

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ КРИМИНАЛЬНОЙ АГРЕССИИ У ВЕТЕРАНОВ ЛОКАЛЬНЫХ ВОЙН

Г. А. Фастовцов, А. М. Резник, О. Ф. Савина, В. Г. Василевский

ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского,
Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, Москва

Психогенез военного времени представляют собой один из важнейших источников посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) в популяции (6). Высокая распространность и особое положение психических нарушений у ветеранов войн привели к тому, что в отечественных и зарубежных исследованиях все чаще используются понятия «боевой психической травмы» (war-induced psychic trauma) и «боевого посттравматического стрессового расстройства» (combat-related PTSD) (2, 5, 9). Клинические проявления боевых стрессовых расстройств имеют необычайное разнообразие и охватывают все регистры психической патологии от предболезненных отклонений до психозов (1, 2). Очень часто клинической манифестации болезни предшествует длительный период субклинических изменений, которые включают лишь отдельные симптомы, свойственные ПТСР (8, 11), или довольно однородные характерологические трансформации, не достигающие уровня выраженного расстройства личности (2, 3). Даже при «подпороговом» уровне выраженности («subthreshold PTSD»), подобные изменения подчас заметно влияют на социальную адаптацию и качество жизни ветеранов войн (4, 7, 8). Мало того, наличие стрессовых расстройств и, особенно, личностных изменений делает ветеранов уязвимыми к новым неблагоприятным психотравмирующим условиям. Причем нажитые характерологические особенности ведут к однотипному агрессивному реагированию в условиях психологического конфликта.

Поэтому целью настоящего исследования стало изучение особенностей психических расстройств у ветеранов локальных войн, оказавших влияние на проявление криминальной агрессии.

В связи с поставленной целью выполнение работы было направлено на решение следующих задач:

– определить предпосылки развития психических расстройств и непосредственные условия возникновения острых реакций на стресс, сопровождающихся криминальной агрессией;

– изучить клинические особенности психических расстройств у ветеранов войн, совершивших гетероагgressивные общественно-опасные действия;

– определить влияние структуры и тяжести психических нарушений на способность сознательной регуляции поведения.

Материал и методы исследования

Для решения поставленных задач нами было проведено клинико-психопатологическое и экспериментально-психологическое исследование 174 мужчин-ветеранов локальных войн в возрасте от 22 до 43 лет (средний возраст 31 год), совершивших гетероагgressивные действия в ситуации межличностного конфликта и обнаруживающих признаки боевого ПТСР. Время, прошедшее после прекращения прямого воздействия боевых стрессоров до момента совершения правонарушения составляло от 1 до 8 лет. В этот период ни один из обследованных никогда самостоятельно по поводу каких-либо психических нарушений к врачам не обращался. После возвращения из «горячей точки» и до совершения правонарушения родственники и знакомые психически больными их не считали, хотя и отмечали новые черты характера и изменения в поведении. Во всех случаях правонарушения осуществлялись в связи с остро возникшим психологическим межличностным конфликтом или на фоне его относительно длительного нарастания.

Результаты исследования

Продолжительность воздействия боевого стресса у обследованных ветеранов составляла от 5 месяцев до полутора лет, в среднем – около 10 месяцев. Почти все вошедшие в группу обследования (163 чел. – 93,7%) являлись непосредственными участниками боев, 114 (65,5%) участвовали в боевых столкновениях с противником неоднократно, 71 человек (40,8%) участвовали в боях, которые отличались особой жестокостью и кровопролитностью. 39 ветеранов (22,4%) сообщали, что им при-

ходилось участвовать в ближнем или рукопашном боюх. По данным имеющейся медицинской документации 66 (37,9%) обследованных получали боевые ранения и травмы, в том числе 40 (23%) – черепно-мозговые травмы. Подавляющее большинство (158 чел. – 90,8%) указывали на то, что они были свидетелями боевых ранений или гибели сослуживцев. Среди субъективно наиболее значимых боевых стрессоров ветеранами назывались самые разные травмирующие обстоятельства и тяготы войны. Так, 95 человек (54,6%) называли гибель или ранение товарищей, 64 (36,8%) – переживание угрозы для собственной жизни, 43 (24,7%) – собственные ранения и травмы, 71 (40,8%) – ошибки командования или неудачи федеральных войск, 44 (25,3%) – сильное психическое утомление.

