**Военный травматический стресс**

Естественно, в первую очередь исследователей интересовали проблемы, связанные с проявлениями посттравматической стрессовой дезадаптации в наиболее выраженной ее форме – развития 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 [I]. 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 [З], 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. 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 (и = 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"*. С помощью СКИД по критериям 05М-Ш-К 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 NР-V* [48]) и методики *«Шкала клинической диагностики ПТСР»*, позволяющей оценить тяжесть имеющейся посттравматической симптоматики.

Субъективную оценку тяжести индивидуального боевого опыта регистрировали с использованием методики *«Шкала оценки тяжести боевого опыта*, 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-

«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».

В качестве показателя общего уровня адаптированности обследуемого использовалась оценка его состояния по критериям 90-балльной *«Интегральной шкалы функционирования»*

**Психометрика.** Использовались русскоязычные версии следующих методик: Миссисипская шкала РТ50 для военных травматических событий; Шкала оценки тяжести воздействия травматического события; Опросник личностной и ситуативной тревожности Спилбергера; Опросник депрессивности Века; Опросник выраженности психопатологической симптоматики 5СБ-90-К.

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

**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. (7–2.73%) 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 *Р8* были выделены две группы, различающиеся по уровню адаптированности. В группу «адаптированных» **(группа *А,*** *п* = 37) вошли ветераны с уровнем *Р8>.» 1* (М+ 2о; средний балл по *Р8 =* 87.1); в группу «дезадаптированных» **(группа *О)*** *– 25* обследованных с показателем *Р8* < 48 (М – 2о, средний балл по *Р8 =* 24.2). Как видно из табл. 1, группы *А* и Д 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%). Частичное 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 *О* не только встречалась чаще, но и была более тяжелой, что наглядно демонстрируют два приведенных ниже примера:

**1. Обследуемый С-н** (группа *О, Р5 =* 20, диагноз ПТСР, оценка тяжести состояния по шкале САР5 Г= 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 ситуации, 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, Р8 =* 85, оценка тяжести состояния по шкале САР5 Г= 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 годовщин, 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 САР5–1 (см. табл. 1). В меньшей степени в этой группе выражены симптомы навязывания и избегания (по шкале ЮЕ8), 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 *О* 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* (^ *=* 8.44, *р <* 0.007).

Зависимость от алкоголя или злоупотребление им отмечались у 48% обследованных в группе ^ и у 5.4% в группе *А.* Случаев наркотической зависимости или злоупотребления в группе А не установлено. В группе *В* 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 *О –* только трое.

Как правило, в группе *О* 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 текущее ПТСР» не было диагностировано других расстройств.

Картина психопатологического неблагополучия в группе дезадаптированных ветеранов дополняется данными психологического обследования, приведенными в табл. 3. В группе *О* 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 *О* 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 *О* 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 *О –* 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 *О* 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 *(Р8* = 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 *(Р8 =* 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 («дедовгцина», «ухудшилось здоровье», «лучше бы такого опыта не было, ненавижу тех, кто туда послал» и т.п.), считая его лишним в своей жизни.

В группе позитивно оценили свое участие в военных действиях 24% ветеранов. Так, обследуемый 3-в *(Р8* = 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 (/ = 14.68, *р <* 0.001), чем давших негативную оценку. Среди дезадаптированных ветеранов значимо больше было рассматривающих свою службу в Афганистане как негативное событие (^ = 9.74, *р <* 0.01). При этом среди тех, кто дал позитивную оценку в группе *^,* 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 *О),* кто чувствовал себя изменившимся в худшую сторону.

**Обсуждение**

Большинство исследований в области изучения посттравматической адаптации проводятся по методической схеме, предполагающей сравнение состояния травматизированной и не травматизированной 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 дезадаптиреванных 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 Р8.* Отсутствие случаев полного ПТСР в группе хорошо адаптированных и более чем шестнадцатикратное превышение количества случаев ПТСР и частичного ПТСР в группе *О* 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 в ходе общенационального исследования МУУКЗ [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 САР5). Вместе с тем в этой группе значительно чаще, чем у адаптированных, встречались другие аффективные и тревожные расстройства, а также случаи алкоголизма и наркомании.

Повышенный уровень выраженности среди дезадаптированных афганских ветеранов психопатологии, отличной от ПТСР, в нашем исследовании подтверждается результатами психометрической диагностики. По всем изучавшимся показателям (депрессивности, тревожности, па-раноидальности, 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 стихийных 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, чем в группе А. 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 ^ и их отсутствие в группе *А) 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 В8М-Ш-К. 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 малоквалифицированными 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-заключенных 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.