

Посттравматические стрессовые расстройства у ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин, страдающих опийной наркоманией в состоянии вынужденной ремиссии

САЛИХОВА И.А.
МАСАГУТОВ Р.М.

врач-психиатр, Башкирский республиканский наркологический диспансер
д.м.н., профессор, кафедра психиатрии и наркологии с курсом последипломного образования
Башкирский государственный медицинский университет

КОРОТНЕВА Е.В.

клинический ординатор, кафедра психиатрии и наркологии с курсом последипломного образования
Башкирский государственный медицинский университет

МУХИТОВА И.Э.

клинический ординатор, кафедра психиатрии и наркологии с курсом последипломного образования
Башкирский государственный медицинский университет

Введение. Популяция ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин, страдающих опийной наркоманией, имеет "троекратный" риск психической травматизации "экстраординарного" характера, обусловленный: криминальным образом жизни, употреблением наркотиков, ВИЧ-инфицированием. **Цель исследования:** определить распространенность, факторы риска и клинические закономерности развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин, страдающих опийной наркоманией в состоянии вынужденной ремиссии. **Объект исследования:** 153 ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин, страдающих опийной наркоманией в состоянии вынужденной ремиссии, отбывавших уголовное наказание в исправительной колонии (ИК) на территории г. Уфы (Республика Башкортостан). Группу сравнения составили осужденные мужчины, которые не имели опыта потребления наркотических веществ и имели отрицательный тест на ВИЧ (36 чел.). **Результаты.** Найдено, что более 90% осужденных мужчин подвергались в течение жизни, как минимум, одному стрессовому событию, которое носило "экстраординарный, травматический" характер, согласно первому диагностическому критерию ПТСР по МКБ-10. Выявлены наиболее типичные виды психических травм экстраординарного характера, преимущественно связанные с криминальным образом жизни, наркотизацией, виктимизацией в детском возрасте, физическим насилием в исправительной колонии и фактом инфицирования ВИЧ. Опыт наркотизации повышал риск накопления травматического опыта, но не риск развития ПТСР. Формирование ПТСР, как правило, предшествовало или развивалось параллельно с развитием психического расстройства, вызванного употреблением психоактивных веществ. Наиболее типичными проявлениями травматической диссоциации были деперсонализационные расстройства и психогенная амнезия. Более 70% ВИЧ-инфицированных мужчин с опытом наркотизации имели, как минимум, один признак ПТСР; при этом более 40% имели ПТСР в клинической степени выраженности. Клиническими факторами риска оказались коморбидные тревожные (фобические, панические), соматоформные и депрессивные расстройства, интеллектуальная недостаточность, а также острые диссоциативные реакции. Личностными факторами риска оказались повышенная тревожность, склонность к "застреванию" на негативных аспектах ситуации, социальная отгороженность, преобладание незрелых механизмов бессознательной психологической защиты.

Ключевые слова: ПТСР, травматический стресс, диссоциация, заключенные, ВИЧ, опийная наркомания

Введение

Психические нарушения, обозначаемые в настоящее время посттравматическими стрессовыми расстройствами (F43.1 по МКБ-10), ранее были известны как боевая психическая травма, боевое переутомление, вьетнамский синдром у солдат США, боевое стрессовое расстройство, что указывало на генетическую связь данных отклонений со стрессами военных событий. Однако аналогичные состояния описывались также вследствие переживания самых различных катастроф и стихийных бедствий, а в последние десятилетия — у лиц, подвергшихся терро-

ристическим актам. Так, известно, что многие доклады на XII Всемирном конгрессе психиатров в Японии (Йокогама, 2002 г.) были посвящены расстройствам, вызванным событиями в США 11 сентября 2001 г. При этом американские исследователи констатировали возможность ПТСР не только у непосредственно пострадавших лиц, но даже у телезрителей, переживавших виденное.

В нашей стране ПТСР стали активно изучать после аварии на Чернобыльской АЭС, землетрясения в Армении, а также в связи с необходимостью реабилитации участников военных действий в Афганистане

[1]. По данным В.Г. Ротштейн [2], число больных ПТСР в России достигает 250—300 тыс. чел.

ПТСР ухудшает не только психологическое самочувствие пострадавших, но также их качество жизни и социальное функционирование. Отмечается, что количество потерянных рабочих дней вследствие ПТСР и "большой" (психотической) депрессии одинаково — по 2,8 дней за 1 мес. [15]. Пострадавшие в результате серьезной психической травмы в 4 раза чаще обращаются к врачам соматического профиля [18]. Несмотря, однако, на столь внушительные цифры, ПТСР в клинической практике по-прежнему распознается слабо [4].

