

Факторы риска формирования посттравматического стрессового расстройства у заключенных мужчин с аддиктивным поведением

МАСАГУТОВ Р.М.

д.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИПО
Башкирского государственного медицинского университета

ТАМЕЕВА Р.М.

главный врач психиатрической больницы г. Салавата

КИДРАСОВА Н.Ф.

клинический ординатор кафедры психиатрии и наркологии с курсом
ИПО Башкирского государственного медицинского университета

ГИЗАТУЛЛИН Р.Х.

к.м.н., подполковник внутренней службы, начальник отдела организации лечебно-профилактической помощи медицинского управления МВД Республики Башкортостан

Представлены результаты исследования социально-демографических, ситуационно-криминологических и индивидуально-психологических факторов риска развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у заключенных мужчин с аддиктивным поведением. Установлено, что риск развития ПТСР связан с психической травматизацией и виктимизацией в раннем детском возрасте, обусловленными родительской психопатологией и домашним насилием. В этих условиях формировались отклоняющиеся формы поведения, а также "невротический" тип личности, что повышало риск кумуляции травматических событий и развития ПТСР. Наиболее типичными травматическими событиями у заключенных мужчин с аддиктивным поведением оказались: смерть близкого человека, факт совершенного преступления, угроза уголовного наказания, судебный процесс, а также психологическое насилие в местах лишения свободы. Наблюдается феномен диссоциации между субъективным восприятием травматических событий как не имеющих экстраординарного характера и симптомами ПТСР, что может привести к трудностям клинической диагностики данного психического расстройства в этой популяции. Личностными предикторами ПТСР у заключенных мужчин с аддиктивным поведением могут быть повышение по шкалам F, K, 6, 9 теста MMPI, а также по шкалам личностной тревожности и депрессии теста Ханина—Спилбергера. Определенное предиктивное значение имеют повышенные показатели по типам психологической защиты "регрессия", "реактивное образование" и "компенсация".

Многочисленные исследования ПТСР среди различных популяций показали высокую коморбидность данного психического расстройства с другими психическими и соматическими заболеваниями. В частности, среди лиц, страдающих ПТСР, злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) распространено в 14 — 73% случаев [5, 6, 9]. Отечественные авторы также отмечают, что ПТСР может приобретать затяжное течение с нарастающей психопатизацией, эпизодами антисоциального поведения, алкоголизацией и употреблением наркотиков [2]. С другой стороны, ПТСР в большей степени ассоциируется с тревогой и аффективными нарушениями, чем со злоупотреблением ПАВ или зависимостью от них [4]. Хорошо известно, что употребление алкоголя и наркотических веществ быстро приводит к формированию асоциального и криминального образа жизни, что сопровождается повышенным риском утраты эмоционально значимых лиц, свидетельства насилия, совершения тяжких правонарушений, включая убийство, и многих других психотравмирующих ситуаций. Поэтому особую группу риска по развитию ПТСР и аддиктивного поведения представляет популяция осужденных. Многие исследователи криминального поведения фокусируют свое внимание на причинно-следственной связи психической травматизации и противоправного, в том числе насильственного поведения [12]. Но и в местах лишения свободы заключенные по-прежнему подвергаются высокому риску психической травматизации в связи с кастовостью, физической жестокостью, моральным или сексуальным притеснением в таких учреждениях [1, 10]. В частности, из 2 млн заключенных в США 20% были изнасилованы или

принуждены к действиям сексуального характера в пенитенциарных учреждениях [7, 8]. При этом многократное повторение травматических событий повышает риск развития ПТСР [11]. Хотя в литературе много внимания уделяется факторам риска развития ПТСР [3, 13 и др.], этот вопрос слабо изучен в контингенте осужденных с аддиктивным поведением.

Цель данного исследования заключалась в определении факторов риска ПТСР у заключенных мужчин с аддиктивным поведением для последующей разработки мер социально-психологической и медицинской реабилитации.