Большинство обследованных (114 чел. – 65,5%) инкриминируемые им деяния совершили в ближайшие 3 года после воздействия боевых стрессоров. Это косвенно свидетельствует о максимальной выраженности гипервозбудимости в первые годы после перенесенного психического стресса, снижении остроты симптомов ПТСР по прошествии нескольких лет и наступлении у большинства ветеранов адаптации в мирной среде.

Непосредственной причиной агрессивных действий обследованных ветеранов служило то, что значимая для их личности психотравмирующая ситуация (подчас для окружающих кажущаяся малозначимым конфликтом) ассоциировалась с жизнедеятельностью опасными ситуациями боевой обстановки или эмоционально насыщенным противостоянием. У ветеранов в этих обстоятельствах легко развивались острые реакции на стресс, подобные тем, что наблюдаются в условиях воздействия боевых стрессоров (2).

С учётом особенностей клинико-феноменологического оформления острых реакций на стресс (ОРС) и в зависимости от характера изменения сознания в момент совершения агрессивных криминальных действий все наблюдавшиеся ветераны были разделены на пять групп. Из них первые три объединены наличием транзиторных психотических расстройств, две другие группы включали лиц, не имевших в момент совершения общественно опасного действия признаков психоза:

1) больные с эпизодами сумеречного помрачения сознания, при которых пусковым механизмом явился интоксикационный фактор, как правило, алкогольное опьянение (по типу патологического просоночного состояния, патологического опьянения, сумеречного состояния сознания вне рамок психической болезни) – 24 (13,8%);

2) пациенты с эпизодами сумеречного помрачения сознания, видимым пусковым механизмом которых являлись психические травмы (по типу патологического аффекта, реакции короткого замыкания) – 23 (13,2%);

3) больные с бредовым изменением сознания (острыми параноидными состояниями), развившимися в результате сочетанного воздействия внешних факторов (психогенных и интоксикационных) – 32 (18,4%);

4) обследуемые с ОСР непсихотического регистра, у которых облигатная и факультативная симптоматика ПТСР оказывала существенное влияние на психическое состояние в момент инкриминируемых деяний и ограничивала способность в полной мере осознавать фактический характер своих действий, их общественную опасность либо руководить ими – 51 (29,3%);

5) лица, у которых облигатная симптоматика ПТСР не оказывала влияния на психическое состояние в момент инкриминируемых деяний и не ограничивала способность в полной мере осознавать фактический характер своих действий, их общественную опасность либо руководить ими – 68 (39,1%).

Почвой для возникновения ОРС служили основные и факультативные симптомы боевого посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Данные, полученные при обследовании значительного числа участников и ветеранов войн (2), а также на материале проведённых судебно-психиатрических экспертиз, свидетельствуют, что в каждом конкретном случае реальная клиническая картина боевого ПТСР может быть гораздо богаче и сложнее, чем это показано в рубрике F43.1 МКБ-10. Многообразие проявлений ПТСР в несколько большей степени отражает соответствующая диагностическая рубрика американской классификации DSM-IV. Однако клиническая характеристика и ценность для экспертной оценки различных симптомов ПТСР требует уточнения. Кроме того, наряду с присутствием признаков ПТСР, у всех обследованных нами ветеранов отмечался ряд общих черт и множество индивидуальных оттенков личностной трансформации, многие из которых представлены в МКБ-10 среди диагностических критериев рубрики F62.0 – «Хроническое изменение личности после переживания экстремальной ситуации».

