших обследованных не получил на войне серьезных ранений. В целом, *посттравматический адаптационный статус у дезадаптированных ветеранов по шкале "здоровье – болезнь" имеет гораздо более низкую оценку, чем у хорошо адаптированных.*

Успешность профессионального функционирования. Именно неблагополучие в профессиональной сфере (28% безработных в группе D и их отсутствие в группе A) в нашем исследовании оказалось наиболее значимым показателем, характеризовавшим различия между группами адаптированных и дезадаптированных ветеранов по их социальному статусу, что опять-таки полностью согласуется с ранее опубликованными данными.

Так, вьетнамские ветераны после возвращения оказались в менее благоприятном положении в различных областях образования и социальных отношений, чем те, кто не воевал [38]. При этом 31% ветеранов с диагнозом "ПТСР" дополнительно имел и диагноз "Антисоциальное личностное расстройство" по критериям DSM-III-R (antisocial personality disorder) [28, 38]. Бывшим узникам концлагерей периода второй мировой войны также была свойственна более низкая стабильность профессиональной жизни. Они чаще меняли место работы, жительства и род занятий, чем те, кто не имел травматического опыта [25]. Среди бывших узников 25% (в норме – 4%) являлись мало-квалифицированными и низкооплачиваемыми работниками. Исследование [55], выполненное на популяции переживших промышленные катастрофы, показало, что и в этой группе чаще встречались серьезные проблемы с работой и профессиональным функционированием, чем в норме, а также чаще отмечались нарушения межличностного взаимодействия в разных сферах.

Успешность функционирования в сфере социальных контактов. Снижение уровня социальной адаптированности – наиболее очевидное для окружающих последствие психической травмы. Среди вьетнамских ветеранов значительно чаще,

чем у других социальных групп населения, наблюдаются различные формы дезадаптивного поведения, такие, как алкоголизм, наркомания, склонность к совершению асоциальных поступков и актов насилия. Также часты случаи проявления аутоагрессивного поведения, включая суицидальные действия [29, 47]. 73% ветеранов Вьетнама, страдающих ПТСР, имеют проблемы с алкоголем и наркотиками на уровне злоупотребления [38]. Жертвы травматического стресса в большей степени, чем другие, нуждаются в тесных контактах с окружающими, но при этом они чаще остальных сталкиваются с проблемами в сфере межличностного взаимодействия и оказываются неспособными поддерживать близкие отношения. Среди них отмечается наибольший процент разводов, они чаще попадают в конфликтные ситуации и с большими трудностями справляются с ними. Очень часто из-за нарушений в коммуникационной сфере пережившие травматический стресс избегают обращаться за помощью [9, 28, 37, 39, 40].

Последствия психической травмы в своей наиболее злокачественной форме (хронический ПТСР с интенсивной симптоматикой) прямо связаны с тяжелыми проблемами, которые присущи наиболее неблагополучным социальным группам. Так, лонгитюдное сравнение двух клинических выборок – больных с ПТСР и другими тревожными расстройствами – показало, что в группе с ПТСР гораздо выше процент лиц с отклонениями в социальном функционировании и очень низким качеством жизни [54]. Установлено [43], что ПТСР было одним из наиболее распространенных психиатрических расстройств среди бездомных, развившихся у них до того, как они стали бездомными. Травматический опыт насилия и ПТСР имелись и у подавляющего большинства австралийских женщин-заточенных до того, как они попали в тюрьму, – эти факторы значимо повлияли на их криминализацию [41]. 59% случаев взаимосвязи между предшествующим ПТСР и наркотической зависимостью выявлено у пациентов наркологической клиники в исследовании [27].

Нами получены аналогичные результаты при сравнении групп адаптированных и дезадаптированных после психической травмы участников боевых действий. В целом уровень функционирования в сфере социальных контактов у дезадаптированных афганских ветеранов оказался ниже. Среди них наблюдался более высокий уровень алкоголизации, случаи наркотической зависимости, больше разводов и меньшее количество вступивших в брак, а также чаще встречались семьи, в которых не было детей, и реже – семьи с двумя детьми.