Материал и методы исследования

Объектом исследования стали 179 заключенных мужчин, отбывающих уголовное наказание в ИТК г. Салавата (Республика Башкортостан). Из них 74 чел. (41,3%) в прошлом злоупотребляли спиртными напитками, включая 47 чел. (26,3%) с признаками психофизической зависимости. Систематическое употребление героина отмечалось у 39 чел. (21,8%), препаратами конопли — у 35 чел. (19,6%), кустарным опиумом — у 22 чел. (12,3%), амфетаминами — у 5 чел. (2,8%), ингалянтами — у 3 чел. (1,7%) и кокаином — у 1 чел. (0,05%). Комбинированное употребление ПАВ отмечалось у 42 чел. (23,5%). Кроме того, все заключенные длительное время (как минимум свыше 2 лет) употребляли табак. Возраст мужчин колебался от 19 до 51 года; средний возраст — 28,38 лет (SD=6,90). Сроки осуждения варьировались от 1 года до 25 лет; средний срок осуждения — 8,85 года (SD=3,79).

Помимо клинико-психопатологических и социально-психологических методов исследования были исполь-

зованы: сокращенный вариант теста ММРІ из 71 вопроса (СМОЛ), опросник травматического стресса И.О. Котенева, шкала типов психологической защиты Плутчика—Келлерамана, шкала депрессии Цунга, шкала личностной тревожности Ханина—Спилберга. Полученные данные обрабатывались с использованием программных средств Excel, версия 7.0 и "SPSS", версия 11,5. Использовались описательная статистика, t-критерий для независимых выборок, t-критерий для относительных величин, корреляционный анализ Спирмена с вычислением коэффициента корреляции (r), критерий χ^2 , критерий Mann—Whitney (U), пошаговый регрессионный анализ.

Результаты и обсуждение

Для сравнительного анализа все обследованные были разделены на 2 группы:

1) заключенные без симптомов ПТСР (ПТСР-негативная группа, ПТСР-н) — 84 чел. (47%);

2) заключенные с симптомами ПТСР (ПТСР-позитивная группа, ПТСР-п) — 95 чел. (53%).

Социально-демографические и клинические факторы риска развития ПТСР у заключенных с аддитивным поведением

Сравнительный анализ показал, что в группе заключенных с симптомами ПТСР (ПТСР-п) статистически значимо ($p=0,05$) чаще встречались башкиры по национальности (32,6%). По другим этническим группам разли-

чий не наблюдалось. Данный результат в силу множества опосредующих факторов сложно поддается интерпретации. Одним из возможных объяснений может быть тот факт, что более двух третей обследованных заключенных-башкир (71%) проживали в сельской местности. С этим были связаны различия в культуре воспитания, в межличностных отношениях, уровне образования, этических нормах, жизненных ценностях и т.д. Указанные различия могли играть определенную роль в повышенной уязвимости к травматическому стрессу.

Изучение семейно-бытовых условий показало, что фактором риска развития ПТСР у заключенных может стать психическая травматизация, виктимизация в детском возрасте. Так, лишь 67% заключенных из ПТСР-п группы отметили хорошее воспитание и заботливое отношение родителей (в группе ПТСР-н — 82%, $p<0,05$). Остальные же отметили частые скандалы в семье (16%), чрезмерную опеку и тревожность родителей (10%), психологическое (4%) и физическое (2%) насилие. Кроме того, 12% заключенных этой группы воспитывались без отца (в ПТСР-н группе — 1%, $p<0,05$). В ПТСР-п группе значительно реже встречались хорошие взаимоотношения между родителями ($p=0,004$), доброе отношение со стороны отца ($p=0,49$). Результаты корреляционного анализа показали существование статистически значимых ассоциаций между количеством симптомов ПТСР по МКБ-10 и нарастанием тяжести психопатических признаков у отца: "безразличный, холодный — грубый, властный — тираничный, жестокий" ($r=0,22$); степени ухуд-