Например, такой часто упоминающийся признак ПТСР как повторяющиеся переживания (непроизвольные воспоминания о пережитом, стереотипные кошмарные сновидения военной тематики) признавали у себя 131 (75,3%) обследованных. У 34 человек (19,5%) приходилось наблюдать яркие явления «вторжения», проявлявшиеся в виде застывших, многократно повторяющихся, ярких, чувственно насыщенных визуализированных представлений, репродуцирующих закрепившиеся в памяти эпизоды войны. Такие расстройства сопровождались тягостными эмоциональными переживаниями: тревогой, подавленным настроением, иногда страхом развития душевной болезни. Нередко сенсорно насыщенные эхомнезии в момент своего появления оказывали влияние на поведение комбатантов, которые импульсивно совершали привычные оборонительные действия.

Другой симптом ПТСР – «избегание обстоятельств, напоминающих либо ассоциирующихся со стрессом» у 117 человек (67,2%) проявлялся, например, отказом смотреть телерепортажи из районов боевых действий или читать о войне. Свое нежелание вспоминать о войне или каких-либо ее эпизодах при расспросе признавали всего 56 человек (32,2%). Ветераны, как правило, неохотно рассказывали о своем участии в боевых действиях, давали довольно краткие ответы на вопросы, имеющие непосредственное касательство обстоятельств уголовного дела. Иногда характер ответов ветеранов позволял предполагать сложность вербализации травмирующих впечатлений. Также весьма затрудненным оказывалось и словесное описание переживаний и мотивов собственных поступков на период инкриминируемого деяния. Причем отрывочные высказывания испытуемых порой было трудно и даже невозможно уложить в общепринятую феноменологию психических расстройств.

Не менее характерной особенностью лиц, переживших длительный травмирующий стресс, являлось сужение спектра эмоциональных проявлений. 37 (21,3%) обследованных признавали, что утратили интерес к увлечениям и занятиям, которые нравились до участия в войне. Ту и ли иную степень отчужденности от окружающих и ослабления эмоций признавали 78 человек (44,8%). Порой сужение диапазона эмоциональных реакций выражалось преобладанием переживаний отрицательного полюса (тоски, тревоги, злобы). Такого рода проблемы признавали у себя 58 обследованных (33,3%), близкие или сослуживцы обследованных отмечали признаки подобных расстройств еще в 21 случае (12,1%). Многие ветераны (151 чел. – 86,8%) признавали частое возникновение у них раздражения, злости и даже неконтролируемой ярости в ответ на незначительные неприятности или трудности в быту.

Готовность к импульсивному защитному реагированию на угрозу в виде избегания либо агрессии в отношении источника опасности оказалась общей для всех обследованных. Враждебность проявлялась в ответ на стиль поведения, кажущийся им неприемлемым. В частности, типичными были легко возникающие реакции раздражения в случае даже незначительного или мнимого ущемления прав или отказа в помощи. Склонность к бурному эмоциональному реагированию на безадресные обидные высказывания посторонних отмечали у себя 37 человек (21,3%). Вспышки сдерживаемой ярости или проявления гнева в ответ на требования родственников или начальства признавало большинство обследованных – 116 человек (66,7%). 59 (33,9%) отмечали, что стали более требовательными к себе и окружающим, менее терпимыми к обидам и несправедливости. На появление чрезмерной возбудимости после возвращения из зоны боевых действий указывали родственники и знакомые 95 (54,6%) обследованных ветеранов.

Реакции тревоги и эмоциональные реакции возбуждения, по нашим наблюдениям, у ветеранов встречаются гораздо чаще и, подчас, в большей мере влияют на поведение и социальную адаптацию, чем проявления «интрузии». С другой стороны, в развитии острых реакций эмоционального возбуждения, повлекших за собой криминальную агрессию, в 125 наблюдениях (71,8%) удавалось различить всплески образных воспоминаний о войне, которые могут становиться причиной высвобождения боевых навыков, легко проявляющихся в гетероагgressивных действиях.