Имеются основания считать, что одной из причин гиподиагностики ПТСР являются именно распространенные представления о том, что данные нарушения обусловлены непременно острыми тяжелыми ситуационными стрессами с наличием прямой угрозы жизни. Вместе с тем, и в повседневности всё чаще отмечаются шокирующие воздействия и факторы: пожары, дорожно-транспортные аварии, ограбления, изнасилования и т.п. Подобные состояния имеют место также у лиц, переживающих такие болезни, как инфаркт миокарда, инсульт головного мозга, осложнение аортокоронарного шунтирования, при известиях об онкологическом заболевании или о ВИЧ-инфицировании.

Особую группу риска по ПТСР составляют осужденные, жизнь которых зачастую наполнена драматическими событиями. Проблема ПТСР среди осужденных становится тем более актуальной, если учесть непрерывный рост числа заключенных, страдающих психическими расстройствами в местах лишения свободы [14].

Многие исследователи усматривают явную связь между психической травматизацией и криминально-насиловственным поведением [3,8,19]. К тому же, по данным некоторых авторов, треть всех заключенных в американских тюрьмах — ветераны войны во Вьетнаме [13].

Однако травматический опыт осужденных не ограничивается событиями, происходящими на свободе; психическая травматизация с момента лишения свободы в условиях заключения лишь усиливается. Связано это с тем, что пенитенциарные учреждения, как и другие места социальной изоляции однополых коллектива, всегда отличаются кастовостью, повышенным уровнем межличностной агрессии, физическим и сексуальным насилием, моральным унижением и издевательствами, которым подвергается значительная часть осужденных [17]. При этом в условиях заключения психические травмы не ограничиваются однократным воздействием; напротив, психотравмирующая ситуация имеет хронический характер, при-

водя к накоплению травматического опыта, постепенно подрывая механизмы адаптации осужденных и повышая риск развития не только ПТСР, но и других тревожных и депрессивных расстройств [18]. Данная проблема осложняется тем, что риск психической травматизации часто ассоциируется с употреблением психоактивных веществ. Число мужчин, имевших опыт наркотизации, в отдельных ИК в России может составлять 30—50%. Наряду с этим значительная часть осужденных мужчин, имеющих опыт внутривенного введения наркотиков, обнаруживают в местах лишения свободы положительный тест на ВИЧ, что само по себе уже несомненный травматический стрессор. Указанные психические травмы подпадают под категорию *экстраординарных*, согласно МКБ-10. Экстраординарный характер психической травмы — первый критерий, необходимый для постановки диагноза ПТСР. Сочетание преступного образа жизни, опыта наркотизации, ВИЧ-инфицированности, а также "пенитенциарного стресса" не только обуславливает высокую распространенность ПТСР у контингента осужденных, но и влияет на своеобразие клинической картины данного психического расстройства. Однако еще недостаточно учитывается тот факт, что популяция ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин, страдающих опийной наркоманией, имеет "троекратный" риск психической травматизации "экстраординарного" характера, обусловленный:

- криминальным образом жизни;
- употреблением наркотиков;
- ВИЧ-инфицированием.

Несмотря на возрастающую актуальность проблемы стрессовых и других тревожных расстройств у лиц с криминальным поведением, в отечественной литературе крайне немногочисленны работы, посвященные этой тематике. Отсутствие на этот счет определенных данных не позволяет учитывать распространенность, факторы риска, клиническое своеобразие и закономерности течения этих расстройств, а также взаимные функциональные связи между коморбидными состояниями, что, в свою очередь, мешает разработке эффективных подходов к терапии и реабилитации этих больных.

Результаты зарубежных исследований по данной проблематике тоже носят неполный или противоречивый характер. Большинство исследований, посвященных лицам с "двойным диагнозом", ограничивается контингентом злоупотребляющих алкоголем, в ущерб другим видам психоактивных веществ (ПАВ), несмотря на то, что уровень психической травматизации и распространенность ПТСР могут сильно варьировать в зависимости от вида ПАВ. Много проблем связано также с оценкой и измерением тяжести ПТСР, которые мешают адекватному сравне-

нию результатов. Крайне мало исследований, которые используют комплексный подход в оценке ПТСР [7]. В отечественной психологической и психопатологической практике практически отсутствуют надежные шкалы для скрининговых исследований на предмет выявления ПТСР в определенных социальных группах.

Цель данного исследования — определить распространенность, факторы риска и клинические закономерности развития ПТСР у ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин, страдающих опийной наркоманией в состоянии вынужденной ремиссии.

Задачи исследования

1. Изучить распространенность психической травматизации, характер преобладающих психогенных расстройств и место среди них ПТСР у обследованного контингента осужденных.

2. Выделить наиболее значимые травматические события, с которыми ассоциируется развитие ПТСР, включая фактор переживаний по поводу ВИЧ-инфицирования.