Таблица 1

Распространенность и структура травматических событий

Травматическое событие (ТС)	ПТСР-н (n=84), %	ПТСР-п (n=95), %	p
До заключения (ТС-1)			
не было	35,7	12,6	**
физическое насилие, опасное для жизни	14,3	22,1	
сексуальное насилие	0	1,1	
свидетельство насилия	3,6	4,2	
смерть близкого человека	36,9	44,2	*
длительная разлука с близким человеком	7,1	5,3	
Связанное с заключением (ТС-2)			
не было	31,0	1,1	***
совершение данного преступления	14,3	36,8	***
угроза уголовного наказания	7,1	15,8	*
судебный процесс	13,1	27,4	**
ожидание приговора	20,2	29,5	
угроза разлуки с близкими	35,7	40	
факт заключения	16,7	22,1	
угроза насилия в ИТК	3,6	3,2	
присвоение низкого статуса в ИТК	2,4	2,1	
физическое насилие в ИТК	1,2	2,1	
психологическое насилие, унижение	7,1	23,2	***
свидетельство насилия в ИТК	3,6	3,2	
"несправедливый приговор"	2,4	4,2	
другое событие	3,6	5,3	
Примечание. * — $p<0,05$, ** — $p<0,01$, *** — $p<0,001$			

шения взаимоотношений с отцом: "холодные отношения — частые ссоры, требования беспрекословного подчинения — физические наказания — драки с отцом" ($r=0,169$). Показатели ПТСР по тесту Котенева также ассоциировались с плохим обращением, безнадзорностью, жестокостью по отношению к заключенным в детском возрасте ($r=0,236$); с психопатическими чертами отца ($r=0,228$) и плохими взаимоотношениями с ним ($r=0,210$); с частыми ссорами и физическим насилием между родителями ($r=0,339$).

Хорошо известно, что нарушение структуры и социально-психологического функционирования семьи препятствует нормальному процессу социализации и созреванию защитных психологических механизмов, а также развитию копинг-стратегий у ребенка, что снижает его устойчивость к стрессовым ситуациям, повышает риск развития ПТСР.

Нарушения семейного функционирования отчасти объясняли тот факт, что именно у заключенных ПТСР-п группы в детском и подростковом возрасте значительно чаще отмечалось расстройство социального поведения (РСП). При этом асоциальные формы, такие, как побеги из дома, употребление ПАВ, прогулы занятий в школе, лживость и прочее, наблюдались практически одинаково в обеих группах. Однако делинквентное поведение (кражи, поджоги, вымогательство, жестокость и насилие и др.) наблюдалось статистически значимо чаще в группе ПТСР-п (34,7%, $p=0,027$). Очевидно, что связь делинквентности и ПТСР имеет двусторонний характер. С одной стороны, рискованное поведение рано или поздно приводит к травматическому событию, например к тяжелому насилию или его свидетельству. С другой стороны, психическая травматизация усугубляет психологическую дезадаптацию субъекта, снижая вероятность социально одобряемого поведения.

В условиях хронической виктимизации, психологического и физического насилия повышается риск патохарактерологического развития в виде акцентуации тормозимых и сенситивных черт характера. Заключенные ПТСР-п группы значительно чаще отмечали у себя ранимость, обидчивость, тревожность, впечатлительность (65,3%). В группе ПТСР-н этот показатель составил 47,6% ($p<0,05$).

Таким образом, в генезе преступного поведения в целом и ПТСР в частности важную роль играют предпосылки в виде семейного неблагополучия с хронической виктимизацией и психической травматизацией заключенных в детском периоде. Такой тип плохого обращения в детстве может способствовать формированию определенного паттерна преступного поведения у подростков — с акцентуацией тревожно-сенситивных черт характера и ранним началом диссоциального поведения.

Ситуационно-криминологические факторы риска ПТСР у заключенных с аддиктивным поведением

Учитывая, что факт наличия травматического события и его экстраординарный характер являются облигатным диагностическим критерием по МКБ-10, был проведен сравнительный анализ травматических событий (ТС) в группах ПТСР-н и ПТСР-п (табл. 1).

По данным таблицы, в группе ПТСР-п статистически значимо чаще наблюдались ТС как до заключения (87,4%), так и после ареста (98,9%), чем в группе ПТСР-н (64,3 и 69% соответственно). Закономерно, что более высокая распространенность ТС у заключенных сопровождалась увеличением частоты появления симптомов ПТСР.