Преступления против личности обследованными комбатантами совершались на фоне стресс-индированных реакций, когда оппонент конфликта приобретал черты непримиримого противника. Реальная ситуация оценивалась комбатантами искаженно как угрожающая (по типу когнитивной ошибки), непроприально ассоциируясь с боевым опытом. Иногда этому способствовала репродукция образных воспоминаний по типу уже упоминавшихся эхомнезий. Поэтому по мере развития конфликтной ситуации наблюдалась быстрая эскалация эмоционального напряжения, а в момент эмоционального разряда действия принимали стереотипный характер и воспроизводили приобретенные на войне боевые навыки. Подчас имело место полное переключение на выполнение «автоматизированных» действий. В разной степени это прослеживалось в 108 (62%) случаях ОД. Причем наличие повторяющихся автоматизированных действий было отмечено почти во всех случаях, когда правонарушение совершалось ветеранами в состоянии психоза или на фоне непсихотических стрессовых расстройств, которые по заключению комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы ограничивали способность в полной мере осознавать фактический характер своих действий, их общественную опасность либо руководить ими.

Криминальная агрессия комбатантов своими проявлениями не вполне укладывалась в стандартную картину физиологического аффекта или иных эмоциональных реакций. Период деликта часто протекал более длительно, сопровождаясь сменой операционного состава деятельности в соответствии с отработанными профессиональными навыками (например, использованием характерных приемов рукопашного боя, уклонением от опасных действий пострадавшего). После содеянного вместо астении в 42 случаях (24,1%) возникала мобилизация ресурсов для продолжения эффективного функционирования с формальной ориентацией во внешних условиях и кажущейся целесообразностью поведения, что выражалось бегством с места происшествия.

Следует особенно отметить, что возникновение острых эмоциональных реакций с проявлением агрессивного поведения провоцировалось алкогольным опьянением, которое изначально было направлено на снятие имевшегося эмоционального напряжения, но нередко наоборот вызывало или

усиливало дисфорию и подозрительность. Так, 43 ветерана (24,7%) совершили преступления в состоянии алкогольного опьянения, а склонность к раздражительности и конфликтам в состоянии алкогольного опьянения до совершения инкриминируемого деяния признавали больные или отмечали посторонние в 55 (31,6%) случаях.

У всех обследованных в той или иной мере отмечалась деформация, нарушение структуры ведущих мотивов и ценностей. Однако это не были признаки какого-то «нравственного снижения» или «деградации». Морально-этические представления у ветеранов приобретали иное смысловое наполнение. Более того, в некоторых вопросах нравственные требования к себе и другим у ветеранов приобретали характер моральной ригидности. Это проявлялось в поляризации оценок, жестком разделении различных жизненных ситуаций, конкретных людей и даже групп населения на вызывающих позитивное или резко негативное отношение. Шкала нравственных оценок подчас приобретала двойичный характер: «наш – чужой», «друг – враг». Поэтому суждения и представления ветеранов имели костный, негибкий характер. Реалистичность и дифференцированность в оценке внешних обстоятельств снижалась. Оценки людей и поведение строились и закреплялись в значительной мере благодаря поддержке со стороны референтной группы таких же комбатантов. Общено нормативные требования, не прошедшие, по их мнению, проверку на истинность в боевой ситуации, в повседневной жизни могли легко игнорироваться.

Собственные субъективные представления и даже очевидные изменения личности стеничного полюса почти всегда воспринимались комбатантами в качестве позитивных. Категоричность, нетерпимость и даже асоциальное поведение воспринимались как проявления принципиальности, бескомпромиссности, приверженности значимым, сформировавшимся в условиях боевых действий и общим с другими боевыми товарищами ценностям. В частности, все обследованные среди приобретенных на войне позитивных свойств характера называли решительность, уверенность в себе, твердость характера, требовательность к себе и другим. Напротив, такое качество как терпимость к недостаткам других людей, называли лишь восемь обследованных (4,6%). Кроме того, как основная часть обследованных данной группы (127 чел. – 73%), так и вообще большинство ветеранов войн признавали допустимость и эффективность применения силы в условиях конфликта. Причем спектр ситуаций, когда возможным является враждебное поведение и силовое решение проблемы, мог быть весьма широким – от тяжелого оскорблении или прямой угрозы физическому благополучию близких до обидных слов, услышанных в городском транспорте или магазине.