3. Оценить влияние употребления наркотических веществ на риск развития ПТСР.

4. Изучить особенности клинических (коморбидных) и личностных факторов риска развития ПТСР.

5. Определить предикторы тяжести (клинической степени выраженности) ПТСР в популяции ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин.

Объект и методы исследования

Объектом исследования были 153 ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин, страдающих опийной наркоманией в состоянии вынужденной ремиссии и отбывающих уголовное наказание в ИК № 9 на территории г. Уфы (Республика Башкортостан). Они составили основную группу. В группу сравнения вошли осужденные мужчины из той же ИК, которые не имели опыта потребления наркотических веществ (НВ) и имели отрицательный тест на ВИЧ (36 чел.). Общее число обследованных составило 189 чел., возраст варьировал от 18 до 46 лет, средний возраст (М) составил 26,62 года ($SD = 5,79$). Предметом изучения были психические расстройства у отобранных осужденных, распространенность среди них ПТСР, особенности развития и проявлений ПТСР, их причинные зависимости. Для решения поставленных задач использовался комплекс клинико-психопатологических, экспериментально-психологических, криминологических и математико-статистических методов исследования. С целью получения анамнестических сведений была разработана специальная карта. Всем обследованным давалась оценка соматического, неврологического и психического статуса. Изучались материалы

медицинской документации, акты судебно-психиатрических экспертиз, характеристики со стороны персонала СИЗО и колонии.

Критериями включения в исследование стали:

- факт осуждения за совершенное преступление;
- наличие документально подтвержденных медицинских данных о наркотической зависимости до осуждения;

- наличие медицинских данных о положительном тесте на ВИЧ;

- отсутствие прогрессивных психотических форм психических расстройств;

- добровольное соглашение на исследование.

Критериями исключения были:

- отказ от исследования;

- неправильное заполнение тестов, карт, опросников;

- тяжелое соматическое заболевание.

Общая оценка обследованного контингента по основным социально-демографическим и клиническим параметрам выявила следующие особенности:

1. Преимущественно молодой возраст обследованных: 80% составляли лица в возрасте 18—32 лет; из них половина — в возрасте 23—27 лет.

2. Низкий уровень образования и трудовой занятости: около 80% имели лишь среднее образование и почти 50% нигде не работали.

3. Высокий уровень родительской психопатологии у отцов (у каждого третьего) и относительно невысокий — у матерей осужденных (у каждой десятой).

4. Высокий уровень психических и поведенческих нарушений осужденных в детском и подростковом возрасте: признаки синдрома гиперактивности и дефицита внимания (20%), оппозиционно-вызывающего расстройства (16%), раннего (до 7 лет) начала курения (22%), прогулов занятий (15%) и академической неуспеваемости (25%). В детско-подростковом возрасте на учете в детской комнате милиции (ОППН) состояло 40% обследованных.

5. Каждый пятый обследованный обнаруживал сформированный синдром психической или психофизической алкогольной зависимости (хронический алкоголизм).

6. Половина обследованных злоупотребляла исключительно препаратами опийной группы (кустарный опий и героин), а остальные — предпочитали опийные препараты, но комбинировали их с другими видами наркотических средств.

Психопатологический анализ показал, что из 189 осужденных мужчин лишь 27 чел. (14,3%) не имели признаков психического расстройства. У 56 чел. (29,6%) диагностировалось резидуально-органическое поражение ЦНС с психопатизацией личности (F07), у 54 чел. (28,6%) — психопатоподобные изменения личности вследствие алкогольной

или наркотической зависимости (F1x71), у 18 чел. (9,5%) — депрессивный эпизод легкой степени (F32.0), у 14 чел. (7,4%) — эмоционально-неустойчивое расстройство (F60), у 9 чел. (4,8%) — ипохондрическое расстройство (F45), у 8 чел. (4,2%) — генерализованное тревожное расстройство (F41), у 2 чел. (1,1%) — органическое заболевание головного мозга с легким когнитивным расстройством (F06.7), у 1 чел. (0,5%) — шизотипическое расстройство личности (F21). ПТСР диагностировано у 110 осужденных (72%) из 153 чел. основной группы.

На *первом* этапе, исходя из цели исследования, производилась сравнительная оценка социальных и клинических показателей в основной группе и группе сравнения.

На *втором* этапе основная группа разделялась на две подгруппы: ПТСР-позитивных (n=98) и ПТСР-негативных (n=43). Способ деления в подгруппы основывался на диагностических критериях ПТСР, согласно МКБ-10 с дополнительным использованием результатов тестирования по гражданской версии Миссисипской шкалы ПТСР.

