

Травматический стресс, злоупотребление психоактивными веществами и преступность

МАСАГУТОВ Р.М.

д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИПО

Башкирского государственного медицинского университета

ЮЛДАШЕВ В.Л.

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии с курсом ИПО

Башкирского государственного медицинского университета

КИДРАСОВА Н.Ф.

клинический ординатор кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИПО

Башкирского государственного медицинского университета

КАДЫРОВА Э.З.

клинический ординатор кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИПО

Башкирского государственного медицинского университета

Дается литературный обзор, касающийся взаимоотношений травматического стресса, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ), антисоциального образа жизни и преступности. Приводятся общие положения относительно концепции травматического стресса, видов травмирующих событий, совладающего поведения и психологических защитных механизмов. Рассматриваются психодинамические, психологические и биологические факторы риска и предикторы развития ПТСР. Анализируются современные диагностические критерии ПТСР по МКБ-10 и DSM-IV, обсуждаются проблемы клинической типологии, варианты течения и прогноз данного психического расстройства. Рассматриваются различные модели коморбидности ПТСР со злоупотреблением ПАВ, а также другими психическими нарушениями. Приводятся литературные данные о современной распространенности и клинической специфичности ПТСР как в общей популяции, так и в отдельных социальных группах, включая пенитенциарные учреждения. Обсуждается связь травматического стресса и антисоциального, в том числе агрессивного и криминального поведения.

Травматический стресс.

Копинг-стратегии и психологические защитные механизмы.

Предикторы и факторы риска ПТСР

Согласно МКБ-10, ПТСР возникает в ответ на психическую травму, имеющую экстраординарное значение. Иными словами, травматическое событие должно выходить за рамки повседневного человеческого опыта [15]. К определяющим характеристикам травматического события относят его способность вызывать чувства страха, беспомощности или ужаса в ответ на угрозу физической целостности или жизни субъекта [20]. В развитии ПТСР имеют особое значение негативные события, отличающиеся угрозой для жизни, непредсказуемостью и неконтролируемостью. В общем виде они представляются как «травматические события, выходящие за рамки обычного человеческого опыта». N. Breslau [28] составил список из 19 потенциально травматических событий, которые иллюстрируют определение стрессора в DSM-IV. К ним относятся: насилие (участие в боевых действиях, изнасилование, плен, пытки, стрельба или удар, сексуальное насилие, уличное ограбление, попытка ограбления, угрозы, избивание); другие повреждения или психологический шок (несчастный случай, огонь, наводнение, землетрясение, опасное для жизни заболевание, свидетельство насилия, обнаружение мертвеца); известие о травме эмоционально значимого лица (члена семьи или близкого друга); внезапная неожиданная смерть эмоционально значимого лица. В этом ряду некоторые авторы рассматривают также «синдром изнасилования» [18, 36, 64]. В целом, более интенсивной и длительной оказывается реакция на человеческий стрессор, чем на природную катастрофу [29, 89].

В развитии ПТСР играют роль характер ситуации, возраст пациента, предшествующие психологические травмы, индивидуальные характеристики, ожидания, восприятие со-

бытия (например, потеря или угроза), психобиологические механизмы, а также социальная поддержка [97]. Это отчасти объясняет, почему из всех, кто подвергся воздействию психологической травмы, менее половины имеют связанные со стрессом расстройства [90]. Изучение факторов риска развития ПТСР стало очень интенсивным в последние годы. Они включают демографические показатели и микросоциум, личностные предпосылки и психиатрическую морбидность, диссоциацию, когнитивную и биологическую системы, генетический и семейный риск [98]. J.C. Ballinger, J.R.T. Davidson, Y. Lecrubier с соавторами [23] выделяют две группы предиктивных в отношении ПТСР факторов: связанных с травмой и связанных с индивидуумом.

К первой группе авторы относят межличностное насилие, тяжесть травмы, хронификацию травматического опыта, страх смерти, а также повторные стрессы, такие, как боль, переезд, потеря работы или чувство вины, в восстановительном периоде.

Ко второй группе авторы относят травматический опыт прошлых лет, индивидуальную или семейную историю психических заболеваний, в частности депрессией.

Интенсивность начальной реакции на травматическое событие является важным предиктором хронификации. Определенной предиктивной способностью обладает наличие симптомов острого стрессового расстройства (ОСР). Так, у 80% лиц с ОСР спустя 6 мес. обнаруживались симптомы ПТСР, которые у 75% сохраняются в течение 2 лет после травматического события [33]. Согласно норвежским исследователям, эффективными предикторами развития ПТСР являются следующие критерии ОСР: степень нарушения сна; реакции вздрагивания; страх или фобия, связанные с травмой; степень социальной изоляции [95]. В то же время A.G. Harvey, R.A. Bryant [52] при лонгитюдном исследовании пострадавших в результате дорожных аварий предположили, что ОСР не должно рассматривать-

ся как необходимый прекурсор последующего ПТСР. Более того, ряд авторов вообще ставит под сомнение правомерность разделения «одного, по сути, непрерывного клинического феномена» на два разных расстройства [69]. Считается, что аффективные, тревожные расстройства и злоупотребление ПАВ являются факторами риска для развития ПТСР [31]. При этом авторы приходят к выводу, что психиатрическая морбидность *сама по себе* была более сильным предиктором, чем отдельно взятое специфическое расстройство. Возможно, это опосредовано ослаблением копинг-механизмов личности [51].

В литературе обсуждаются не только психодинамические и психологические, но и возможные биологические факторы риска. Например, T.V. Gurvits, N.B. Lasko, S.C. Schachter с соавторами [59] обнаружили у ветеранов Вьетнамской войны, страдающих ПТСР, высокую распространенность в анамнезе нарушений развития, включая задержку формирования навыков ходьбы, речи, а также сниженные способности в обучении. Имеют значение также возрастные и гендерные особенности. Так, ПТСР чаще развивается у лиц молодого возраста [72] и в 2 раза чаще у женщин по сравнению с мужчинами [31].

