

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА (ПТСР) У ОСУЖДЕННЫХ МУЖЧИН

Р. М. Масагутов, В. Л. Юлдашев, Р. М. Тамеева

*Башкирский государственный медицинский университет,
кафедра психиатрии и наркологии с курсом ИПО, Уфа*

Показатели распространенности ПТСР в контингентах лиц, переживших экстремальные ситуации, в литературе колеблются от 10% у свидетелей события до 95% среди тяжело пострадавших (3). Результаты недавних исследований показали, что от 39% до 70% граждан подвергаются травматическим стрессовым событиям в мирное время, наибольшую часть которых составляют тяжкие правонарушения (5, 8). С другой стороны, распространенность психологической травмы и посттравматического стрессового расстройства довольно высока среди уголовных преступников (9). Предлагается много объяснений связи психической травматизации и преступности (4). В частности, ПТСР сочетается с враждебностью, депрессией, а также со злоупотреблением алкоголем (7); сочетание этих факторов значительно повышает риск совершения правонарушений. Ранее в литературе были описаны разные клинические варианты ПТСР у пострадавших в общей популяции (1, 2), а также у детей (10). Большая часть популяции осужденных мужчин имеет весьма значимые, с точки зрения условий возникновения и специфики стрессовых расстройств, особенности: 1) длительную историю виктимизации и психотравматизации в раннем детском периоде; 2) длительный опыт психической травматизации, связанной с рискованным образом жизни и опасными для жизни ситуациями, характерными для криминального и аддиктивного поведения; 3) раннюю интериоризацию ценностей криминальной субкультуры, ориентированной на насилие; 4) высокую распространенность психических коморбидных расстройств; 5) низкий уровень интеллектуального развития и слабые адаптационные возможности, в том числе сопротивляемость психологическому стрессу; 6) высокий риск повторной психической травматизации в условиях заключения, напрямую связанный с субкультурой насилия и неформальной социальной иерархией в среде заключенных. Исходя из изложенного выше, **цель** данного исследования заключалась в разработке клинической типологии ПТСР у осужденных мужчин.

Материал и методы исследования

Объектом исследования стали 179 заключенных мужчин, отбывающих уголовное наказание в ИК строгого режима г.Салавата (Республика Башкортостан), отобранных рандомизированным способом. Возраст мужчин колебался от 19 до 51 года; средний возраст – 28,38 лет (SD=6,90). Сроки осуждения варьировали от 1 года до 25 лет; средний срок осуждения – 8,85 лет (SD=3,79). Квалификация психического состояния осужденных и распределение их в группы сравнения производились в ходе индивидуального клинического обследования, с использованием диагностических критериев ПТСР по МКБ-10 и DSM-IV. В ходе предварительного анализа выяснилось, что из 179 заключенных у 95 (53%) наблюдались те или иные симптомы ПТСР. Из них у 18 чел. (19%) ПТСР имело «развернутую» клиническую картину. У 77 человек (81%) заболевание отмечалось в субклинической форме, поскольку включало лишь единичные, хотя и типичные, симптомы ПТСР. Исходя из цели исследования, детальному психопатологическому анализу были подвергнуты только те осужденные, которые страдали ПТСР в степени клинической выраженности (n=18), поскольку наличие лишь отдельных симптомов ПТСР не позволяло дать оценку конкретной клинической форме данного расстройства.

Результаты и обсуждение

Клинико-психопатологический анализ позволил выделить две основных группы ПТСР – с типичной (8 чел.) и атипичной картиной болезни (10 чел.).