Посттравматическая личностная измененность. После психической травмы для субъекта меняются не столько внешние обстоятельства

жизни, к которым надо заново приспосабливаться, сколько его собственный внутренний мир [7, 13]. Под воздействием травмы происходят изменения в когнитивных моделях существования [31, 32, 36, 46], которые на субъективном уровне находят свое отражение в возникновении ощущения *личностной измененности*, а также в особенностях личностной оценки пережитого травматического события как индивидуального жизненно-го опыта.

Переживание экстремального стресса не всегда ведет к негативным для личности последствиям. В ряде случаев оно способствует личностному росту и повышению самоуважения, что в свою очередь во многом помогает успешно выйти из травматической ситуации. После психической травмы обычно начинается процесс переоценки индивидуальных ценностей и приоритетов [4, 7, 13, 31, 32, 41]; при этом возникшее ощущение "я стал другим" может приобрести как позитивную, так и негативную окраску. В то же время преобладание сниженной самооценки, ощущений типа "я стал хуже, чем был до того", как правило, свидетельствует о неблагоприятном характере посттравматической адаптации [7, 13, 39].

Определенная часть участников травматических событий склонна также воспринимать полученный травматический опыт в целом как оказывающий положительное влияние на их дальнейшую жизнь [56]. По результатам опроса жертв травматического стресса различной этиологии были выделены три категории возможной позитивной субъективной оценки последствий переживания травматического опыта [51]. Это – изменения в самовосприятии и самооценке ("стал более сильным", "появились новые возможности", "знаю, чего стою"), во взаимоотношениях с окружающими, в общей философии жизни.

Полученные нами результаты показали, что и среди популяции афганских ветеранов *определенная часть как хорошо адаптированных, так и дезадаптированных обследованных склонна оценивать свое пребывание в Афганистане как очень значительное позитивное событие в жизни*, однако среди хорошо адаптированных позитивное отношение к афганскому опыту в целом встречалось в несколько раз чаще. Как в группе А, так и в группе D среди ветеранов, считавших факт пребывания в Афганистане "яркой и светлой" страницей своей жизни, преобладала позитивная оценка личностной измененности после того, как они побывали в зоне боевых действий, и мнение, что там ими был приобретен жизненный опыт. Среди тех, кто в целом воспринимал свое пребывание в Афганистане резко негативно, преобладали дезадаптированные ветераны с ПТСР. В этой подгруппе в основном *личный опыт, приобретенный за время службы, оцени-*

вался как вредный и мешающий жить, а характер личностных изменений после возвращения к мирной жизни свидетельствовал о снижении самооценки в посттравматическом периоде. У хорошо адаптированных даже при резко отрицательном отношении к своему участию в боевых действиях в Афганистане негативные личностные последствия оказались не столь выраженными.

Завершая обсуждение, еще раз подчеркнем, что трудности адаптации после пережитой психической травмы не следует связывать только с развитием посттравматического стрессового расстройства. Не исчерпываются они и неблагоприятным воздействием его симптоматики. Даже те жертвы травматического стресса, у которых в последующем расстройство не развивается, могут оказаться дезадаптированными в процессе посттравматической адаптации. Известно, что успешное преодоление негативных последствий переживания травматических событий зависит от уровня активности субъекта посттравматической адаптации и его способности к реализации оптимальных стратегий выхода из кризисной ситуации. Однако глубинные психологические механизмы позитивного варианта посттравматического развития личности остаются практически не изученными. Это направление представляется нам наиболее перспективным для дальнейших исследований в данной области.