На *третьем* этапе, для определения предикторов клинической выраженности ПТСР, осужденные из подгруппы ПТСР-позитивных разделялись еще на две подгруппы: ПТСР-клиническую (n=59) и ПТСР-парциальную (n=39) — на основании количества симптомов и представленности разных диагностических кластеров ПТСР.

Согласно диагностическим критериям ПТСР по МКБ-10, осужденные ПТСР-позитивной группы стали жертвами травматического события, выходящего за рамки обычного человеческого опыта. Диагностическими критериями ПТСР были 3 кластера симптомов.

Симптомы "вторжения" переживались в виде:

- повторяющихся тягостных воспоминаний о событии;
- повторяющихся тягостных сновидений;
- внезапных действий или чувств, как будто травматическое событие повторяется вновь (флэшбэков);
- сильного психологического потрясения при столкновении с событиями, символизирующими или напоминающими некие аспекты травматического события, включая годовщину травмы.

Симптомы "избегания" включали:

- усилия по избеганию связанных с травмой мыслей или чувств;
- усилия по избеганию разговоров о травме, видов деятельности или обстоятельств, напоминающих о травме;
- неспособность к припоминанию важных аспектов травмы (психогенная амнезия);

- снижение интереса к ранее значимым видам деятельности;

- чувство отчужденности или отстраненности от окружающих;

- сужение спектра эмоций;

- ощущение укороченной жизненной перспективы.

Симптомы "возбуждения", "гиперактивности" включали:

- трудности засыпания или нарушения сна;

- раздражительность или вспышки гнева;

- трудности концентрации;

- сверхбодрствование;

- повышенная пугливость;

- физиологическая реактивность при столкновении с событиями, символизирующими или напоминающими некие аспекты травматического события.

Длительность нарушений сохранялась более 1 мес., а возникали симптомы ПТСР в течение 6 мес. после травмы.

ПТСР-парциальная группа включала тех осужденных, которые перенесли воздействие травматического события при наличии отдельных признаков из группы симптомов "вторжения", "избегания" и "возбуждения". ПТСР-клиническая группа включала лишь тех осужденных, которые имели множественные симптомы из всех трех кластеров ПТСР, что полностью удовлетворяло диагностическим критериям ПТСР по МКБ-10.

Результаты исследования

Изучение распространенности ПТСР в основной группе (среди ВИЧ-инфицированных осужденных, страдающих опийной наркоманией в состоянии вынужденной ремиссии) показало, что лишь 28,1% из них (43 чел.) не имели ни одного признака ПТСР. Присутствие лишь отдельных, единичных, симптомов ПТСР свидетельствовало о субклиническом уровне ПТСР и наблюдалось у 24,83% (38 чел.) осужденных основной группы; ПТСР с "полным набором" признаков (уровень клинической выраженности) наблюдалось в 47,07% (72 чел. основной группы).

Полученные нами показатели распространенности клинически выраженного ПТСР в 4—15 раз превышали таковые у мужчин общей популяции [6]. Они также несколько (на 10—15%) превышали показатели в популяции осужденных мужчин, проводимые другими авторами [3, 19], однако расхождения в результатах могут объясняться спецификой нашей выборки: все обследованные были не только осуждены, но и имели опыт наркотизации, и были ВИЧ-инфицированы, что, несомненно, повышало риск как кумуляции травматического опыта, так и развития ПТСР.

Анализ распространенности основных кластеров ПТСР в ПТСР-позитивной группе показал, что симптомы "вторжения" (флэш-бэки, кошмарные сновидения, обсессии, отражающие фабулу психотрамирующей ситуации и др.) наблюдались у 48%, симптомы "избегания" (избегание травматических стимулов, оживляющих в памяти психическую травму, притупление чувств ("намбинг") и др.) — у 54%, симптомы "возбуждения" (раздражительность, бессонница, вздрагивание при резких звуках и др.) — у 58% ВИЧ-инфицированных осужденных, страдающих опийной наркоманией в состоянии вынужденной ремиссии. Среднее количество симптомов "вторжения" на одного осужденного составило 1,25 ($SD=0,95$), симптомов "избегания" — 1,80 ($SD=1,27$) и симптомов "возбуждения" — 2,41 ($SD=1,43$).