1. Типичная картина ПТСР ограничивалась основными кластерами симптомов ПТСР – вторжения, избегания и физиологической гиперреактивности. Спектр психопатологических проявлений не выходил за рамки тревожного расстройства, поскольку преобладающим эмоциональным фоном было выраженное чувство тревоги, страха, внутреннего беспокойства, настороженности. Именно этим типом аффекта определялись как первичные, так и вторичные симптомы. Первичные симптомы прояв-

лялись в виде повторного переживания травмы и гиперреактивности, что сопровождалось усилением тревоги. Вторичные симптомы в виде избегающего травматических стимулов поведения были направлены на снижение или предотвращение тревожного аффекта. Как правило, типичная картина ПТСР наблюдалась у лиц, характеризовавшихся в преморбиде относительным благополучием, как в социально-бытовой сфере, так и в смысле психического здоровья. Большинство правонарушений имели однократный или случайный характер; в генезе противоправного поведения основную роль играла конкретная ситуация. У таких осужденных картина ПТСР развивалась, как правило, после травматических событий, не связанных с криминальным поведением осужденного, его арестом или пребыванием в местах лишения свободы. Большинство этих осужденных (6 из 8 чел.) имели многолетнюю историю ПТСР еще до ареста. Как правило, пребывание в ИК не влияло в значительной степени на течение и проявления ПТСР у таких осужденных. Можно сказать, что симптомы ПТСР имели «инкапсулированный» характер, с монотонным, однообразным течением, без выраженной ситуативной вариативности и психогенных наслоений.

2. Атипичная картина ПТСР в популяции осужденных была связана с наличием преморбидных и коморбидных психических расстройств. Из них в детско-подростковом периоде чаще наблюдались оппозиционно-вызывающее расстройство, синдром гиперактивности и дефицита внимания, расстройство социального поведения. Коморбидные психические расстройства взрослого периода чаще включали злоупотребление и зависимость от психоактивных веществ, психогении, реже – расстройства личности, резидуально-органические и текущие органические расстройства с неврозоподобной симптоматикой, эпилепсию. Таким образом, предшествующая или коморбидная психическая патология могли играть роль патопластического фактора, видоизменяющего клиническую картину ПТСР, а в ряде случаев – «перекрывающего» его типичные симптомы. Атипичная картина ПТСР наблюдалась в виде следующих вариантов: «диссоциативного» (2 чел.), «психотического» (1 чел.), «соматизированного» (4 чел.), «агрессивно-враждебного» (3 чел.). Выделение перечисленных вариантов происходило в соответствии с содержательным и динамическим принципом: атипичные симптомы должны непосредственно отражать травматическое событие или последующие травматические стимулы, либо быть следствием основных симптомов ПТСР.

В настоящее время в литературе обсуждается вопрос о соотношении травматической диссоциации и ПТСР. В частности, неясно, является ли диссоциация частью нормального спектра личностных характеристик или же, скорее, маркером психопатологии. Согласно DSM-IV, состояние травматической диссоциации типично для острого периода

стрессовой реакции (протяженностью менее 1 мес. после травматического стресса). Однако, как показали наши наблюдения, диссоциативные симптомы в ряде случаев имеют затяжной (до 6 мес.) или хронический характер, будучи тесно увязанными с основными (сквозными) симптомами ПТСР как по содержанию, так и в динамике. Диссоциативные симптомы (например, в виде деперсонализации или дереализации) возникали, как правило, при воздействии травматических стимулов, отражающих специфику психической травмы, лежащей в основе развития ПТСР. В ряде случаев диссоциативная реакция закреплялась в результате «травматической фиксации», периодически возобновляясь по типу реакции «клише» в ответ на травматические стимулы. При этом состоянии диссоциации продолжало выполняться функция психологической защиты, снижая деструктивный потенциал повторного аффекта паники или страха, связанного с оживлением в памяти травматических событий.

Как ранее указывали другие авторы (6), среди ветеранов войны во Вьетнаме, страдающих ПТСР, от 30% до 40% имели психотические симптомы в отсутствие коморбидных психотических состояний, таких как шизофрения или биполярное расстройство. По нашим наблюдениям, психотические симптомы (например, в виде иллюзий и галлюцинаций) также отражали содержание психической травмы или ее прямых следствий. Психотические «включения» были близки по механизму возникновения к непроизвольным вспышкам воспоминаний («flash-backs»), классическому симптому ПТСР. Однако, в отличие от «флэшбэков», они представляли собой более глубокий уровень нарушения психики, с вовлечением не только мнестических процессов, но и восприятия.