Определенное значение придается особенностям функционирования бессознательных психологических защитных механизмов личности, подразделяющихся на примитивные (расщепление, проекция, регрессия и др.) и более зрелые (сублимация, рационализация и др.) [6, 17]. В частности, у заключенных подростков с симптомами ПТСР преобладают незрелые защитные механизмы типа диссоциации, бегства, проекции, соматизации, конверсии, подавления, отрицания и расщепления [89]. Особенное внимание в этой связи уделяется феномену «перитравматической диссоциации», которая признается важным предиктором развития ПТСР [68, 82]. При этом диссоциативные реакции могут быть расценены как дезадаптивные копинг-стратегии в ответ на психическую травму в детском возрасте или хронический стресс. Диссоциация может быть описана как изоляция личностного опыта, памяти или ментального содержания от сознания субъекта [87]. Также она характеризовалась как аутогипнотическое расстройство, измененное состояние сознания, нейробиологический феномен, а также как средство разрешения психологического конфликта [76]. К «перитравматической диссоциации» относят острые диссоциативные реакции в виде искажения восприятия времени (замедления либо ускорения течения времени); сильно выраженное ощущение нереальности происходящего травматического события; деперсонализационные расстройства; ощущение выхода за пределы собственного тела; спутанность сознания, дезориентация; нарушение восприятия боли; нарушение схемы тела; ощущения полета в «тоннеле» и другие диссоциативные реакции, возникающие сразу вслед за травматическим событием [68].

Диагностические критерии, клиническая типология, течение и прогноз ПТСР. Коморбидные с ПТСР психические расстройства

Специфика психических расстройств у пострадавших в результате травматического стресса позволила выделить самостоятельный синдром под названием *посттравматическое стрессовое расстройство*. В 1995 г. это расстройство и его диагностические критерии были введены в МКБ-10, где оно

шифруется в рубрике F43 («Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации») под кодом F43.1. ПТСР является нарушением, затрагивающим несколько психологических и физиологических уровней, включая биологические, поведенческие и познавательные компоненты. Проявления ПТСР сводятся к трем группам симптомов: вторжения, избегания, гиперреактивности. Длительность ПТСР превышает один месяц. Возможно отсроченное (иногда через несколько лет после травматического стресса) развитие ПТСР [25]. В целом клиническая картина представляется сочетанием психопатологических (асоциальных, эксплозивных, истерических) расстройств поведения, усугубляемых алкоголизацией, употреблением наркотиков и тяжелой невротоподобной симптоматикой [18]. В литературе встречаются попытки клинической типологизации ПТСР. Так, В.М. Волошин [7] предлагает разграничивать тревожный, астенический, дисфорический и соматоформный варианты ПТСР. А.В. Андрищенко [4] выделяет 2 варианта патологических состояний после утраты объекта сверхценной привязанности:

1) с типичной клинической картиной ПТСР, в рамках которой флэшбек-симптомы и посттравматические сверхценные образования обнаруживают взаимосвязи с психопатическими нарушениями: либо по механизму амальгамирования («сплава») симптоматики, либо посредством отщепления производных от расстройства личности психопатологических расстройств;

2) с атипичной клинической картиной ПТСР, в рамках которого выявляется тенденция к целому ряду психопатологических расстройств, формирующихся на основании механизма посттравматической коморбидности.

Л.С. Тегг [92] выделил 2 различных типа ПТСР на основании частоты и продолжительности психической травмы.

При *первом типе* после однократной травмы (например, несчастный случай) наблюдается классическая триада повторного переживания травмы, симптомов избегания и наембинга, а также гипервозбудимости.

При *втором типе* травма имеет хронический характер (например, сексуальное домогательство или насилие в течение ряда лет), развиваются другие симптомы ПТСР: отрицание, диссоциация, эмоциональная изоляция и гнев. При этом у некоторых жертв наблюдаются смешанный вариант ПТСР первого и второго типов.

Несмотря на описанную классическую триаду симптомов ПТСР, остаются спорными вопросы практической диагностики. Так, некоторые авторы считают, что ПТСР само по себе является коморбидной патологией, которая может даже маскировать проявления собственно ПТСР [18]. В связи с этим рядом авторов предлагаются термины *маскированное ПТСР* или *скрытое ПТСР* [1, 47]. Такого же мнения придерживается В.М. Волошин [7], который называет ПТСР «сложным транснозографическим образованием, проходящим через тревожные и депрессивные расстройства, отличающимся от хорошо известных психогенных нарушений (невротической депрессии, неврозов, постреактивных развитий личности) стойкостью и многолетней актуальностью психогенно сформированной симптоматики, ограниченностью симптоматики, отражающей стрессовые события, с тенденцией к формированию агорафобических расстройств и депрессивных коморбидных симптомов».

Большое количество исследований посвящено вопросу коморбидности ПТСР и других психических расстройств.

В работе М.М. Simonovic [84] изучались коморбидность ПТСР и депрессии, а также влияние коморбидной депрессии на течение и прогноз ПТСР. Автор считает, что наличие коморбидной депрессии может рассматриваться как адаптация пациентов с ПТСР на более высоком уровне, поскольку депрессия — это определенный «прорыв в эмоциональном блоке», который часто наблюдается при ПТСР. По данным R. Koda, K. Tanaka, K. Matsumaru с соавторами [65], у половины пациентов с ПТСР наблюдалась коморбидная «большая» (психотическая) депрессия. По другим данным, от 60 до 80% пострадавших от травматического стресса имеют вторичную депрессию, которая во многих случаях маскирует ПТСР. При этом такая депрессия отличается от большого депрессивного расстройства менее выраженной психомоторной заторможенностью или ажитацией [23]. Кроме того, ПТСР гораздо чаще, чем другие тревожные расстройства, сопровождается суицидальным поведением — у 19% страдающих ПТСР [53], что сравнимо с группой больных депрессией [23]. Есть мнение, что «большая» депрессия и ПТСР являются независимым следствием травматического события и имеют сходный прогноз. При этом их сочетание (коморбидность) усугубляет тяжесть психического расстройства и ухудшает функционирование личности [83].

Friedman M.J., Schnurr P.P. (1995 г.) обсуждают также биологические, психологические и поведенческие корреляты ПТСР, которые могут играть причинную роль в его возникновении.

К биологическим коррелятам авторы относят кардиоваскулярную реактивность, перевозбужденность автономной нервной системы, нарушение физиологии сна, адренергическую дисрегуляцию, усиление функции щитовидной железы, нарушения функции оси гипоталамус — гипофиз — надпочечники.

К психологическим коррелятам относятся депрессия, враждебность, слабость копинг-механизмов.