С целью ответа на вопрос почему лишь у определенной части осужденных ВИЧ-инфицированных мужчин, страдающих наркоманией в состоянии вынужденной ремиссии, развилось ПТСР, мы провели сравнительный анализ более 200 социально-демографических, клинических и индивидуально-психологических показателей, которые могли играть роль факторов риска. Оказалось, что мужчины, с признаками ПТСР не имели значимых различий с группой ПТСР-негативных осужденных по таким социально-демографическим параметрам, как возраст, место проживания, профессиональный или семейный статус. По этим параметрам, а также по особенностям расстройств поведения в подростковом возрасте и по характеру течения опийной наркомании обе группы были достаточно гомогенными. Однако ПТСР-позитивные осужденные значительно чаще обнаруживали отклонения в нервно-психическом развитии с раннего детского возраста и в дальнейшем страдали такими коморбидными с ПТСР психическими заболеваниями, как фобические, панические, соматоформные и депрессивные расстройства. Полученные нами результаты поддерживают мнение о том, что ПТСР сильнее ассоциируется с тревогой и аффективными нарушениями, чем со злоупотреблением ПАВ или зависимостью от них [5]. Полученные данные согласуются также со сведениями о том, что психиатрическая морбидность сама по себе является более сильным предиктором, чем отдельно взятое специфическое расстройство [10].

Среднее количество травматических событий в группе ПТСР-позитивных составило $M=4,5$ ($SD=2,2$). Это статистически значимо ($p<0,001$) и превышало аналогичный показатель в группе ПТСР-негативных — $M=3,1$ ($SD=1,9$), что свидетельствовало о процессе кумуляции травматического опыта. Помимо различий количественных, обнаружи-

лись различия и в характере травматических событий. Так, в группе ПТСР-позитивных значимо чаще встречались виктимизация и насилие в детском возрасте ($p=0,046$); известие о несчастном случае, произошедшем с эмоционально значимым лицом ($p=0,001$); физическое насилие в ИК ($p=0,048$); известие о положительном тесте на ВИЧ ($p=0,01$); известие о смерти друга от передозировки наркотика ($p=0,015$). Таким образом, количество и специфика травматического опыта оказались значимыми факторами риска развития ПТСР в популяции мужчин с опытом наркотизации и криминальным поведением.

Сравнительный анализ изученных групп осужденных по параметрам семейного благополучия, воспитания и школьной успеваемости показал, что в группе ВИЧ-инфицированных эти показатели были даже более благоприятными, чем в группе сравнения. При этом не выявлено значимых различий в названных группах также по показателям нервно-психического здоровья в детском возрасте, включая поведенческие девиации.

Распространенность травматического опыта, перитравматической диссоциации и симптомов ПТСР среди ВИЧ-инфицированных была не выше, а по некоторым показателям даже ниже, чем в группе сравнения. Однако найдено, что в основной группе значительно чаще наблюдались специфические травматические стрессоры, напрямую или опосредованно связанные с употреблением наркотических веществ. Полученные результаты позволили сделать важный вывод о том, что опыт наркотизации для риска развития ПТСР сам по себе имеет ограниченное значение; более важными оказались такие стрессоры, как психическая травматизация в раннем детском возрасте и вовлеченность в криминальный образ жизни. Употребление наркотиков лишь усугубляло предшествующий антисоциальный и криминальный образ жизни, повышая риск столкновения с новыми, специфическими, травматическими событиями, но не риск развития ПТСР. Показатели экспериментально-психологического обследования также оказались более благоприятными среди ВИЧ-инфицированных, за исключением более высокого уровня депрессии по шкале Цунга.

Дальнейший анализ показал, что из 153 ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин, страдающих опийной наркоманией, лишь 5% не имели никакого травматического опыта; 92% становились жертвами, как минимум, одного травматического стрессового события (ТС). Среднее количество ТС оказалось сравнимо с результатами других авторов. Так, по данным ряда авторов, около 90% взрослых пациентов с зависимостью от ПАВ переживали хотя бы

одно ТС, а 33—50% из них обнаруживали критерии ПТСР [9, 11].

Наиболее частыми травматическими стрессовыми событиями, в которые попадали обследованные, оказывалось известие о несчастном случае, тяжелых увечьях, случившихся с близкими и родными, или об их смерти, а также известие о положительном тесте на ВИЧ (по 49%). Типичными стрессорами были также угроза жизни в ходе милицейской операции и случайное свидетельство несчастного случая (по 30,7%), свидетельство или непосредственное участие в совершении ДТП (29,4%), смерть друга от передозировки наркотиков (27,5%), угроза жизни в иных обстоятельствах (23,5%), смерть родителей или их развод, а также шок от совершенного самим осужденным преступления (по 20,3%). Эти результаты согласуются с данными, полученными другими авторами. Так, даже среди комбатантов наиболее частым было свидетельство гибели или увечий [12], в то время как боевая травма отмечалась лишь у 19—21% [16].

Анализ рискованного в плане ВИЧ-инфицирования поведения показал, что 75% ВИЧ-инфицированных осужденных никогда не задумывались о риске инфицирования при половом контакте с малознакомым партнером и не использовали средства профилактики; 86% — пользовались нестерильными шприцами. Примечательно, что лишь 5% были хорошо информированы о СПИДе до заражения. Таким образом, помимо фактора внутривенного введения наркотиков, риск ВИЧ-инфицирования и связанного с ним ПТСР возрастал в связи с отсутствием необходимой информации о СПИДе и рискованным поведением у осужденных.