Представленные общие психологические закономерности в каждом отдельном случае проявляют-

ся сугубо индивидуально, что зависит от изначально присущих личности особенностей и конкретного содержания психотравмирующих обстоятельств. Однако система ценностных образований ветеранов становится действительным регулятором разных сторон их деятельности, оказывает существенное влияние на возникновение и проявление реакций эмоционального возбуждения, в частности облегчая реализацию агрессивного поведения в ситуации психологического конфликта. Нередко затронутыми оказываются осмысление и оценка криминальной ситуации, ее опасности и значимости, допустимости выбора деструктивной стратегии поведения и соотнесения ее с правовыми нормами.

В случаях, когда течение боевого ПТСР протекало с сохранностью волевых ресурсов, негативные эмоции сдерживались и агрессивное поведение долгое время не проявлялось. Лишь длительное накопление эмоционального напряжения или мощная индивидуально значимая психическая травма могли в итоге приводить к внезапному резкому аффективному срыву. У обследованных лиц с пониженным уровнем самоконтроля такие разрядки наблюдались чаще и возникали в гораздо менее тяжелых психотравмирующих ситуациях. Однако и в том, и в другом случае, невзирая на различие в механизмах агрессивного поведения, как правило, можно говорить о нарушении произвольности регуляции деятельности как возможности выбора иной тактики поведения, так и волевого сдерживания непосредственного выражения отрицательных эмоций в поведении.

Заключение

Таким образом, у лиц, совершивших агрессивные ОД, выявляется ряд общих патологических черт, сформировавшихся под длительным влиянием комплекса боевых стресс-факторов. Эти черты личности отражались в ситуации психологического конфликта и обусловливали действия, вступающие в противоречие с общественно приемлемыми вариантами поведения. Изменения личности ветеранов войн затрагивают не только эмоциональную, но и когнитивную и мотивационно-ценностную сферы. Чем более выражены изменения в каждой из них, тем более вероятны нарушения в межличностных отношениях, грубое дезадаптивное поведение, стереотипность способов реагирования на фрустрирующие ситуации.

Непосредственными причинами развития ОСР у обследованных ветеранов становились интерперсональные конфликты, принимавшие черты аффективно насыщенного противостояния и, потому, сопровождавшиеся актуализацией защитно-агрессивного шаблона поведения (по типу рефлекса борись или беги – fight/flight), закрепившегося в боевых условиях.

Наиболее важной предпосылкой агрессивного поведения в конфликтной ситуации представляется наличие стойких эмоциональных нарушений. Они

проявляются напряженностью, ригидностью суженного диапазона эмоциональных проявлений с преобладанием переживаний отрицательного полюса и склонностью к экстрапунитивному реагированию в ситуации межличностного конфликта. Частота и выраженность эмоциональных расстройств пропорциональны длительности и интенсивности воздействовавших на индивида боевых стрессоров.

Характерной когнитивной особенностью ветеранов, облегчающей совершение агрессивных противоправных действий, является полярность и категоричность характеристик окружающих и их поступков, упрощенность представлений, опирающаяся на двойчную оценку людей в качестве «наших и чужих», склонность к аффективно-детерминированным умозаключениям.

Рассмотрение мотивационно-ценностной системы у ветеранов войн, совершивших правонарушение, свидетельствует о деформации, нарушении структуры ведущих мотивов и ценностей. Морально-этические представления этой группы лиц приобретают иное смысловое наполнение, что приводит к конфликту между субъективной или принятой в референтной группе системой оценок и общепринятыми социально-нормативными требованиями. Они значительно облегчают проявление агрессивных тенденций в ситуации межличностного конфликта.