В обеих группах наиболее типичным травматическим событием, случившимся до заключения (ТС-1), оказалась смерть эмоционально значимого лица со статистически значимым преобладанием в группе ПТСР-п (44,2% против 36,9% в группе ПТСР-н, $p<0,05$). По другим типам ТС-1 различий не отмечалось.

Примечателен тот факт, что для абсолютного большинства заключенных с симптомами ПТСР первый опыт воздействия экстремального стрессора приходился на период до их осуждения и заключения. Это поддерживает данные о том, что травматические события имеют тенденцию к кумуляции, что, в свою очередь, повышает риск развития ПТСР.

Интересно, что лишь мизерная часть заключенных (2–4%) характеризовала свою реакцию на ТС-1 в виде потрясения или паники. Тот факт, что травматическое событие не воспринималось как имеющее экстраординарный характер (хотя и вызывало впоследствии ПТСР), может свидетельствовать о следующем.

Во-первых, специфика ТС у заключенных была связана с событиями "бытового" плана (чаще всего это смерть близких людей), что, вероятно, не всегда ассоциировалось в сознании заключенных с "психологическим шоком".

Во-вторых, возможна также частичная амнезия периода ТС (как проявление диссоциации) или отсроченная реакция на травматическое событие. Таким образом, травматические события в жизни заключенных мужчин, страдающих симптомами ПТСР, хотя и весьма распространены (свыше 85%), имеют довольно скрытый и малоосознаваемый характер, что требует от клинициста повышенного внимания при квалификации данного типа психических расстройств. В группе ПТСР-п заключенные достоверно чаще отмечали "психологический шок" от факта совершенного ими тяжкого преступления ($p<0,001$), от угрозы уголовного наказания ($p<0,05$), от судебного процесса ($p<0,01$), а также от "морального унижения" в местах заключения ($p<0,001$).

Заслуживает особого внимания неодинаковая оценка разными заключенными одних и тех же событий в их жизни — факта совершенного тяжкого преступления (например, убийства), ареста или разлуки с близкими людьми. Данное обстоятельство подчеркивает исключительно субъективный характер восприятия событий как имеющих или не имеющих травматический стрессовый характер. В определенной степени это противоречит диагностическим указаниям МКБ-10 о характере травматического события как "способного вызвать стресс у большинства людей". Очевидно, данное положение справедливо лишь в отношении ПТСР, имеющих отчетливый "катастрофический" характер (природные и техногенные катаклизмы, транспортные аварии и пр.). Поэтому в клинической диагностике ПТСР у заключенных вероятны трудности, связанные с адекватной квалификацией травматических событий как имеющих экстраординарный характер. Это может способствовать упущению или существенной недооценке тяжести ТС и привести клинициста к неправильным выводам, а исследователя — к занижению данных по распространенности ПТСР в исследуемой популяции. Таким образом, "клинический вес", значимость критерия А в диагностике ПТСР у заключенных существенно ниже в сравнении со специфическими симптомами типа "избегания", "вторжения" и "гиперреактивности", на которые нужно опираться в первую очередь. Ситуация с трудностями диагностики ПТСР у заключенных мужчин усугуб-

Таблица 2

Сводная таблица регрессоров (предикторов) для зависимой переменной "показатель ПТСР по тесту Котенева"

Предикторы	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
Острое стрессовое расстройство	0,380	0,059	0,380	6,483	0,000
Тип психологической защиты "Реактивное образование"	0,357	0,083	0,234	4,317	0,000
Тип психологической защиты "Регрессия"	0,205	0,051	0,221	3,985	0,000
Шкала L (лжи) по тесту СМОЛ	-0,338	0,108	-0,174	-3,137	0,002
Депрессия	0,117	0,059	0,106	1,991	0,048

Примечание. F=45,460 (p<0,001); Multiple R (коэффициент множественной регрессии) = 0,754; R-квадрат=0,569

ляется также высокой латентностью сексуального насилия в местах лишения свободы.

Индивидуально-психологические предикторы ПТСР у заключенных с аддиктивным поведением

Вопрос о личностной предрасположенности к ПТСР является одним из ключевых в понимании генеза данного расстройства. В данном исследовании мы попытались оценить вклад определенных личностных особенностей, а также определенных типов бессознательных механизмов психологической защиты в формирование индивидуальной "уязвимости" заключенных к ПТСР.