Анализ феномена перитравматической диссоциации показал, что острые диссоциативные реакции отмечались у 68% осужденных, ставших жертвами психотравмирующей ситуации экстраординарного уровня. Количество типов диссоциативных реакций варьировало от 1 до 10; среднее количество на одного осужденного составило $M=3,12$ ($SD=2,06$). Наиболее частыми диссоциативными реакциями были чувство собственной измененности в чувствах, мыслях, поведенческих реакциях (47%) и амнезия травматического события (33%).

Использование теста ММРІ-71 позволило выявить личностные предикторы развития ПТСР у ВИЧ-позитивных осужденных мужчин с опытом наркотизации, среди которых наиболее значимыми оказались черты эмоциональной ригидности в сочетании с повышенной тревожностью. Другими значимыми личностными характеристиками оказались бессознательные защитные механизмы по типу регрессии и замещения. Анализ показал, что регрессия была больше связана с симптомами "избегания", в то время

как замещение — с симптомами "возбуждения". Полученные данные о том, что преобладание незрелых защитных механизмов повышает уязвимость субъекта к воздействию стрессора и является личностным предиктором развития ПТСР, поддерживали мнение ряда авторов [20].

Учитывая, что не все осужденные ПТСР-позитивной группы имели ПТСР в степени клинической выраженности, мы попытались выделить предикторы тяжести ПТСР. Для этого был проведен сравнительный анализ двух подгрупп ПТСР-позитивных ВИЧ-инфицированных мужчин: 10 имевших отдельные, единичные, симптомы ПТСР (субклинический уровень) и имевших признаки всех трех кластеров ПТСР согласно МКБ-10 и DSM-IV (клинический уровень).

Оказалось, что обе группы статистически значимо ($p < 0,001$) различались между собой не только по общему количеству симптомов ПТСР, но и по количеству перенесенных травматических стрессовых ситуаций и острых диссоциативных реакций. Кроме того, для осужденных с клинически выраженным ПТСР значимо более специфичными были определенные травматические стрессовые события: угроза быть убитым или покаленным во время столкновения с милицией ($p=0,01$), физические и моральные издевательства в детском возрасте ($p=0,028$), смерть или развод родителей в детском возрасте ($p=0,009$), физическое нападение в исправительной колонии ($p=0,014$). Таким образом, ПТСР в клинической степени выраженности ассоциируется не с любым типом ТС, а прежде всего с тем, которое сопровождалось непосредственной, прямой угрозой для жизни или физической целостности пострадавшего. Именно такой характер психических травм в первую очередь подчеркивается в МКБ-10 и в более ранней версии DSM (DSM-III), что позволяет относить их к "выходящим за рамки повседневного человеческого опыта".

Каждый четвертый осужденный, страдавший клинически оформленным ПТСР во взрослом периоде, имел выраженные психические или поведенческие расстройства в раннем детском периоде, что значимо ($p=0,028$) превышало данный показатель в группе осужденных с субклиническим ПТСР. Данный факт свидетельствует о важной роли детской психиатрической морбидности в развитии ПТСР. Кроме того, осужденные с клинически выраженным ПТСР значимо чаще проявляли систематическую физическую агрессию в детско-подростковом периоде ($p=0,054$), что свидетельствовало о формирующемся психопатическом синдроме. Во взрослом периоде осужденные этой группы значимо чаще обнаруживали алкогольные запои длительного периода ($p=0,049$),

что отражало злокачественный характер течения алкоголизма в этой группе.

Следующей важной особенностью, отличавшей осужденных этой группы, была коморбидность ПТСР с симптомами других тревожных расстройств — по типу панических атак с вегетативными нарушениями или по типу соматоформных расстройств.

Наконец, личностными предикторами тяжести ПТСР можно считать повышение по шкалам 2 (депрессии и тревоги), 6 (ригидности аффекта), 7 (психастении) и 8 (аутизации) теста ММРІ-71, а также повышение по шкалам регрессии и замещения по тесту Плучика.