Наконец, поведенческие корреляты включают в себя вредные привычки типа курения или злоупотребления спиртным.

В целом исследования показывают настолько высокий уровень коморбидности ПТСР и других психических расстройств, что идея о самостоятельности этого заболевания может быть оспорена [46]. По данным авторов, коморбидность ПТСР с другими психическими заболеваниями колеблется от 61 до 99%. При этом коморбидные расстройства включают в себя «большую» депрессию (26—53%), злоупотребление ПАВ (14—73%), генерализованное тревожное расстройство (25—39%), паническое расстройство (9—37%), дистимию (21%), фобию (22—33%), обсессивно-компульсивное расстройство (4—13%), агорафобию (6%), соматизированное расстройство (4%), а также антисоциальное расстройство личности (24—31%) среди комбатантов. При этом ПТСР сильнее ассоциируется с тревогой и аффективными нарушениями, чем со злоупотреблением ПАВ или зависимостью от них [30]. По другим данным, из 489 ветеранов, проходящих курс лечения от наркотической или алкогольной зависимости, 46% обнаруживали клинически значимые симптомы ПТСР [33]. В связи с этим R.K. Pitman, L.F. Sparr и L.S. Saunders с соавторами [75] предостерегают как от гипердиагностики, так и от недооценки ПТСР, перечисляя их наиболее вероятные причины и указывая на необходимость тщательной дифференциальной диагностики.

Есть данные о коморбидности ПТСР с нарушением пищевого поведения [13, 81], с расстройством поведения [63], синдромом гиперактивности и дефицита внимания [21]. Данные свидетельствуют о том, что у 50—100% пациентов, страдающих ПТСР, имеется какое-либо из сопутствующих заболеваний, а чаще всего два или более [19]. Несмотря на полученные результаты, есть мнение, что термин *коморбидность* применительно к тревожным и депрессивным расстройствам нельзя считать удачным, поскольку речь скорее идет о сочетании симптомокомплексов, а не болезней [8].

Особое внимание в литературе уделяется коморбидности злоупотребления ПАВ и ПТСР [33]. Наиболее сложным вопросом является вопрос причинно-следственных взаимоотношений этих расстройств. В целом можно выделить 3 модели, объясняющие частое сосуществование этих заболеваний. Первая модель рассматривается в рамках «самолечения» (self-medication) больных ПТСР, которые облегчают симптомы расстройства при помощи алкоголя или наркотиков. ПАВ позволяют справиться с дистрессом и как бы «забыть» вторгающиеся навязчивые воспоминания о травматическом событии. Однако, как известно, страдающие ПТСР злоупотребляют различными ПАВ, которые имеют обширный спектр психофармакологических эффектов. Иными словами, не существует определенной специфичности и предпочтительности того или иного ПАВ. С другой стороны, это может отражать более сложные взаимоотношения между отдельными кластерами симптомов ПТСР («вторжения», «избегания» и физиологической гипервозбудимости) и видом ПАВ. Например, пациенты с доминирующими проявлениями кластера избегания и набинга могут использовать психостимуляторы типа амфетаминов, чтобы улучшить коммуникацию и социальность, в то время как основные проявления ПТСР в виде раздражительности, тревоги или нарушения сна могут обусловить предпочтение седативных средств типа алкоголя. Описанная выше модель «самолечения» предполагает, что употребление ПАВ является вторичным по отношению к ПТСР. Однако может быть и так, что первоначальное употребление ПАВ входит в структуру «высокорискованного» поведения (high-risk behavior), например проституции, при котором повышается вероятность воздействия психотравмирующих событий (например, вероятность подвергнуться физическому нападению) и, соответственно, развития ПТСР. В настоящее время остается открытым вопрос, является ли ПТСР, возникающий вслед за первоначальным злоупотреблением ПАВ, результатом:

- 1) ассоциированных с ПАВ факторов риска;
- 2) предшествующей уязвимости к ПТСР личности;
- 3) хронических изменений в физиологии и нейрохимических системах головного мозга, причиной которых стало непосредственное токсическое действие ПАВ;
- 4) сложных взаимодействий между всеми перечисленными выше факторами [33].

В связи с этим важно отметить, что многие исследования показывают, что история расстройства социального поведения и антисоциальной личности является predisponирующим фактором для развития как злоупотребления ПАВ, так и ПТСР. Иными словами, употребление ПАВ и ПТСР могут не быть связаны напрямую, а возникать как результат общего этиопатогенеза. В частности, определенные негативные психосоциальные факторы (например,

бездомность) могут стать как фактором риска, так и причиной хронического злоупотребления ПАВ и ПТСР. Наконец, и ПТСР, и злоупотребление ПАВ являются мультифакториальными расстройствами и понимание их коморбидности требует строгой интеграции биологических, психосоциальных и ситуационно-средовых факторов [33].

Исследования, проведенные в общей популяции, показывают, что две трети всех лиц, переживших травматическое событие, имеют нормальные реакции на стресс без последующего развития каких-либо патологических симптомов [23]. У остальных отмечается значительная вариабельность в сроках возникновения и особенностях течения ПТСР. Описаны острый, хронический, отсроченный и интермиттирующий или рекуррентный типы ПТСР [26]. По данным автора, у 31% пострадавших развилось ПТСР и у 16% отмечалась депрессия при обследовании непосредственно после травмы. У большинства жертв отмечались общее снижение тревожности и явное уменьшение выраженности определенных симптомов ПТСР через 2 года. По другим данным, течение ПТСР волнообразное. В большинстве случаев, особенно при благоприятной семейной обстановке и хороших социальных условиях, наблюдается выздоровление. Возможно затяжное течение с нарастающей психопатизацией, эпизодами антисоциального поведения, алкоголизацией, употреблением наркотиков. Продолжительность ПТСР может варьировать от 1 мес. до 30 лет и более. Относительно благоприятными прогностическими признаками большинство авторов считает острое развитие симптоматики, небольшую продолжительность расстройств (менее 6 мес.), отсутствие психической патологии в преморбидном периоде, отсутствие других психологических, психопатологических или соматических проблем во время болезни, квалифицированную и значительную социальную поддержку [18]. Хронизация процесса, повторное переживание травматического события у пострадавших может поддерживаться психологическим механизмом «получения вторичной выгоды».