Проведенный нами сравнительный анализ экспериментально-психологического исследования показал, что в группе ПТСР-п значительно более высокими оказались показатели психологической защиты в виде регрессии (p=0,033), проекции (p=0,015), компенсации (p<0,001) и реактивного образования (p<0,001), а также баллы по шкале личностной тревожности (p=0,003) (тест Ханина—Спилбергера). Обнаружены также значимые корреляции между количеством симптомов ПТСР по МКБ-10 и показателями по шкалам: регрессия (r=0,236), компенсация (r=0,323), реактивное образование (r=0,314). Показатель корреляции между количеством симптомов ПТСР и показателем личностной тревожности составил r=0,223.

Более сильная корреляция обнаружена между показателем ПТСР по тесту Котенева и такими типами психологической защиты, как регрессия (r=0,485), реактивное образование (r=0,447), компенсация (r=0,425) и вытеснение

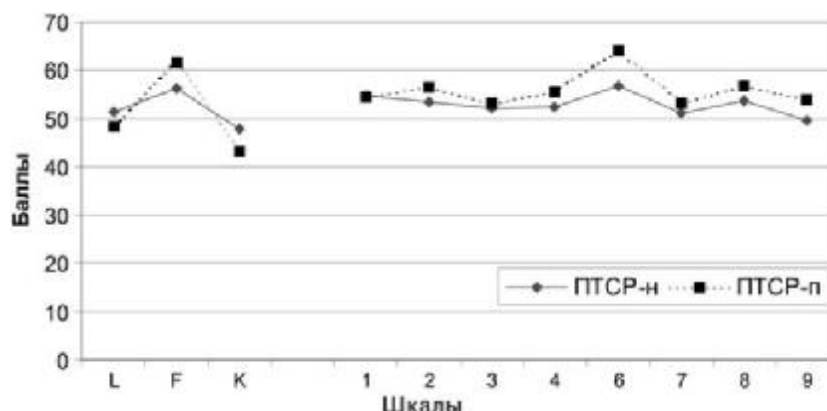
(r=0,402). Таким образом, корреляционный анализ с использованием двух независимых способов оценки ПТСР (МКБ-10 и тест Котенева) показал общие результаты в виде преобладания механизмов психологической защиты по типу регрессии, компенсации и реактивного образования у заключенных с симптомами ПТСР.

Ряд статистически значимых различий был обнаружен при исследовании групп заключенных тестом СМОЛ. Так, в группе ПТСР-п статистически значимо более высокими, чем в группе ПТСР-н, оказались показатели по шкалам F (достоверности) (p=0,003), 2 (депрессии) (p=0,031), 6 (ригидности аффекта) (p=0,001) и 9 (гипомании) (p=0,019); более низкими — по шкале К (коррекции) (p<0,001). На рисунке представлен усредненный личностный профиль по тесту СМОЛ обеих групп.

Обнаружены значимые корреляции между количеством симптомов ПТСР по МКБ-10 и количеством баллов по шкале F (r=0,243), К (r=-0,319), 6 (r=0,275), 9 (r=0,247). Более сильная корреляция обнаружена между показателем ПТСР по тесту Котенева и шкалами СМОЛ: К (r=-0,494), L (r=-0,438), 6 (r=0,375), 9 (r=0,321); менее сильная — со шкалами F (r=0,285) и 2 (r=0,231).

Применение двух различных способов оценки ПТСР (по МКБ-10 и по тесту Котенева) также позволило выявить наиболее значимые, ассоциированные с ПТСР у заключенных мужчин, шкалы СМОЛ: F (достоверность), К (коррекция), 6 (ригидность аффекта) и 9 (гипомания).

Результаты пошагового регрессионного анализа позволили заключить, что наибольшей силой в предска-



Усредненный личностный профиль заключенных по тесту СМОЛ

вании развития ПТСР у осужденных мужчин обладают следующие показатели:

- 1) острое стрессовое расстройство ($p < 0,001$);
- 2) тип психологической защиты "Реактивное образование" ($p < 0,001$);
- 3) тип психологической защиты "Регрессия" ($p < 0,001$);
- 4) шкала L (лжи) ($p = 0,002$);
- 5) депрессия ($p = 0,048$) (табл. 2).