ВЫВОДЫ

Сравнительное изучение особенностей посттравматического адаптационного статуса адаптированных и дезадаптированных участников боевых действий в Афганистане, подвергавшихся воздействию экстремального военного стресса, показало, что:

1. Обследованная выборка афганских ветеранов ($n = 121$) имеет неоднородный посттравматический адаптационный статус, определенный по критериям DSM-III-R. Высокому адаптационному статусу соответствует средний балл FS, равный 87.1, а низкому – 24.2 балла. Характеристика адаптационного статуса дезадаптированных афганских ветеранов в целом совпадает с описанием адаптационного посттравматического статуса других жертв травматического стресса (американские ветераны войны во Вьетнаме, жертвы насилия над личностью, жертвы стихийных бедствий и катастроф и т.д.).

2. Адаптированные и дезадаптированные ветераны боевых действий различаются по основным параметрам оценки адаптационного статуса. Показатели успешности функционирования профессионального и в социальной сфере, общего состояния здоровья, изменений в самовосприятии и самооценке в посттравматическом периоде ока-

зались более благоприятными в группе хорошо адаптированных ветеранов. При этом случаев ПТСР среди адаптированных ветеранов в нашем исследовании не было установлено, а отдельные симптомы расстройства в этой группе не отличались высокой интенсивностью.

3. Развитие ПТСР является важным, но не единственным фактором, определяющим посттравматический адаптационный статус участников боевых действий. Не все обследованные ветераны с низким баллом по шкале FS страдали ПТСР, и не все ветераны с диагнозом ПТСР, участвовавшие в данном обследовании, имели настолько низкий уровень функционирования в посттравматическом периоде, чтобы быть отнесенными к группе дезадаптированных.

4. Травматический опыт не всегда однозначно воспринимается как негативный теми, кто пережил экстремальный стресс. Определенная часть как адаптированных, так и дезадаптированных ветеранов оценивала свое пребывание в Афганистане как очень значительное позитивное событие в жизни, однако среди хорошо адаптированных позитивное отношение к афганскому опыту в целом встречалось в несколько раз чаще. Среди тех, кто воспринимал свой афганский опыт резко негативно, преобладали дезадаптированные ветераны с ПТСР, характеризующиеся сниженной самооценкой. У хорошо адаптированных даже при отрицательном отношении к своему участию в боевых действиях в Афганистане негативные личностные последствия не были столь выраженными.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдурахманов Р.А. Психологические проблемы послевоенной адаптации ветеранов Афганистана // Психол. журн. 1992. Т. 13. № 1. С. 131–134.
2. Абдулханова-Славская К.А. Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Ростов н/Д.: Феникс, 1997.
4. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психол. журн. 1994. Т. 15. № 1. С. 3–18.
5. Брушлинский А.В. Субъект: мышление, учение, воображение. М., 1996.
6. Гласс Д., Стенли Д. Статистические методы в педагогике и психологии. М., 1976.
7. Ениколопов С.Н. Три образующие картины мира // Модели мира. М.: РАИИ, 1997. С. 35–40.
8. Зеленова М.Е., Лазебная Е.О., Тарабрина Н.В. Психологические особенности посттравматических стрессовых состояний у участников войны в Афганистане // Психол. журн. 1997. Т. 18. № 2. С. 34–49.
9. Знаков В.В. Психологические причины непонимания "афганцев" в межличностном общении // Психол. журн. 1990. Т. 11. № 2. С. 99–108.
10. 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.
11. Лазебная Е.О. Психологические последствия психической травмы как фактор травматизации общества. Посттравматический и поствоенный стресс // Проблемы реабилитации и социальной адаптации участников чрезвычайных ситуаций: междисциплинарный подход: Материалы конференции. Пермь, 1988. С. 24–25.
12. Лазебная Е.О. Индивидуально-психологические и социальные последствия переживания травматического стресса // Эволюция ионосферы. Кто мы в современном мире: Материалы международной конференции. М., 1999 (в печати).
13. Магомед-Эминов М.Ш. Личность и экстремальная жизненная ситуация // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14, Психология. 1996. № 4. С. 26–35.
14. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Женева–СПб., 1995.
15. Рубинштейн С.Л. Проблемы общей психологии. М., 1976.
16. Съедин С.И., Абдурахманов Р.А. Психологические последствия воздействия боевой обстановки. М., 1992.
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. Шапкин С.А., Дикая Л.Г. Деятельность в особых условиях: компонентный анализ структуры и стратегий адаптации // Психол. журн. 1996. Т. 17. № 1. С. 19–34.
19. American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statistics: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 3, revised. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1987.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
21. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J.E., Erbaugh J. An inventory for measuring depression // Archives of General Psychiatry. 1961. V. 4. P. 561–571.
22. Burnam M.A., Stein J.A., Golding J.M. et al. Sexual assault and mental disorders in a community population // J. Consulting and Clinical Psychology. 1988. V. 56. P. 843–850.
23. Derogatis L.R. SCL-90-R: Administration, Scoring and Procedures Manual-II for the R (revised) Version // Towsen M.D. Clinical Psychometric Research. 1983.
24. Egendorf A.N. Healing from the war: Trauma and transformation after Vietnam. Boston, 1985.