Таким образом, несмотря на большое количество исследований, представление о посттравматическом стрессовом расстройстве нельзя назвать законченным и полностью сформировавшимся. Возможно, что выделение ПТСР — лишь этап в изучении воздействия экстраординарной психической травмы на психическое здоровье человека [18].

Распространенность и специфика ПТСР в общей популяции, тюрьмах и отдельных социальных группах

ПТСР является наиболее часто встречающимся среди тревожных расстройств, с распространенностью в течение жизни в 5–10%, что составляет почти половину от показателей распространенности «большой» (психотической) депрессии. Показатели распространенности ПТСР в контингентах лиц, переживших экстремальные ситуации, в литературе колеблются от 10% у свидетелей события до 95% среди тяжело пострадавших [18]. По некоторым данным, каждый из 12 взрослых граждан в США (7,8%) имел симптомы ПТСР в течение жизни. При этом распространенность травматических событий значительно выше среди мужчин (за исключением изнасилования): опасные для жизни несчастные случаи (мужчины — 25%, женщины — 13,8%); стихийные бедствия (мужчины — 18,9%, женщины

— 15,2%); угроза применения оружия (мужчины — 19%, женщины — 6,8%); физическое нападение (мужчины — 11,1%, женщины — 6,9%); изнасилование (мужчины — 0,7%, женщины — 9,2%). В 1995 г. при опросе 6 тыс. граждан было обнаружено, что 60,7% мужчин и 51,2% женщин подвергались травматическому стрессу в течение жизни. При этом женщины в 2 раза чаще имели симптомы ПТСР (10,4% против 5% у мужчин) [63]. Другие авторы попытались определить удельную значимость всех известных видов психических травм и шансы последующего развития ПТСР в ходе популяционного исследования. По результатам, 90% опрошенных пережили как минимум одну психическую травму, чаще всего — неожиданную смерть любимого человека (60%). Риск последующего развития ПТСР у женщин оказался вдвое больше, чем у мужчин (13,0 и 6,2% соответственно). Максимальный риск развития ПТСР был связан с лично пережитой насильственной травмой (20,9%), умеренный — с внезапной неожиданной смертью любимого человека (14,3%), минимальный — с известием о психической или физической травме, пережитой близкими друзьями или родственниками (2,2%). У 75% участников симптомы ПТСР сохранялись в течение 6 мес., у 25% — более 5 лет; причем продолжительность ПТСР была выше у женщин и в случаях лично пережитой психической травмы [31]. По данным J.R. Davidson [42], распространенность в течение всей жизни (life-time prevalence) ПТСР колеблется от 3,6 до 75% (у переживших экстремальные события) [18]. Ю.В. Попов и В.Д. Вид [15] указывают на показатель распространенности ПТСР среди перенесших тяжелый стресс, равный 50–80%. Случаи ПТСР в мирное время, по данным авторов, составляют в популяции 0,5% для мужчин и 1,2% для женщин. Из 8 тыс. жителей Нью-Йорка 10% имели клинически выраженную депрессию, а 7,5% — ПТСР спустя 1 или 2 мес. после теракта 11 сентября [61, 77]. Около 75 тыс. (10,5%) детей в Нью-Йорке, учащихся 4–12 классов, имели множество симптомов, характерных для ПТСР [44].

Одной из специфических форм ПТСР является психическое расстройство, связанное с изнасилованием. До середины 80-х годов прошлого века вопросы сексуального насилия обсуждались исключительно в отношении женщин. В последние годы увеличилось количество таких исследований в отношении мужчин. Так, в 1994 г. в США было изнасиловано 4890 лиц мужского пола в возрасте от 12 лет и старше (8 чел. на 1000 мужчин от 12 лет и старше) [35]. Ранее сообщалось, что только одна из 50 изнасилованных женщин сообщает об этом полиции. Однако уровень латентности сексуального насилия среди мужчин еще выше, чем среди женщин [32]. Как правило, сексуальное нападение на мужчин не имеет никакого отношения к сексуальной ориентации нападавшего или жертвы [43].

В немногочисленных работах, посвященных психологической травме сексуального насилия в отношении мужчин предполагается, что жертвы-мужчины испытывают реакции, схожие с таковыми у жертв-женщин. Эти реакции включают: депрессию, гнев, чувство вины, самообвинения, сексуальные дисфункции, флэшбэки, суицидальные тенденции [54]. Другими психологическими последствиями становятся повышенная ранимость, крушение образа «Я» и эмоциональное дистанцирование [70]. Мужчины, ставшие жертвами насилия, пытающиеся затеять судебный процесс, часто вынуждены противостоять неодобрительному отношению со стороны друзей, семьи и знакомых

[32]. По сравнению с женщинами жертвы-мужчины чаще подвергаются нападению с использованием оружия с причинением более серьезных телесных повреждений. Данное обстоятельство усугубляет степень травматизации и повышает риск развития ПТСР. Отсутствие социальной поддержки выражается также сложившимся общественным мнением о том, что мужчина должен защитить себя от насилия, и, следовательно, это вина самих жертв, что они были изнасилованы [32, 58]. Перенесшие изнасилование обычно имеют симптомы связанного с изнасилованием ПТСР. Большинство исследователей согласно с тем, что сексуальное насилие в отношении лиц мужского пола вызывает более серьезные последствия, чем в отношении девушек и женщин [40, 45, 55, 56]. В частности, хотя вероятность изнасилования женщин в 10 раз выше, чем мужчин, распространенность ПТСР после изнасилования фактически выше среди мужчин (65% против 46%) [99].

