
Петров В.И., Пантелеева Н.В., Дмитров А.В.
Исправительное учреждение «Тюрьма № 4» УДИН МВД Республики Беларусь
по Могилевской области, Могилев, Беларусь
Могилевский государственный университет им. А.А. Кулешова, Могилев,
Беларусь

Расстройства адаптации в местах лишения свободы

Место, цели и задачи пенитенциарной психиатрии в течение всей истории ее развития всегда зависели от уголовно-исполнительной политики соответствующего государства и преобладающих «моделей исправления». Общество с давних времен пыталось оградить себя от социально опасных лиц, используя имеющиеся возможности для их изоляции. Еще во времена своего царствования Екатерина II так определяла предназначение наказания: «Цель наказания состоит не в том, чтобы мучить тварь, чувствами одаренную. Она на тот конец предписана, чтоб воспрепятствовать виновному, дабы он впредь не мог вредить обществу, и чтобы отвратить граждан от содеяния преступлений». Это определение не лишено гуманистического оттенка и подразумевает цель наказания не только как «санацию» общества от провинившегося и использование его в качестве примера для назидания остальным, но и указывает на необходимость определенного (человеческого) отношения к преступнику после ареста. Элемент человеколюбия в определении императрицы свидетельствует о понимании того, что в преступлении она видела проявление единства объективных и субъективных факторов, что преступное поведение – это не только нравственные особенности индивида, но и социальные отношения, в которые он включен.

В начале третьего тысячелетия появились законодательные акты, защищающие права потребителей психиатрической помощи, возникли ее новые диагностические категории, изменилась терапевтическая стратегия ведения пациентов, что вновь привлекло внимание общественности к качеству оказания психиатрической помощи в местах лишения свободы. В то же время происходящие в последние десятилетия изменения в уголовно-исполнительной системе (УИС) Республики Беларусь повлекли за собой поиск наиболее действенных подходов в работе со спецконтингентом с целью повышения эффективности исправления. Изменения в законодательстве Республики Беларусь, связанные с реформированием УИС, направлены на расширение прав осужденных и создание в исправительных учреждениях (ИУ) гуманной социальной

среды. Следует заметить, что психическая дезадаптация осужденных может стать причиной дестабилизации оперативно-режимной обстановки в местах лишения свободы.

Наличие у осужденных психических расстройств вносит свои коррективы в процесс отбывания наказания, поскольку без учета особенностей их поведения невозможно выполнять одну из главных задач УИС – формирование законопослушного поведения осужденных как в местах лишения свободы, так и после освобождения из них. В частности, следует учитывать, что в структуре заболеваемости преступников психические расстройства по удельному весу постоянно входят в первую «тройку» нозологических форм, а трудности адаптации к условиям ИУ отмечаются у 50,0–80,0% осужденных [1, 2].

Вместе с тем организация психиатрической помощи в УИС специфична и отличается от аналогичной помощи в системе здравоохранения. Ее потребителями являются лица, совершившие преступления и отбывающие наказание. При оказании психиатрической помощи врач вынужден подчиняться режиму работы ИУ, а также учитывать вопросы личной безопасности. Психиатр учреждения руководствуется не только нормативными документами здравоохранения, но и правовой базой УИС, часто требующей внесения изменений в организацию его работы.

Социальная изоляция правонарушителей в местах лишения свободы в связи с совершенными преступлениями проверяет на прочность резервы психики человека, заставляет его действовать в условиях экстремальных характеристик пенитенциарного быта. Распространенность расстройств адаптации (РА) среди всех осужденных, по нашим данным, составляет 49,6 случая на 100 осужденных, причем среди женщин – 60,3 на 100 осужденных, мужчин – 38,1 на 100 осужденных [5]. В МКБ-Х соответствующая нозологическая форма определена как расстройство приспособительных реакций или расстройство адаптации (F43.2) и представляет собой «состояние субъективного дистресса и эмоциональные расстройства, препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому событию». Причиной подобного расстройства часто является тюремное заключение, о котором Эндрю Коил в своем пособии для тюремного персонала писал: «Лишение человека свободы является очень суровым наказанием, кроме того, тюремное заключение является серьезным поражением в правах, поэтому такая мера наказания может быть назначена при четко определенных обстоятельствах, когда отсутствует какая-либо иная разумная альтернатива» [3].