25. *Eitinger L., Strom A.* Mortality and morbidity after excessive stress: A follow-up investigation of Norwegian concentration camp survivors. N.Y.: Humanities Press, 1973.
26. *Figley C.R., Leventman S. (ed.)* Strangers at Home: Vietnam veterans since the war. N.Y., 1980.
27. *Fullilove M.T., Fullilove R.E. et al.* Violence, trauma and PTSD among women drug users // *J. of Traumatic Stress*. 1993. V. 6. P. 533-543.
28. *Green B.L.* Psychosocial research in Traumatic Stress: an update // *J. of Traumatic Stress*. 1994. V. 7. № 3. P. 341-361.
29. *Hendlin H., Haas A.P.* Suicide and Guilt as Manifestation of PTSD in Vietnam Combat Veterans // *J. Psychiatry*. 1991. V. 148. № 5. P. 586-591.
30. *Horowitz M., Wilner N., Alvarez W.* Impact of event scale: a measure of subjective stress // *Psychosomatic Medicine*. 1979. V. 1. P. 209-218.
31. *Janoff-Bulman R.* Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct // *Social Cogn.* 1989. V. 7. № 2. P. 113-136.
32. *Jasnoff-Bulman R.* The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions // *Trauma and its Wake* / Ed. C.R. Figley. N.Y.: Brunner-Mazel, 1985.
33. *Laufer R.S.* War Trauma and Human Development: The Viet Nam Experience // *The Trauma of War: Stress and Recovery in Viet Nam Veterans* / Eds. S.M. Sonnenberg et al. Washington, 1985. P. 33-55.
34. *Keane T.M., Caddell J.M., Taylor K.L.* Mississippi Scale for Combat-related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. V. 56. P. 85-90.
35. *Keane T.M., Fairbank J.A., Caddell J.M. et al.* Clinical evaluation of a measure to assess combat exposure. Psychological Assessment // *J. of Consulting and Clinical Psychology*. 1989. V. 1. P. 53-55.
36. *Koss M.P., Goodman L.A., Fitzgerald L.F. et al.* No safe haven: male violence against women at home, work and in the community. Washington: APA, 1994.
37. *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.
38. *Kulka R., Schlenger W., Fairbank J.A. et al.* Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. N.Y.: Brunner-Mazel, 1990.
39. *Lyons J.A.* Strategies for assessing the Potential for Positive Adjustment Following Trauma // *J. of Traumatic Stress*. 1991. V. 4. № 1. P. 93-111.
40. *McFarlane A.C., van der Kolk B.A.* Trauma and its Challenge to society // *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society* / Ed. by B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth. N.Y., London: The Guilford Press, 1996. V. 596. P. 24-47.
41. *McFarlane A.C., Yehuda R.* Resilience, vulnerability, and the Course of Posttraumatic Reactions // *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society* / Ed. by B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth. N.Y., London: The Guilford Press, 1996. V. 596. P. 155-181.
42. *McFarlane A.C., de Girolamo G.* The nature of traumatic stressors and the epidemiology of posttraumatic reactions // *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society* / Ed. by B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth. N.Y., London: The Guilford Press, 1996. V. 596. P. 129-155.
43. *North C.S., Smith E.M.* PTSD among homeless men and women // *Hospital and Community Psychiatry*. 1992. V. 43. № 10. P. 1010-1016.
44. *Orner R.J.* PTSD and European war veterans // *British J. Clinical Psychology*. 1992. V. 31. P. 387-403.
45. *Pitman R.K.* Post-traumatic stress disorder, conditioning, and network theory // *Psychiatric Annals*. 1988. V. 18. P. 182-189.
46. *Resick P.A.* The psychological impact of rape // *J. Interpersonal Violence*. 1993. V. 8. P. 223-255.
47. *Saunders B., Villeponteaux L. et al.* Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women // *J. Interpersonal Violence*. 1992. V. 7. P. 189-204.
48. *Spitzer R.L., Williams J.B.* Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Non-patient. Version-Vietnam. N.Y.: State Psychiatric Institute, 1985.
49. *Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E.* Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (self-evaluation questionnaire). Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1970.
50. *Spitzer R.L., Williams J.B.W., Gibbon M., First M.B.* Structured Clinical Interview for DSM-III-R. Washington: APA, 1990.
51. *Tedeschi R.G., Calhoun L.G.* The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma // *J. of Traumatic Stress*. 1996. V. 9. № 3. P. 455-471.
52. *Tennant C.C., Goulston K., Dent O.* Medical and psychiatric consequences of being a prisoner of war of the Japanese: An Australian follow-up study. *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. N.Y.: Plenum Press, 1993.
53. *Van der Kolk B.A., McFarlane A.C.* The black hole of trauma // *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society* / Ed. by van der B.A. Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth. N.Y., London: The Guilford Press, 1996. V. 596. P. 3-23.
54. *Warshae M.G., Fierman E., Pratt L. et al.* Quality of life and dissociation in anxiety disorder patients with histories of trauma or PTSD // *American J. of Psychiatry*. 1993. V. 150. № 10. P. 1512-1516.
55. *Weisaeth L.* A study of behavioral responses to an industrial disaster // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1989. V. 80 (355). P. 13-24.
56. *Wolfe J., Keane T.M., Kaloupek D.G. et al.* Patterns of positive readjustment in Vietnam Combat Veterans // *J. of Traumatic Stress*. 1993. V. 6. № 3. P. 179-193.
57. *Weathers F.W., Litz B.T.* Psychometric properties of the Clinical Administered PTSD Scale, CAPS-1 // *PTSD Research Quarterly*. 1994. V. 5 (2). P. 2-6.