Соматизация являлась обычно непосредственным эффектом усиления тревоги при воздействии травматических стимулов, возникая на поздних этапах течения ПТСР, либо хронифицировалась изначально, по механизму «травматической фиксации». Этот вариант атипичного ПТСР включал в себя соматический компонент панических атак, хронические соматоформные проявления в виде сенестопатий, астеновегетативный синдром.

Агрессивность или враждебность заметно преобладали в паттерне поведения некоторых больных ПТСР. Как правило, повышенная агрессивность являлась симптомом «гиперреактивности», как утрированное проявление настороженности и повышенной бдительности. Кроме того, агрессивность выражалась в виде реакции гнева на травматический стимул. При этом провоцирующими факторами выступали специфические условия пенитенциарных учреждений, связанные с иерархическими взаимоотношениями заключенных.

Необходимо отметить, что у значительной части осужденных, страдающих ПТСР, наблюдались также отчетливые признаки коморбидных психических расстройств – тяжелой и умеренно выраженной

депрессии, нарушения пищевого поведения, психического и поведенческого регресса в виде утраты или значительного угасания потребностей морально-эстетического порядка. Однако между ПТСР и указанными психическими расстройствами имелись существенные различия. Во-первых, при большом депрессивном эпизоде или дистимии в психопатологическом спектре преобладал аффект тоски, подавленности. Во-вторых, отмечалось несоответствие динамики течения и исхода коморбидных расстройств и ПТСР. В-третьих, наблюдалась различная степень вариативности в зависимости от внешних обстоятельств. Перечисленные различия не позволяли рассматривать вышеуказанные коморбидные расстройства в качестве атипичных клинических форм ПТСР. В то же время, учитывая малую выборку (18 больных ПТСР), можно предположить наличие, кроме выделенных нами четырех вариантов данного расстройства, и других его подтипов, специфичных для популяции осужденных мужчин. В частности, хорошо известно, что среди

заключенных наблюдается высокая распространенность психической травматизации в результате сексуального насилия; столь же высока латентность этого явления. Специфика психической травмы сексуального характера, по всей вероятности, не исключает и клинического своеобразия связанных стрессовых расстройств. Наконец, как отмечалось ранее (2), посттравматическое стрессовое расстройство является сложным «транснозографическим образованием», психопатологическая картина которого полиморфна и мозаична. В наших наблюдениях, несмотря на преобладание той или иной симптоматики, каждый атипичный вариант ПТСР включал в себя элементы и других его форм.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о клиническом своеобразии протекания посттравматических стрессовых расстройств в популяции осужденных мужчин, что необходимо учитывать при разработке специальных программ по медико-психологической реабилитации этого контингента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрищенко А.В. // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – № 4. – С. 16–19.
2. Волошин В.М. // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – № 4. – С. 26–30.
3. Ротштейн В.Г. Посттравматический стрессовый синдром // Руководство по психиатрии / Под ред. А.С.Тиганова. – М., 1999. – Т. 2. – С. 517–527.
4. Baker C. // A National Center for PTSD Fact Sheet. – 2003.
5. Breslau N., Davis G.C., Andreski P. et al. // Arch. Gen. Psychiatry. – 1991. – Vol. 48. – P. 216–222.
6. David D., Kutcher G.S., Jackson E.I. et al. // J. Clin. Psychiatry. – 1999. – Vol. 60. – P. 29–32.
7. Friedman M.J., Schnurr P.P. The relationship between trauma, PTSD, and physical health // Neurobiological and clinical consequences of stress: from normal adaptation to PTSD / M.J.Friedman, D.C.Charney, A.Y.Deutch (Eds.). – Philadelphia: Lippincott-Raven, 1995. – P. 507–524.
8. Norris F.H. // J. Consul. Clin. Psychology. – 1992. – N 60. – P. 409–418.
9. Spitzer C., Dudeck M., Liss H. et al. // J. Forensic Psychiatry. – 2001. – Vol. 12(1). – P. 63–67.
10. Terr L.C. // Am. J. Psychiatry. – 1991. – Vol. 148. – P.10–20.