Психика человека является наиболее ранимым аппаратом приспособления человека к окружающей (социальной и экологической) среде, в том числе в ситуации хронического напряжения [4]. Важность психической адаптации

как фундаментального процесса, определяющего успешность жизнедеятельности человека, на современном этапе развития общества определяет необходимость изучения различных аспектов «адаптации – дезадаптации». Основными психотравмирующими факторами, определяющими возникновение «пенитенциарного стресса» и его последствий в виде РА в местах лишения свободы, являются [4]:

- социальная изоляция в виде ограничения свободы с жестким контролем и регламентацией жизнедеятельности спецконтингента;
- необходимость беспрекословного выполнения всех требований администрации и охраны;
- четкий распорядок дня и режим содержания ИУ;
- особенности и трудности бытовых условий в камере;
- материальные лишения и моральные переживаниями в связи с адаптацией к непривычной среде, новым условиям жизнедеятельности;
- прекращение устоявшихся связей с привычным окружением, оторванность от родных и друзей;
- сложность в удовлетворении сексуальных и других привычных потребностей;
- постоянные и сильные воздействия на индивида со стороны криминализованной части спецконтингента, часто занимающего ведущее положение в уголовной иерархии;
- тюремная субкультура способствует принятию осужденными нравов, обычаев, и «законов преступного мира».

Цель работы: изучение клинических проявлений РА у спецконтингента тюрьмы № 4 УИС МВД Республики Беларусь. Из поставленной цели вытекали задачи по определению особенностей протекания РА у мужчин и женщин, отбывающих наказание за совершенные преступления, возможностей аггравации РА и соматизации тревожно-депрессивных проявлений у спецконтингента.

Материалы и методы. Объем исследования составил 124 осужденных исправительного учреждения «Тюрьма № 4» УДИН МВД по Могилевской области в возрасте от 18 до 60 лет (54 мужчины и 70 женщин), которые наблюдались в течение 6 мес. после ареста. Использовался клинический метод (для оценки психического состояния и установления или отклонения диагноза РА по МКБ-10), а также скрининговые шкалы оценки уровней тревоги и депрессии Гольдберга. Способ опроса был очный, индивидуальный, направленный на выявление клинических проявлений РА и психометрического подтверждения наличия тревоги и (или) депрессии.

Результаты и обсуждение. Психическая дезадаптация представляла собой срыв защитно-компенсаторных механизмов психики и проявлялась пре-

жде всего в форме тревоги, депрессии, а также иных психопатологических нарушений, объединяемых в невротические и психопатоподобные синдромы. Лица, страдающие РА, имели признаки снижения «антистрессового иммунитета», уменьшения коммуникативной активности, повышенный риск потребления ПАВ, склонность к аутоагрессивному и антисоциальному поведению. Характер социального функционирования и поведенческие стереотипы спецконтингента были связаны со степенью их адаптации к пенитенциарному быту и клиническими формами РА, что позволяло прогнозировать его поведение и выделять «группу риска» лиц с неудовлетворительной адаптацией.

Адаптационные нарушения у осужденных исследуемой группы возникали в течение месяца после психологической травмы (арест, лишение свободы) и продолжали наблюдаться не более полугода. Кратковременная депрессивная реакция представляла собой мягкое, «преходящее» состояние легкой депрессии длительностью до одного месяца. Смешанная тревожная и депрессивная реакция протекала с признаками тревожно-депрессивного диапазона без доминирования тревоги или депрессии, но с обязательным присутствием вегетативной дисфункции. РА с нарушением эмоций отличала «смесь» нескольких эмоций, которые вместе с тревогой и депрессией могли включать напряженность, беспокойство, гнев и т.д. РА с нарушением поведения в дополнение к признакам тревожно-депрессивного регистра проявлялись агрессией, диссоциальным поведением. Адаптационные расстройства с нарушением эмоций и поведения включали сочетание двух последних из перечисленных видов РА.

В клинической картине РА основные проявления, связанные с пенитенциарным стрессом, включали депрессивное настроение, тревогу, беспокойство, чувство неспособности справиться, планировать или продолжать оставаться в сложившейся ситуации, а также определенную степень снижения продуктивности в ежедневных делах и бытовой активности. Как правило, имел место астенический синдром в виде повышенной истощаемости и утомляемости. Вышеперечисленные симптомы не являлись преобладающими каждый в отдельности. В ряде случаев у осужденных с РА структура начальных психических проявлений была представлена выраженными аффективными нарушениями. Это сопровождалось тревогой, подозрительностью, чувством безотчетного страха, ощущением надвигающейся угрозы. Могли возникать необычные «странные» телесные ощущения, отдельные идеи, отношения, замкнутость, неожиданные и неадекватные поступки и высказывания, агрессивные тенденции. Но чаще психические нарушения были неочерчены, невыразительны и характеризовались неустойчивостью настроения со склонностью к депрессивным реакциям, с фиксацией на переживаниях психотравмирующего характера, связанных с угрызениями совести, тревожными опасениями,

страхом, настороженным ожиданием насилия со стороны заключенных или других лиц.