WAR TRAUMATIC STRESS: PECULIARITIES OF POSTTRAUMATIC READJUSTMENT OF COMBAT VETERANS

E. O. Lazebnaya*, M. E. Zelenova**

* *Cand. sci. (psychology), sen. res. ass., IP RAS, Moscow*

** *Cand. sci. (psychology), res. ass., IP RAS, Moscow*

The level of overall adjustment assessed by "Global Assessment of Functioning Scale" (FS), the features of posttraumatic stress disorder (PTSD) and other psychopathology, the information about the demographic, social and professional status, the peculiarities of subjective evaluation of posttraumatic experience and its consequences in personality were revealed by "Structured clinical diagnostical interview" – SCID for DSM-III-R. The FS scoring has provided the separation of the veterans into two groups – "adjusted" ($n = 37$, $FS \geq 81$) and "maladjusted" ($n = 25$, $FS \leq 48$) persons. The estimation of individual readjustment in veterans with high FS ratings was accordingly higher on all parameters than in veterans with low FS ratings. Moreover the PTSD symptoms were not the only factor of successful posttraumatic readjustment. The significance of positive subjective evaluation of individual traumatic experience of personality for the effective coping with consequences of mental trauma has been confirmed. It was established that the estimation of posttraumatic status in Afghan war veterans is coincided with the peculiarities of it in other categories of victims of traumatic stress.