Проблема сексуального насилия особенно актуальна для мест заключения. Так, по разным данным, в российских тюрьмах находится от 1 до 20% заключенных мужчин, которые подвергаются систематическому изнасилованию [10]. По крайней мере, одна пятая часть из 2 млн заключенных в США были изнасилованы или принуждены к действиям сексуального характера в течение отбытия срока наказания. При этом наибольший риск быть изнасилованным в тюрьме имеют те заключенные, которые имели подобный опыт в детском возрасте, более молодые и одинокие, а также те, кто отличается феминной внешностью — длинными волосами, грацильностью, высоким голосом. Кроме того, определенную роль играет национальность — насильники и жертвы часто принадлежат к разным этническим группам [41]. В криминальной среде насилие мужчин рассматривается как максимальная форма наказания [43]. Сексуальное насилие является актом агрессии, независимо от пола или возраста жертвы или насильника. В условиях заключения сексуальная агрессия используется как средство выражения собственной власти и контроля над окружающими [58]. По мнению Ю.М. Антоняна, А.А. Ткаченко и Б.В. Шостакович [5], сексуальное насилие в условиях заключения напоминает один из механизмов гомосексуального поведения в животном мире, когда оно выражает иерархические отношения господства/подчинения. Весьма вероятно, что длительное лишение свободы серьезно усугубляет течение ПТСР и приводит к ухудшению функционирования личности. В этих условиях не исключено, что часть бывших заключенных будет иметь симптомы психического расстройства, обозначаемого в МКБ-10 как «Стойкое изменение личности после переживания катастрофы» (F62.0). В частности, в одном из диагностических критериев данного расстройства отмечается, что «...личностное изменение может быть хроническим исходом посттравматического стрессового расстройства» [15]. В то же время некоторые авторы отрицают специфическую связь тюремных условий и сексуального насилия, считая, что все мужчины являются потенциальными жертвами такого вида насилия [67].

Связь травматического стресса, агрессии и криминального поведения

Результаты нескольких недавних исследований показали, что от 39 до 70% граждан подвергаются травматическим стрессовым событиям в мирное время, наибольшую часть которых составляют тяжкие правонарушения [30, 72].

С другой стороны, распространенность психологической травмы и посттравматического стрессового расстройства довольно высока среди уголовных преступников [88]. По данным авторов, 56% пациентов судебно-психиатрических учреждений имело когда-либо в жизни состояние, которое соответствовало критериям ПТСР, у девяти (из 53 чел.) пациентов диагностировано ПТСР. Показатели распространенности частичного ПТСР в течение жизни составили 23%, текущего — 15%. По другим данным, ПТСР было обнаружено у 48% заключенных женщин и 30% заключенных мужчин [22]. По мнению автора, ПТСР может приводить к криминальному поведению двумя способами.

Во-первых, некоторые симптомы ПТСР могут способствовать такому образу жизни, который с большой вероятностью закончится преступным поведением и/или внезапными эпизодами насилия. Например, субъекты с ПТСР часто злоупотребляют ПАВ; эмоциональное притупление может способствовать поиску острых ощущений; привычка быть всегда «на чеку» может привести к неправильной интерпретации нейтральных ситуаций как угрожающих и, соответственно, к необоснованной «самозащите»; повышенная физиологическая реактивность может способствовать насильственному поведению, которое непропорционально воспринятой угрозе; чувство вины может спровоцировать совершение преступления с бессознательным поиском смерти или наказания.

Во-вторых, правонарушения могут быть напрямую связаны со спецификой травмы:

1) преступления могут буквально или символически отражать важные аспекты травмы;

2) внешние факторы, имеющие сходство с травматической ситуацией, могут стимулировать определенное поведение (в частности, насилие), сходное с поведением в травматической ситуации;

3) некоторые ситуации, непосредственно предшествующие преступлению, могут реалистично или символически возвращать индивидуума к нерешенному внутреннему конфликту, связанному с травмой, нарушая его временное психологическое равновесие. Такие преступления часто совершаются в психическом состоянии, имеющем признаки патологического аффекта. Учитывая это, в некоторых штатах США наличие ПТСР является основанием для прекращения уголовного дела. В связи с этим некоторые авторы даже указывают на злоупотребление диагнозом ПТСР с целью прекращения уголовного преследования [74, 86, 91].

Авторы отмечают, что специфика тюремного заключения (в частности, необходимость повышенной бдительности в силу постоянной угрозы насилия) повторно глубоко травмирует индивидуума с ПТСР и провоцирует его насильственное поведение. По данным других авторов, ПТСР коррелирует с враждебностью, депрессией, а также со злоупотреблением алкоголем [49]. Очевидно, что сочетание таких негативных факторов с большой вероятностью может привести к совершению правонарушения.

В литературе относительно много внимания уделяется исследованиям ПТСР у несовершеннолетних правонарушителей [9]. Этот контингент представляют собой группу с высокой степенью риска психической травматизации, с распространенностью ПТСР в пределах 30% [38, 39, 89]. При этом большинство отмечает психические травмы

типа злоупотребления и пренебрежения родителями, насилие, сексуальные домогательства [89]. Членство в банде также является фактором риска виктимизации. Связанное с ним насилие становится распространенной, brutalной и многосторонней формой агрессии в обществе [37, 48]. По данным Н. Steiner, I.G. Garcia, Z. Matthews [89], наиболее частыми травматическими событиями у несовершеннолетних осужденных были внутрисемейное насилие, включавшее плохое обращение, убийство или телесные повреждения (27%), и свидетельство насилия (обычно связанное с членством в банде) (21%); 5% были травмированы совершенными ими же преступлениями и 2% отметили травмирующее событие в условиях заключения (например, изнасилование). Таким образом, большинство субъектов отметило психическую травму до заключения. В 50% случаев травматическое событие включало убийство члена семьи или друга. Наконец, 19% отметили сочетание перечисленных событий.

По мнению авторов, существуют как минимум три причины, по которым уместно рассматривать феномены делинквентности и ПТСР в их взаимосвязи.

Во-первых, неправильное воспитание и насилие в детстве имеют связь как с ПТСР, так и с делинквентностью, т.е. эти последствия могут сочетаться.

Во-вторых, исследование взаимодействия между травмой и расстройством поведения опосредовано личностными особенностями субъекта.

В-третьих, изучение отношений между ПТСР и делинквентностью может прояснить роль предшествующей патологии и уязвимости для ПТСР. В целом концепция «воспроизводства цикла насилия» [96] подразумевает, что дети, которые стали жертвами насилия (т.е. пережили травматические события), сами впоследствии применяют насилие в отношении других лиц или своих детей. Таким образом, психическая травматизация является значимым фактором риска формирования антисоциального поведения.