О глубине нарушений произвольной саморегуляции и самосознания можно судить по наличию и выраженности специфических изменений: эмоционально модифицированного или полностью искаженного видения ситуации правонарушения с привнесением в нее визуализированных эпизодов реальных боевых действий, по скорости и степени нарастающего снижения волевого контроля над сформированными стереотипами агрессивного реагирования.

Существенное значение для судебной психиатрии имеют непроизвольные, часто визуализированные повторные переживания боевых действий («репереживания», «эхомнезии»), которые подчас заслоняли собой реальные обстоятельства психотравмирующей ситуации, чему иногда способствовало неосознаваемое восприятие конфликтной ситуации в качестве непримиримого противостояния.

Наконец, требует изучения такой феномен как совершение в момент ОД стереотипных действий, воспроизведящих усвоенные на войне профессиональные навыки. Причем выявление подобных двигательных итераций, наряду с другими признаками дезорганизации поведения, может стать весьма важным для экспертной оценки общественно опасных действий ветеранов.

Практика проведения комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) позволяет говорить о том, что приведенные выше личностные изменения и психопатологические проявления в период ОРС требуют особого, направленного исследования и учета при формировании экспертного решения у лиц с облигатной симптомати-

кой ПТСР и отсутствием психотических расстройств в момент совершения криминальной агрессии. Для принятия правильного экспертного решения важным становится психологический анализ четырех параметров: исходной личностной структуры; длительности и интенсивности боевого стресса; значимости последующих социальных стресс-факторов и конкретных психологических последствий их воздействия; непосредственных условий развития и самой ситуации правонарушения.

Существующие психологические критерии экспертной диагностики эмоциональных состояний оказываются недостаточными для этих случаев. Признаки, на основании которых осуществляется принципиальное разграничение аффекта от иных эмоциональных состояний, являясь базовыми, сохраняют свою диагностическую силу, однако, сама феноменология протекания эмоциональных реакций до совершения, в момент деликта и после него, как правило, претерпевает специфические изменения. Как было сказано выше, нередко действия лиц, страдающих ПТСР, при совершении правонарушения представляются, на первый взгляд, достаточно упорядоченными, а зачастую и преднамеренно жестокими. Однако все это не является абсолютным признаком сохранности произвольной саморегуляции. Криминальные действия могут расходиться с объективными требованиями ситуации, ошибочно воспринятой ветераном как опасной. В ситуации конфликта могут быть актуализированы неуместные в конкретных обстоятельствах стереотипы реагирования на угрозу и автоматизированные боевые навыки. Собственная оценка агрессивного поведения и степень его деструктивности определяются трансформированной под влиянием хронического боевого стресса мотивационно-ценностной системой личности. Все это существенно ограничивает способность произвольной саморегуляции. Поэтому при комплексном подходе к экспертизе таких случаев чаще, чем в обычной судебно-психиатрической практике, может ставиться вопрос о применении статьи 22 УК РФ. Причем указание врачами биологического критерия может сочетаться с психологическим обоснованием причин и механизмов нарушения произвольной саморегуляции.

Даже в тех случаях, когда правонарушитель с ПТСР способен в полной мере осознавать общественную опасность своих действий и руководить ими, целесообразно особо указывать на ущербные, дефицитарные зоны в его личностной структуре, измененность его представлений о социальных нормативах с расширением спектра ситуаций и приемлемых форм деструктивных действий.

Проблема экспертной оценки случаев криминальной агрессии лиц, подвергшихся воздействию боевых стрессоров, требует комплексного решения с привлечением, в первую очередь, психологов для разработки и внедрения методик по оценке особенностей облигатных симптомов ПТСР и изменений

в различных составляющих личности. Решение указанных вопросов будет иметь большое значение не только для общей и судебной психиатрии, но и важную социальную значимость (рекомендации по

диагностике, лечению, реабилитации и освидетельствованию ветеранов, перенесших боевую психическую травму, а также по предупреждению у них общественно опасных деяний).