В целом, полученные результаты раскрывают соотношения временных параметров возникновения ПТСР и употребления ПАВ, поддерживая гипотезу не "самолечения" ПТСР при помощи ПАВ, а существования взаимного утяжеления в развитии этих коморбидных психических заболеваний. При этом выявляется тесная взаимосвязь ПТСР с диссоциативными симптомами в остром периоде после воздействия психической травмы, которые, очевидно, также могут считаться предикторами развития и хронизации последующего ПТСР. Найденное преобладание незрелых защитных механизмов в виде регрессии, замещения и реактивного образования отражает, прежде всего, плохо развитые адаптивные возможности личности осужденных, что во многом предопределяется травматическим опытом детства, нарушенной социализацией в дисгармоничных семьях. Низкие адаптивные возможности косвенно подтверждались выявленной ригидностью, косностью личностных установок, социальной отгороженностью. Именно эти личностные качества осужденных резко снижают вероятность успешного завершения копинг-процессов, возможностей совладания со стрессовой ситуацией. Определенную роль играют также преморбидные и коморбидные тревожные и депрессивные расстройства, снижающие адаптивные возможности личности осужденных. Наконец, свою долю в развитии ПТСР вносят такие социальные факторы, как слабая осведомленность о путях и степени распространения ВИЧ-инфекции, ее профилактики, ее исхода, а также негативные последствия для жертв СПИДа негуманного, нетолерантного отношения со стороны общества.

Выводы

1. Популяция осужденных ВИЧ-инфицированных мужчин с опытом наркотизации характеризуется крайне высокой распространенностью травматического опыта (более 90%), острых диссоциативных реакций (около 70%) и ПТСР (47,07% — в клиничес-

кой и 24,83% — в субклинической степени выраженности).

2. Наиболее значимыми ТС, с которыми ассоциируется развитие ПТСР в данной популяции, являются психические травмы:

- детского периода (опыт перенесенного физического насилия, смерть одного из родителей или развод родителей);
- связанные с криминальным образом жизни (угроза жизни или физической целостности);
- связанные с наркотизацией (утрата эмоционально значимого лица);
- связанные с пребыванием в исправительном учреждении (физическое насилие); д) известие о положительном тесте на ВИЧ.

3. Лишь в редких случаях ПТСР предшествует развитию зависимости от наркотических средств, которые употребляются с целью "купирования" симптомов уже сформированного ПТСР. Чаще формирование наркомании и развитие постстрессовых нарушений происходит параллельно. Употребление наркотических веществ повышает риск кумуляции и обогащения травматического опыта вследствие появления специфических, связанных с наркотизацией, психических травм. В то же время опыт наркотизации не оказывает непосредственного влияния на риск развития ПТСР, появление которого обуславливается стрессами, связанными в основном с асоциальным и криминальным образом жизни.

4. Помимо ситуационных (специфика травматического опыта) существуют также клинические и личностные факторы риска ПТСР:

- к клиническим относятся коморбидные тревожные (фобические, панические), соматоформные и депрессивные расстройства, интеллектуальная недостаточность, а также диссоциативные реакции в первые минуты после психической травмы;
- личностными факторами риска являются такие особенности характера, как повышенная тревожность, ригидность, склонность к "застреванию" на негативных аспектах ситуации; социальная отгороженность, слабо развитые коммуникативные способности, а также преобладание незрелых механизмов бессознательной психологической защиты, таких, как регрессия, замещение и реактивное образование.

5. Предикторами тяжести (клинической степени выраженности) ПТСР в популяции ВИЧ-инфицированных осужденных мужчин, имеющих опыт наркотизации, являются: экстраординарный тип травмирующей ситуации, содержащей прямую, непосредственную угрозу жизни или физической целостности пострадавшего; психические или поведенческие расстройства в раннем детском возрасте; более злокачественное протекание наркоманической зависи-

мости; коморбидные панические и соматоформные расстройства, а также названные выше особенности характера (ригидность, повышенная тревожность, замкнутость) и преобладание защитных механизмов по типу регрессии и замещения.

Список литературы

1. Знаков В.В. Психологическое исследование стереотипов понимания личности участников войны в Афганистане // Вопросы психологии. — 1990. — №4. — С. 108—116.
2. Ротштейн В.Г. Посттравматический стрессовый синдром: Из руководства по психиатрии /Под ред. А.С. Тиганова. — М., 1999. — Т. 2. — С. 517—527.
3. Baker C. PTSD and Criminal Behavior // A National Center for PTSD. — 2003. — P.79—85.
4. Ballinger J.C., Davidson J.R.T., Lecrubier Y. et al. Consensus statement on PTSD from the international consensus group on depression and anxiety // J. Clin. Psychiatry. — 2000. — Vol. 61. — P. 60—66.
5. Breslau N., Davis G.C., Andreski P., Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults // Arch Gen Psychiatry. — 1991. — Vol. 48. — P. 216—222.
6. Breslau N., Kessler R.C., Chilcoat H.D., et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit area survey of trauma. Archives of General Psychiatry. — 1998. — Vol. 55. — P. 626—632.
7. Brown P.J., Wolfe J. Substance abuse and post-traumatic stress disorder comorbidity. Drug and Alcohol Dependence. — 1994. — Vol. 35. — P. 51—59.
8. Carrion V.G., Steiner H. Trauma and dissociation in delinquent adolescents // J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry. — 2000. — Vol. 39, 3. — P. 353—359.
9. Chilcoat H., Menard C. Epidemiological investigations: Comorbidity of posttraumatic stress disorder and substance use disorder. In P. Ouimette, P. "Brown (Eds.). Trauma

and substance abuse // Washington: American Psychological Association. — 2003. — P. 9—28.