В другом исследовании [79] из 370 обследованных заключенных подростков 96% отметили, по крайней мере, одно потенциально психически травмирующее событие, а 82,3% — множественные травмирующие события в течение жизни. При этом наиболее частыми оказались: свидетельство домашнего насилия (65%), свидетельство насильственного преступления (50%), перенесенное физическое насилие (46%), становление жертвой насильственного преступления (32%). Лишь 8 подростков отметили перенесенный опыт сексуального притеснения. У 25% наблюдались все критерии ПТСР, у 42% — отдельные признаки ПТСР. У заключенных с клинически выраженным ПТСР значительно чаще, чем в остальных группах, наблюдались коморбидные психические расстройства: изолированная тревога, генерализованная тревога, синдром гиперактивности и дефицита внимания в анамнезе, злоупотребление алкоголем и наркотическими средствами. Кроме того, «большая» депрессия и генерализованная тревога также значительно преобладали среди заключенных с отдельными критериями ПТСР, по сравнению с группой без симптомов ПТСР.

В группе заключенных с ПТСР значительно чаще отмечались виктимизация в прошлом, изоляция, жалобы соматического характера, дефицит внимания. В то же

время не обнаружено достоверных различий по таким параметрам, как агрессивное поведение, делинквентное поведение, когнитивные функции. По мнению авторов, повышение поведенческой активности подростков («сенсорный голод») может повышать вероятность попадания несовершеннолетних в опасные ситуации. Ряд личностных особенностей (пугливость, нервозность, пассивность, низкий уровень активности и энергии) делают подростков особенно чувствительными к стрессовым ситуациям. Авторы также отмечают, что насилие и виктимизация связаны с агрессивным и делинквентным поведением независимо от ПТСР, что ставит под сомнение теорию о том, что травматические события ведут к преступному поведению через развитие ПТСР.

Лечение и реабилитация больных ПТСР

Клиницисты определяют 5 терапевтических задач при фармакотерапии ПТСР:

- 1) редукция основных симптомов;
- 2) повышение устойчивости к стрессу;
- 3) улучшение качества жизни;
- 4) возвращение трудоспособности;
- 5) редукция коморбидных заболеваний [42].

Разные исследователи приводят данные об эффективности фармакологического лечения ПТСР с использованием трициклических антидепрессантов (амитриптилина (50—300 мг/сут.), имипрамина (50—300 мг/сут.)), ингибиторов моноаминоксидазы (фенелзина (15—75 мг/сут.), бромаромина, моклобемида), селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флуоксетина, сертралина, пароксетина, флувоксамина (100—250 мг/сут.)), 5-НТ₂ антагонистов (нефазодона), антиконвульсантов (ламотриджина до 500 мг/сут., карбамазепина, вальпроата натрия). Наиболее значимым предиктором долгосрочного результата в лечении оказался лишь один фактор — хорошее самочувствие пациента через 3 мес. после начала лечения [42].

Приводятся данные об эффективном использовании селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, в частности пароксетина, для лечения ПТСР [93]. Возможный механизм действия этих препаратов связывается со стимуляцией нейрогенеза и уменьшения атрофии гиппокампа. В лечении ОСТ с успехом используются клонидин для уменьшения гипервозбудимости, клоназепам или алпразолам для уменьшения тревоги и паники, флуоксетин для уменьшения эксплозивности, симптомов избегания; тразодон, клонидин для лечения инсомнии и ночных кошмаров [66, 94]. Антидепрессанты различных химических групп могут быть использованы в качестве дополнительной терапии для пациентов с ПТСР и других связанных со стрессом расстройств [50].

Ряд авторов провели инвентаризацию существующих методов лечения [85]. Они обнаружили только 6 контролируемых исследований, посвященных немедикаментозным методам лечения, преимущественно экспозиционной терапии. Достоверных данных об использовании таких многообещающих форм лечения, как поведенческая терапия, по-прежнему недостаточно для метаанализа. Лечение может индуцировать нежелательные побочные эффекты. Описываются 6 случаев усугубления депрессии, возобновления злоупотребления алкоголем и рецидива проявлений паники [73]. Авторы отмечают, что такие методы лечения,

как экспозиционная терапия, не всегда эффективны и даже приводят к возникновению нарушений на различных уровнях. При определении терапевтической стратегии очень важно учитывать природу травмы.

В настоящее время можно дать только общие рекомендации:

- создание обстановки безопасности;
- уверенность пациента в том, что лечение поможет преодолеть ненужный страх (медикация);
- использование экспозиции для подавления стимулов страха;
- когнитивная терапия, направленная на то, чтобы пациент использовал полученные навыки во взаимоотношениях с другими людьми.