Key words: traumatic psychological stress, posttraumatic readjustment, adaptive status, personality consequences of psychological trauma.

ИНЖЕНЕРНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ ТРУДА

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЦВЕТОВОГО КОДИРОВАНИЯ НА МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ДИСПЛЕЯХ

© 1999 г. **А. Н. Боярский***, **В. В. Лапа****, **А. А. Обознов*****

* Науч. сотрудник Гос. НИИ авиакосмической медицины, Москва

** Доктор мед. наук, профессор, ведущий науч. сотрудник того же ин-та

*** Канд. психол. наук, ст. научный сотрудник, ИП РАН

Рассматриваются результаты экспериментального исследования эффективности цветового кодирования сигналов, отображаемых на многофункциональном дисплее. Установлено, что использование цвета в качестве дополнительной категории кодирования по-разному соотносится с качеством профессиональных задач. Повышение результативности наблюдалось лишь в усложненных условиях приема и переработки информации, в том числе при ограниченном резерве времени, высокой плотности символов, их небольшой различимости между собой по форме и размеру. Полученные результаты связываются с различными проявлениями избыточности психического образа.

Ключевые слова: цветовое кодирование, зрительный поиск, зрительное опознание, многофункциональные дисплеи, операторская деятельность, психический образ.

При проектировании сложных эргатических систем широкое применение находят многофункциональные дисплеи (на базе моно- и полихроматических электронно-лучевых трубок, жидких кристаллов), позволяющие отображать информацию практически в любом объеме и виде. Данное обстоятельство определяет постоянный интерес разработчиков к выбору оптимальных способов индикации многомерных сигналов, включая их цветовое кодирование.

Согласно экспериментальным данным, накопленным в инженерной психологии, информация о цвете в процессе восприятия человеком-оператором многомерных сигналов воспринимается раньше, чем их ахроматические признаки [5, 11]. Считается, что восприятие цвета осуществляется автоматически, без сознательного контроля [1] и параллельно по всему информационному полю, тогда как ахроматические сигналы последовательно [13]. Высказывается предположение, что в задачах информационного поиска заданного тест-объекта цвет является доминирующим опорным признаком на первичном этапе обработки многомерных сигналов и обеспечивает зрительное выделение лишь тех символов, которые идентичны или близки тест-объекту по цвету [3]. Приведенные данные можно рассматривать в качестве аргументов в пользу цветового кодирования перед ахроматическим.

Анализ исследований по вопросу эффективности использования цветового кодирования на авиационных дисплеях показал, что добавление

цвета к ахроматическим кодирующим признакам далеко не всегда приводило к улучшению показателей качества профессиональной деятельности, хотя операторы оценивали многоцветный дисплей по сравнению с монохроматическим как не только более “привлекательный и эстетичный”, но и субъективно облегчавший решение выполнявшихся ими задач [6]. Поэтому с точки зрения повышения качества деятельности указанное преимущество цветового кодирования перед ахроматическим следует рассматривать как потенциальное, реализация которого опосредуется влиянием ряда разнопорядковых факторов, в том числе возможностями зрительного анализатора человека, содержанием решаемых им задач, характеристиками информационного поля, условиями внешней среды, техническими параметрами дисплеев по воспроизведению цвета и другими [8, 10, 14]. Необходимо учитывать и взаимоотношение знаков внутри алфавита по признаку сходства-различия [9].

Неоднозначность влияния цветового кодирования на показатели качества операторской деятельности определяет актуальность проведения исследований для обоснования цветового кодирования на многофункциональных дисплеях.

По литературным сведениям, цветовое кодирование на дисплеях наиболее эффективно при его использовании в различительной, отличительной, сигнальной и группирующей функциях [12]. В различительной функции цвет используется для улучшения различимости символов меж-