Динамика адаптационных нарушений была следующей: вначале преобладали «фасадные» признаки – общие черты дезадаптации, связанные с субъективно сложной психотравмирующей ситуацией. Они включали напряженность, тревожность, настороженность, «зашторенность» субъективных переживаний от представителей администрации и медперсонала ИУ. Эти психические нарушения отражали признаки сниженной (систематическое игнорирование режима содержания, уклонение от работы, конфликтность, избирательная оппозиционность к осужденным или представителям администрации ИУ, уклонение от коррекционно-воспитательных воздействий, утрата интереса к переписке с родственниками) или нарушенной (диффузная оппозиционность к осужденным и представителям администрации ИУ, ауто- и гетероагрессивность, суицидальные попытки, конфликтность, неприятие мер коррекционно-воспитательных и исправительно-трудовых воздействий, немотивированность и неадекватность высказываний, действий, поступков) адаптации к условиям содержания в ИУ. Больные становились раздражительными, обидчивыми, замкнутыми, периодически жаловались на тяжесть в голове, головные боли, снижение аппетита, «покалывания» в области сердца, общий дискомфорт. В течение 2–3 мес. отмеченные расстройства становились более выраженными, постоянными, усугубляясь появлением вялости, разбитости, слабости, повышенной утомляемости. У пациентов отмечались снижение побуждений, трудности сосредоточения внимания, запоминания, нарушения сна, неприятные ощущения в голове, различных частях тела, сочетающиеся с соматовегетативными расстройствами. Снижалась адаптация к условиям содержания в ИУ, что проявлялось в отказе от выполнения требований режима содержания в связи с соматическим состоянием, слабостью, разбитостью, угнетенным настроением.

В структуре РА преобладал депрессивный фон настроения с явлениями гипобулии, повышенной истощаемости, чувством неполноценности, ипохондрической фиксацией на соматических ощущениях. У большинства осужденных выявлялись признаки гипотимии (у мужчин – в 76,5%, у женщин – в 85,9% случаев), что было особенно выражено в первые недели пребывания в ИУ. Ее выраженность варьировала от чувства легкой грусти, которая не препятствовала выполнению повседневных обязанностей, до выраженной подавленности, которая сочеталась с утратой энергичности, чувством вины у мужчин, плаксивостью, обеднением эмоциональных реакций – у женщин. Во время осмотров такие пациенты были моторно заторможены, фиксированы на отрицательных переживаниях, не проявляли должной коммуникации в общении с медперсоналом.

При активном сборе анамнеза пациенты указывали, что испытывают трудности в выполнении бытовых функций, чувство скуки и безразличия, замкнулись в себе и значительно сузили круг общения, забыли о своих прежних увлечениях. Такая клиническая картина была характерна для протекания РА у 94,1% осужденных мужчин и у 89,1% осужденных женщин. Соответственно, РА с эксплозивными проявлениями в виде гневливости, раздражительности, невозможности сдерживать себя, повышенной возбудимости встречались у 5,9% мужчин и 10,9% женщин. У каждой 7-й женщины и каждого 5-го мужчины отмечалось снижение либидо, что проявлялось в безразличии к половой жизни и отсутствии интереса к лицам противоположного пола. У 4,3% женщин РА сочетались с нарушениями менструального цикла, которые были напрямую связаны с фактом ареста и содержания под стражей, причем они часто не были связаны с органическими изменениями и обладали устойчивостью к традиционной коррекции гинекологом. Зачастую астения в виде слабости, повышенной утомляемости и истощаемости, эмоциональной лабильности сочеталась с ипохондрическими высказываниями.

Осужденные с РА были повышено чувствительны, обидчивы, ранимы, особенно женщины в вопросах, касающихся взаимоотношений с близкими родственниками. Отмечалось нарушение социального функционирования и продуктивности (невозможность собраться написать письмо, привести в порядок одежду, предпринять попытки по уточнению сроков возможного освобождения, погашения исков, безразличие к возможной регистрации нарушений режима содержания и т.д.). В беседах часто отмечались тревожные опасения, беспокойство, сопровождающиеся мышечным напряжением, невозможностью расслабиться, теснением в груди. Для женщин было характерно наличие «плохих» предчувствий, ожидание беды, образное фантазирование с представлением сцен возможных несчастий с ними самими и их близкими родственниками. Вегетативные расстройства провоцировали ипохондрические переживания и функциональные телесные феномены, заостряли внимание пациентов на имеющейся соматической патологии. Навязчивые мысли встречались в 3 раза чаще у осужденных мужчин в сравнении с женщинами, которые не достигали уровня фобических нарушений, позволяя не относить их к другой, кроме РА, клинической нозологии.