Список литературы

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. — М.: Медицина, 1993. — 400 с.
2. Знаков В.В. // Вопр. психологии. — 1990. — №4. — С. 108—116.
3. Смирнов А.В. Отдаленные последствия воздействия экстраординарных стрессовых событий у ветеранов войны в Афганистане и членов семей погибших: Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. — СПб., 1997. — 19 с.
4. Андрищенко А.В. // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2000. — №4. — С. 16—19.
5. Антонян Ю.М., Ткаченко А.А., Шостакович Б.В. Криминальная сексология / Под ред. Ю.М. Антоняна. — М.: Спарк, 1999. — 464 с.
6. Безносюк Е.В., Соколова Е.Д. // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1997. — №2. — С. 44—48.
7. Волошин В.М. // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2001. — №4. — С. 26—30.
8. Калинин В.В. // Русский медицинский журнал. — 1998. — №6. — С. 35—41.
9. Кекелидзе З.И., Портнова А.А. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2002. — Т. 102, №12. — С. 56—62.
10. Клейн Л.С. Другая любовь. — СПб., 2000. — 864 с.
11. Ковалев О.Г., Тимонин Н.П., Суслов Э.А. // Психологический журнал. — 1998. — №5. — С. 30—37.
12. Кондратьев М.Ю. Подросток в замкнутом круге общения. — М.: Изд-во «Институт практической психологии»; Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. — 336 с.
13. Масагутов Р.М. Клинико-психопатологические особенности агрессии несовершеннолетних на докриминальном и криминальном этапах: Дисс. на соискание ученой степени д.м.н. — М., 2003. — 360 с.
14. Пирожков В.Ф. Криминальная психология. Подросток в условиях социальной изоляции. — Кн. 2-я. — М.: Ось-89, 1998. — 320 с.
15. Попов Ю.В., Вид В.Д. Клиническая психиатрия. — СПб., 1996. — 421 с.
16. Романова Е.С. // Российский психиатрический журнал. — 1998. — №3. — С. 18—21.
17. Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты (генезис, функционирование, диагностика). — Мытищи: Талант, 1996. — 144 с.
18. Ротштейн В.Г. Посттравматический стрессовый синдром: Из руководства по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. — М., 1999. — Т. 2. — С. 517—527.
19. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб: Питер, 2001. — 272 с.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed, Text Revision. — Washington, DC: American Psychiatric Association. — 2000. — P. 463—472.
21. Adler L.A., Kunz M., Resnik S., Rotrosen J. // 51st Annual Convention of The Society of Biological Psychiatry. — 1996.
22. Baker C. // A National Center for PTSD Fact Sheet. — 2003.
23. Ballinger J.C., Davidson J.R.T., Lecrubier Y. et al. // J. Clin. Psychiatry. — 2000. — Vol. 61. — P. 60—66.
24. Berlant J.L. // J. Clin. Psychiatry. — 2001. — Vol. 62. — Suppl. 17. — P. 60—63.
25. Blanchard E.B., Hickling E.J. // The National Center for PTSD. PTSD Research Quarterly. — 1998. — Vol. 9, №3.
26. Blank A.S. The longitudinal course of posttraumatic stress disorder, in Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond. Edited by Davidson J.R.T., Foa E.B. — Washington, DC, American Psychiatric Press, 1993. — P. 3—22.
27. Brahmson I. The long-term psychological adjustment of WWII survivors in the Netherlands, Eburon 1995.
28. Breslau N. // J. Clin. Psychiatry. — 2001. — Vol. 62. — Suppl. 17. — P. 16—22.
29. Breslau N., Chilcoat H.D., Kessler R.C. et al. // Psychol. Med. — 1999. — Vol. 29. — P. 813—821.
30. Breslau N., Davis G.C., Andreski P. et al. // Archives of General Psychiatry. — 1991. — Vol. 48. — P. 216—222.
31. Breslau N., Kessler R.C., Chilcoat H.D. et al. // Am. J. Psychiatry. — 1998. — Vol. 55. — P. 626—632.
32. Brochman S. // The Advocate. — 1991. — Vol. 58. — P. 38—43.
33. Brown P.J., Wolf J. // Drug and alcohol dependence. — 1994. — Vol. 35. — P. 51—59.
34. Bryant R.A. // J. Emerg. Manage. — 1999. — P. 13—15.
35. Bureau of Justice Statistics. Criminal Victimization in the United States, 1994. — Washington, DC: Bureau of Justice Statistics, U.S. Department of Justice.
36. Burgess AW. // Behavioral Science and the law. — 1983. — Vol. 1. — P. 97—113.
37. Burton D., Foy DW, Bwanausi C. et al. // Journal of Traumatic Stress. — 1994. — Vol. 7. — P. 83—93.
38. Carrion V.G., Steiner H. // J. Am Acad Child Adolesc Psychiatry. — 2000. — Vol. 39, №3. — P. 353—359.
39. Cauffman E., Feldman S.S., Waterman J. et al. // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. — 1998. — Vol. 37, №11. — P. 1209—1216.
40. Choquet M., Darves Bornoz J.M., Ledoux S. et al. // Child Abuse Negl. — 1997. — Vol. 21, №9. — P. 823—832.
41. Curreri F. // The Salt Lake Tribune, December 16, 2001.
42. Davidson J.R.T. // J. Clin. Psychiatry. — 2000. — Vol. 61, №5. — P. 52—56.
43. Donaldson D. (1990). «Rape of Males» in Dynes, Wayne, ed. Encyclopedia of Homosexuality. New York: Garland Publications.
44. Duarte C.S., Hoven C.W., Wu D.J. et al. // Program and abstracts of the XII World Congress of Psychiatry; August 24—29, 2002; Yokohama, Japan. Abstract S-265-3.
45. DuRant R.H., Krowchuk D.P., Sinal S.H. // J. Pediatr. — 1998. — Vol. 133, №1. — P. 113—118.
46. Engdahl B., Dikel T.N., Eberly R. et al. // Am. J. Psychiatry. — 1998. — Vol. 155. — P. 1740—1745.
47. Epstein R.S. // Psychiatric annals. — 1989. — Vol. 19, №10. — P. 356—377.
48. Foy D.W., Goguen C.A. // The National Center for PTSD. PTSD Research Quarterly. — 1998. — Vol. 9, №4.
49. Friedman M.J., Schnurr P.P. (1995). The relationship between trauma, PTSD, and physical health. In M.J. Friedman, D.C. Charney, & A.Y. Deutch (Eds.), Neurobiological and clinical consequences of stress: from normal adaptation to PTSD (P. 507—524). Philadelphia: Lippincott-Raven.
50. Esterling B.A., L'Abate L., Murray E.J., Pennebaker J.W. // Clin. Psychol. Rev. — 1999. — Vol. 19. — P. 79—96.
51. Halligan S.L., Yehuda R. // The National Center for PTSD. PTSD Research Quarterly. — 2000. — Vol. 11, №3.
52. Harvey A.G., Bryant R.A. // J. Consult. Clin. Psychol. — 1999. — Vol. 67. — P. 985—988.
53. Hendin H., Haas A.P. // Am. J. Psychiatry. — 1991. — Vol. 148. — P. 586—591.
54. Isley P. (1991). «Adult Male Sexual Assault in the Community: A Literature Review and Group Treatment Model», in Burgess, Ann, ed. Rape and Sexual Assault III: A Research Handbook. New York: Garland Publishing, Inc.
55. Garnefski N., Arends E. // J. Adolesc. — 1998. — Vol. 21, №1. — P. 99—107.
56. Garnefski N., Diekstra R.F. // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. — 1997. — Vol. 36, №3. — P. 323—329.