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриева Т.Б., Василевский В.Г., Фастовцов Г.А. Транзиторные психотические состояния у комбатантов, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством (судебно-психиатрический аспект) // Российский психиатр. журн. – 2003. – № 3. – С. 38–42.
2. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма: Руководство для врачей. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2005. – 432 с.
3. Лыткин В.М. Посттравматические стрессовые расстройства у ветеранов локальных войн // Война и психическое здоровье (Юбилейная научная конференция, посвященная 90-летию со дня рождения профессора Ф.И.Иванова). – СПб., 2002. – С. 45–52.
4. Glenn D.M., Beckham J.C., Feldman M.E. et al. Violence and hostility among families of Vietnam veterans with combat-related posttraumatic stress disorder // Violence Viet. – 2002. – Vol. 17, N 4. – P. 473–489.
5. Novaco R.W., Chemtob C.M. Anger and combat-related posttraumatic stress disorder // J. Trauma Stress. – 2002. – Vol. 15, N 2. – P. 123–132.
6. Perkonigg A., Kessler R.C., Storz S., Wittchen H.-U. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity // Acta Psychiatr. Scand. – 2000. – Vol. 101. – P. 46–59.
7. Prigerson H.G., Maciejewski P.K., Rosenheck R.A. Population attributable fractions of psychiatric disorders and behavioral outcomes associated with combat exposure among US men // Am. J. Public Health. – 2002. – Vol. 92, N 1. – P. 59–63.
8. Shear K.M. Building a model of posttraumatic stress disorder // Am. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 159, N 10. – P. 1631–1633.
9. Solomon Z., Kleinhauz M. War-induced psychic trauma: an 18-year follow-up of Israeli veterans // Am. J. Orthopsychiatry. – 1996. – Vol. 66. – P. 152–160.
10. Southwick S.M., Bremner D., Krystal J.H., Charney D.S. Psychobiologic research in posttraumatic stress disorder // Psychiatric Clinics of North America. – 1994. – Vol. 17, N 2. – P. 251–264.
11. Zlotnick C., Franklin C.L., Zimmerman M. Does «subthreshold» posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? // Compr. Psychiatry. – 2002. – Vol. 43, N 6. – P. 413–419.

CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL PREREQUISITES OF CRIMINAL VIOLENCE IN VETERANS OF LOCAL WARS

G. A. Fastovtsov, A. M. Reznik, O. F. Savina, V. G. Vasilevsky

Numerous local armed conflicts in post-Soviet space have led to a significant rise of criminal violence in veterans. This article presents the analysis of clinical-dynamic characteristics of combat-related PTSD, as well as individual and personality features and prerequisites of criminal aggression and mental disturbances observed at the moment of offence in 174 veterans of local wars. The probability of heteroaggressive behavior seems to increase in accordance with duration of exposure and severity of stress factors in the combat situation. It was especially high in first three years after the impact of the combat stress factors. Besides various PTSD symptoms mentioned in ICD-10 and DSM-IV, these veterans have acquired during the war certain similar personality features in emotional, cognitive and motivational / value spheres. The more pronounced were these changes, the more prominent were their interpersonal difficulties,

and more probable was violence. A frequent emotional prerequisite of aggression was proneness to emotional excitement in an interpersonal conflict. "Flashbacks" about war situations seemed to release the combat skills of the veteran under the influence of strong emotion. Their value system was black and white: either friend or enemy, no gray zone. Therefore, their opinions were rigid, not realistic. They committed offences against person in emotional conditions triggered by stress, when a traumatic situation was associated with an immediate life threat at war or an emotionally overwhelming opposition. Detailed analysis of personality characteristics of the offender, duration of exposure to combat stress and its severity, as well as subsequent social stress factors and their psychological impact, and circumstances of offence itself is essential for correct judgement in the course of forensic psychiatric evaluation.