Гендерные различия, видимо связанные с более широким диапазоном социальных ролей у женщин, в изучаемых группах выражались в следующем: признаки РА у осужденных женщин были представлены более широко как по симптомокомплексу тревоги, так и депрессии. Это подтверждает мысль о том, что качество жизни у женщин тесно взаимосвязано не только с личностью самореализацией, но и с благополучием близких. В ИУ их «зона комфорта» сужается под влиянием особенностей пенитенциарного быта в большей сте-

пени, чем у мужчин. В 3,1% случаев при обследовании мужчин и 4,8% при обследовании женщин выявлены лица с признаками аггравации своего состояния. У них на фоне значительного повышения тревоги и депрессии по шкалам Гольдберга в ходе индивидуальной беседы тревога и депрессия в рамках РА не получили должного подтверждения.

Проведенное исследование показало, что при обследовании осужденных, имеющих чисто соматические жалобы, часто бывает сложно уловить и не всегда явно выступают на первый план тревожно-депрессивные нарушения как проявления РА. Поэтому целесообразно для их верификации чаще прибегать к психометрическим тестам по выявлению нарушений тревожно-депрессивного спектра для исключения, в частности, соматизации имеющей место депрессии.

В ходе нашего предшествующего исследования с целью изучения депрессивных расстройств в рамках РА у контингента ИУ, представляющих актуальную диагностическую проблему для пенитенциарной медицины, проанализировано 1747 амбулаторных обращений спецконтингента в медчасть тюрьмы № 4. Установлено, что 12,6% заключенных под стражу акцентируют внимание медперсонала на соматических жалобах, возникших в связи с пенитенциарным стрессом, которые не подтверждались данными объективного и лабораторно-инструментального обследования. Из этой группы лиц у 1,8% лиц (32 человека) посредством психологического тестирования выявлены признаки депрессивных нарушений, возникновение которых они связывали с лишением свободы, что позволило в дальнейшем трактовать их как РА. Клинические проявления РА у этих лиц отличались разнообразием и по мере уменьшения выраженности определенного признака у исследуемой группы спецконтингента располагались следующим образом: нарушения сна (71,8%), исчезновение радости и удовольствия в жизни (56,2%), головная боль (50,0%), нарушения аппетита и кардиалгии, сердцебиение, перебои в работе сердца (по 37,5%), исчезновение чувства юмора и снижение интереса к жизни и здоровью близких людей (по 34,4%), нарушения функции желудочно-кишечного тракта, ограничение контактов, коммуникативный «голод», артралгии и миалгии (по 31,2%). Менее 25,0% составили такие признаки, как головокружение, сексуальные расстройства, затруднения дыхания, зубная боль [5].

Выводы

Расстройства адаптации спецконтингента УИС представляют актуальную проблему для пенитенциарной психиатрии ввиду их распространенности и изменения поведенческого стереотипа индивида в связи с «пенитенциарным стрессом», что затрудняет исполнение назначенного судом наказания и дестабилизирует обстановку исправительных учреждений.

Клинические проявления адаптационных расстройств разнообразны и включают в себя нарушения тревожно-депрессивного спектра, невротические и психопатоподобные состояния. В возникновении и протекании расстройств адаптации имеются некоторые гендерные различия, в частности они чаще встречаются у женщин, диапазон проявлений их тревоги и депрессии более широк.

В постановке диагноза расстройства адаптации важно использовать психометрические методики, которые позволяют при соматических жалобах, при исключении телесной патологии предположить наличие «соматизации» имеющейся депрессии.

Разработка вопросов медицинской реабилитации спецконтингента с расстройствами адаптации будет способствовать сохранению его психического здоровья, снижению напряженности в местах лишения свободы, профилактике гетеро- и аутоагрессивных действий, что в конечном итоге подтвердит гуманность отношения нашего общества ко всем его членам.

Литература

1. Волков, В.Н. Организация психиатрической помощи осужденным / В.Н. Волков // Специальные вопросы организации медобеспечения в ИТУ: сб. лекций № 2 / В.Н. Волков. – Домодедово: ВИПК МВД СССР, 1985. – С. 3–19.
2. Волков, В.Н. Медицинская психология в ИТУ: учебник / В.Н. Волков. – М., 1989. – 253 с.
3. Койл, Э. Подход к управлению тюрьмой с позиций прав человека: пособие для тюремного персонала / Э.Койл. – Лондон, 2002. – 160 с.
4. Петров, В.И. Организация и методика проведения школ профилактики психической дезадаптации в условиях пенитенциарного стресса: практ. пособие / В.И. Петров; М-во внутр. дел РБ, Департамент исполнения наказаний МВД РБ. – Минск, 2004. – 132 с.
5. Петров, В.И. Медицинская реабилитация осужденных с расстройствами адаптации в условиях исправительного учреждения, диссертация канд. мед. наук : 140018, 140033 / В.И. Петров. – Минск, 2008. – 205 с.