57. Green B.L., Lindy J., Grace M. et al. // J. Nerv. Ment. Dis. — 1989. — Vol. 77. — P. 329–335.
58. Groth A.N., Burgess A.W. // Am. J. of Psychiatry. — 1980. — Vol. 137, №7. — P. 806–810.
59. Gurvits T.V., Lasko N.B., Schachter S.C. et al. // J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. — 1993. — Vol. 5. — P. 183–188.
60. Kempf J.P., Braley R.O., Ciotola P.V. // J. Am. Acad. Psychiatry Law. — 1997. — Vol. 25, №2. — P. 149–160.
61. Kennedy R. // Medscape Psychiatry & Mental Health Posted 09/06/2002.
62. Kessler R.C., Frank R.G. // Psychol. Med. — 1997. — Vol. 27. — P. 861–873.
63. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E. et al. // Arch. Gen. Psychiatry. — 1995. — Vol. 52. — P. 1048–1060.
64. Kilpatrick D.G., Saunders B.E., Amick-McMullan A. et al. // Behavior Therapy. — 1989. — №20. — P. 199–214.
65. Koda R., Tanaka K., Matsumaru K. et al. // Program and abstracts of the XII World Congress of Psychiatry; August 24–29, 2002; Yokohama, Japan. Abstract PO-25-38.
66. Lange J.T., Lange C.L., Cabaltica R.B.G. // Am. Fam. Physician. — 2000. — Vol. 62. — P. 1035–1040.
67. Lipscomb G.H. // J. Am. Med. Association. — 1992. — Vol. 267, №22. — P. 3064–3066.
68. Marmar C.R. // The National Center for PTSD. PTSD Research Quarterly. — 1997. — Vol. 8, №3.
69. Marshall R.D., Spitzer R., Liebowitz M.R. // Am. J. Psychiatry. — 1999. — Vol. 156. — P. 1677–1685.
70. Mezey G., King M. // Psychological Medicine. — 1989. — Vol. 19, №1. — P. 205–209.
71. Moffitt T.E. // Psychological Review. — 1993. — №100. — P. 674–701.
72. Norris F.H. // J. Consul. and Clin. Psychology. — 1992. — №60. — P. 409–418.
73. Pitman R.K., Altman B., Greenwald E. // J. Clin. Psychiatry. — 1991. — Vol. 52. — P. 17–20.
74. Pitman R.K., Sparr L.F. // The National Center for PTSD. PTSD Research Quarterly. — 1998. — Vol. 9, №2.
75. Pitman R.K., Sparr L.F., Saunders L.S. et al. (1996) Legal issues in PTSD. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), Traumatic stress; the effects of overwhelming experience on mind, body, and society (P. 378–397).
76. Putnam F.W. // J. Trauma stress. — 1989. — №2. — P. 413–429.
77. Resnick H.S., Galea S., Kilpatrick D.G. et al. // The National Center for PTSD. PTSD Research Quarterly. — 2004. — Vol. 15, №1.
78. Resnick H.S., Kilpatrick D.G. // The National Center for PTSD. PTSD Research Quarterly. — 1994. — Vol. 5, №5.
79. Ruchkin V.V., Schwab-Stone M., Koposov R. et al. // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. — 2002. — Vol. 41, №3. — P. 322–329.
80. Schnurr P.P. // The National Center for PTSD. PTSD Research Quarterly. — 1996. — Vol. 7, №3.
81. Shalev A.Y., Bleich A., Ursano R.J. // Psychosomatics. — 1990. — №31. — P. 197–203.
82. Shalev A.Y., Peri T., Canetti L. et al. // Am. J. Psychiatry. — 1996. — №153. — P. 219–225.
83. Shalev A.Y., Freedman S., Peri T. et al. // Am. J. Psychiatry. — 1998. — №155. — P. 630–637.
84. Simonovic M.M. // Program and abstracts of the XII World Congress of Psychiatry; August 24–29, 2002; Yokohama, Japan. Abstract PO-9-8.
85. Solomon S.D., Gerrity E.T., Muff A.M. // JAMA. — 1992. — Vol. 268. — P. 633–638.
86. Sparr L.F., Atkinson R.M. // Am. J. Psychiatry. — 1986. — Vol. 143. — P. 608–613.
87. Spiegel D. In A. Tasman & S.M. Goldfinger (Eds.) American Psychiatric Press, Review of Psychiatry. — 1991. — Vol. 10 (P. 261–275). Washington, DC: American Psychiatric Press.
88. Spitzer C., Dudeck M., Liss H. et al. // The Journal of Forensic Psychiatry. — 2001. — Vol. 12, №1. — P. 63–67.
89. Steiner H., Garcia I.G., Matthews Z. // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. — 1997. — Vol. 36, №3. — P. 357–365.
90. Stoddard F.J., Todres I.D. // Crit. Care Med. — 2001. — Vol. 29. — P. 687–688.
91. Stone A.A. // Bull. Am. Acad. Psychiatry and The Law. — 1993. — Vol. 21. — P. 23–36.
92. Terr L.C. // Am. J. Psychiatry. — 1991. — Vol. 148. — P. 10–20.
93. Vermetten E., Douglas-Palumberi H., Vythilingam M. // Program and abstracts of the XII World Congress of Psychiatry; August 24–29, 2002; Yokohama, Japan. Symposium S-27-2.
94. Warner M.D., Dorn M.R., Peabody C.A. // Pharmacopsychiatry. — 2001. — Vol. 34. — P. 128–131.
95. Weisaeth L. // J. Clin. Psychiatry. — 2001. — Vol. 62. — Suppl. 17. — P. 35–40.
96. Widom C.S. // Science. — 1989. — Vol. 244. — P. 160–166.
97. Wilson J.P. Trauma, Transformation, and Healing: An Integrative Approach to Theory, Research, and Post-Traumatic Therapy. New York, NY: Brunner/Mazel; 1989.
98. Yehuda R. // Canadian Journal of Psychiatry. — 1999. — №44. — P. 34–39.
99. Yehuda R. // The New England Journal of Medicine. — 2002. — Vol. 2. — P. 108–114.

TRAUMATIC STRESS, SUBSTANCE ABUSE AND CRIMINALITY

MASAGUTOV R.M.

YULDASHEV V.L.

KIDRASOVA N.F.

KADYROVA E.Z.

This article reviews the links between traumatic stress, posttraumatic stress disorder (PTSD), substance abuse, antisocial life style, and criminality. General concept of traumatic stress, types of traumatic events, coping-strategies, and psychological defense mechanisms are presented. Psychodynamic, psychological and biological risk factors and predictors of PTSD are considered. Modern diagnostic criteria of PTSD on ICD-10 and DSM-IV are presented. Problems of clinical features, types of current and the forecast of PTSD are discussed. Various models explained PTSD comorbidity with substance abuse, and other mental disorders are considered. Data about modern prevalence and clinical features PTSD both in general population, and in specific social groups, including prisons, are cited. The links between traumatic stress and antisocial / aggressive / criminal behavior is discussed.