10. Halligan S.L., Yehuda R. Risk factors for PTSD // The National Center for PTSD. PTSD research Quarterly. — 2000. — Vol.11 — N.3

11. Hien D., Cohen L., Campbell C. Is traumatic stress a vulnerability factor for women with substance use disorders? // Clinical Psychology Review. — 2005. — Vol. 25. — P. 813—833.

12. Gibson L.E., Holt J.C., Fondacaro K.M., et al. An examination of antecedent traumas and psychiatric comorbidity among male inmates with PTSD // Journal of Traumatic Stress. — 1999. — Vol. 12. — P. 473—484.

13. Green B.L., Lindy J., Grace M. et al. Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder: The role of War stressors // J. Nerv. Ment. Dis. — 1989. — P. 329—335.

14. Kempf J.P., Braley R.O., Ciotola P.V. Description of an outpatient psychiatric population in a youthful offender's prison // J. Am Acad Psychiatry Law. — 1997. — Vol.25, N 2. — P. 149—160.

15. Kessler R.S., Frank R.G. The impact of psychiatric disorders on work loss days // Psychol Med 1997. — Vol. 27. — P. 861—873.

16. Mumola C.J.: Veterans in Prison or Jail // Washington, DC, Bureau of Justice Statistics. — 2000.

17. Pitman R.K., Sparr L.F. PTSD and the law // The National Center for PTSD. PTSD Research Quarterly. — 1998. — Vol. 9. — P. 75—81.

18. Resnick H.S., Galea S., Kilpatrick D.G. et al. Research on trauma and PTSD in the aftermath of 9/11 // The National Center for PTSD. PTSD Research Quarterly. — 2004. — Vol. 15. — P. 59—71.

19. Spitzer C., Dudeck M., Liss H. et al. Post-traumatic stress disorder in forensic inpatients // The Journal of Forensic Psychiatry. — 2001. — Vol. 12. — P. 63—67.

20. Steiner H., Garcia I.G., Matthews Z.: Post-traumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. — 1997. — Vol. 36. — P. 357—365.

POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS IN CONVICTED AIDS-INFECTED MALES WITH OPIATE DEPENDENCE IN THE UNWILLING REMISSION CONDITION

SALIHOVA I.A.
MASAGUTOV R.M.
KOROTNEVA E.V.
MUHITOVA I.E.

psychiatrist, Bashkir Republic Narcologic Clinic
dr.med.sci., professor, Bashkir State Medical University, Psychiatry Dep.
Bashkir State Medical University, Psychiatry Dep.
Bashkir State Medical University, Psychiatry Dep.

BACKGROUND. The population of AIDS-infected convicted males, suffering with opiate dependence, have "triple" risk of extraordinary psychic traumatization: 1) related with criminal life-style; 2) related with drug use; 3) related with AIDS-infection. **THE AIM:** to detect the prevalence, risk factors, and clinical pathways of PTSD developing among AIDS-infected convicted males, suffering with opiate dependence in the unwilling remission condition. **THE OBJECT:** 153 AIDS-infected imprisoned males, suffered with opiate dependence in the unwilling remission condition, gathered in one of Ufa's prisons (Republic of Bashkortostan, Russia). The control group were 36 imprisoned AIDS-negative males without any drug use experience. **THE RESULTS:** More than 90 percent of all imprisoned males were exposed, at least, by one stress event, which was "extraordinary, traumatic", according the first PTSD diagnostic criteria of ICD-10. The most typical stressors were events, related with criminal life-style, drug use, childhood victimization, physical violence in prison, and AIDS-infection. The drug use experience increased the risk of traumatic experience cumulating, but not the risk of PTSD developing. PTSD was, as a rule, premorbid or comorbid to mental disorder, related with drug use. Depersonalization and psychogenic amnesia were most typical forms of traumatic dissociation. More than 70 percent of all imprisoned males with the drug use experience found out, at least, one symptom of PTSD, and more than 40 percent had full-criteria PTSD. Clinical risk factors were comorbid anxiety (phobic, panic) disorders, somatoform disorders, depression, intellectual impairment, and acute dissociation reactions. Personality traits-related risk factors were overanxiety, trend to fix on negative aspects of situation, social isolation, prevalence of immature unconscious psychological defense mechanisms.

Key words: PTSD, traumatic stress, dissociation, prisoners, AIDS, opiate dependence