Следует учесть, что вышеуказанные предикторы, используемые вместе в регрессионном анализе, классифицировали лишь 57% участников исследования, что отражает сложную и многофакторную природу ПТСР, обусловленную не только индивидуально-психологическими особенностями пострадавших от ТС, но и многими сопутствующими факторами социально-ситуационного и биологического, в том числе психопатологического, характера.

Таким образом, личностными предикторами ПТСР у заключенных мужчин могут быть повышение по шкалам F, K, 6, 9 теста СМОЛ, а также по шкалам личностной тревожности и депрессии (по тесту Ханина—Спилберга и тесту Котенева, соответственно). Определенное предиктивное значение имеют также повышенные показатели по типам психологической защиты "регрессия", "реактивное образование" и "компенсация" по тесту Плутчика—Келлермана.

Список литературы

1. Клейн Л.С. Другая любовь. — СПб., 2000. — 864 с.
2. Ротштейн В.Г. Посттравматический стрессовый синдром. Из руководства по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. — М., 1999. — Т. 2. — С. 517–527.
3. Ballinger J.C., Davidson J.R.T., Lecrubier Y. et al. // J. Clin. Psychiatry. — 2000. — Vol. 61. — P. 60–66.
4. Breslau N., Davis G.C., Andreski P. et al. // Archives of General Psychiatry. — 1991. — Vol. 48. — P. 216–222.
5. Bremner J.D., Southwick S.M., Darnell A. et al. Chronic PTSD on Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse. — 1996. — P. 369–375.
6. Brown P.J., Wolfe J. Substance abuse and post-traumatic stress comorbidity // Drug and alcohol dependence. — 1994. — P. 51–59.
7. Curreri F. // The Salt Lake Tribune, December 16, 2001.
8. Donaldson D. (1990). "Rape of Males," in Dynes, Wayne, ed. Encyclopedia of Homosexuality. — New York: Garland Publications.
9. Engdahl B., Dikel T.N., Eberly R. et al. // Am. J. Psychiatry. — 1998. — Vol. 155. — P. 1740–1745.
10. Pitman R.K., Sparr L.F. // The National Center for PTSD. PTSD Research Quarterly. — 1998. — Vol. 9. — №2.
11. Resnick H.S., Kilpatrick D.G. // The National Center for PTSD. PTSD Research Quarterly. — 1994. — Vol. 5, №5.
12. Spitzer C., Dudeck M., Liss H. et al. // The Journal of Forensic Psychiatry. — 2001. — Vol. 12, №1. — P. 63–67.
13. Yehuda R. // Canadian Journal of Psychiatry. — 1999. — №44. — P. 34–39.

RISK FACTORS OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER IN MALE PRISONERS WITH ADDICTIVE BEHAVIOUR

MASAGUTOV R.M.

TAMEEVA R.M.

KIDRASOVA N.F.

GIZATULLIN R.H.

In this research social, demographic, situational, criminological and personality risk factors for developing posttraumatic stress disorder (PTSD) in male prisoners with addictive behavior are presented. The risk of developing PTSD is connected with exposure to traumatic events and victimization in early childhood, caused by parental psychopathology and home violence. In these conditions different forms of conduct disorders and also "neurotic" personality disorders were formed that raised the risk of exposure to traumatic events and the development of PTSD. The most typical traumatic events experienced by male prisoners with addictive behavior were: death of an intimate person; the fact of crime, perpetrated by themselves; threat of criminal punishment; litigation; and also experiencing psychological violence in the penal system. The phenomenon of dissociation between subjective perception of traumatic events, as not having extraordinary character, and real symptoms of PTSD can lead to difficulties in clinical diagnostics of PTSD in this population. High scores on F, K, 6, 9 MMPI scales, and also high scores on anxiety and depression, measured by Spielberger's test can be used as predictors of PTSD in male prisoners with addictive behavior. The prevalence of some defensive mechanisms, such as "regression", "reactive formation" and "compensation" have value for predicting PTSD in this population.