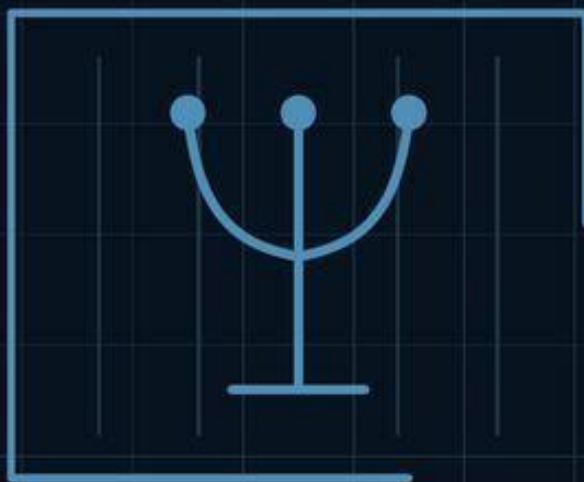


18+
НАУЧНАЯ СЕРИЯ • КНИГА I

И. Я. НОВИЦКИЙ

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ: ОСНОВАНИЯ НОВОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

Теория, методология
и категориальный аппарат



Игорь Новицкий

**Пенитенциарная психиатрия:
основания новой дисциплины.
Теория, методология
и категориальный аппарат**

«Издательские решения»

Новицкий И. Я.

Пенитенциарная психиатрия: основания новой дисциплины.
Теория, методология и категориальный аппарат /
И. Я. Новицкий — «Издательские решения»,

НЕЗАКОННОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ, ИХ АНАЛОГОВ ПРИЧИНЯЕТ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ, ИХ НЕЗАКОННЫЙ ОБОРОТ ЗАПРЕЩЕН И ВЛЕЧЕТ УСТАНОВЛЕННУЮ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ. Монография обосновывает пенитенциарную психиатрию как самостоятельное направление науки и практики. Раскрываются её история, предмет, методы и связи со смежными дисциплинами. Представлены понятия пенитенциарной патофизиологии, клинической цены изоляции, институциональной психической зависимости и кризиса освобождения, а также многоосевая классификация, шкала риска и модель пенитенциарно-психиатрического паспорта. Для психиатров, психологов и специалистов УИС.

Содержание

Введение	6
Часть I.	7
Глава 1. История психиатрии и дифференциация научных дисциплин	7
Глава 2. От общей психиатрии к судебной психиатрии	8
Глава 3. От судебной психиатрии к ПП	9
Глава 4. Международный опыт тюремной психиатрии и его ограничения	10
Глава 5. Кризис существующих подходов к изучению осужденных	12
Глава 6. Научное обоснование ПП	13
Часть II.	14
Глава 7. Объект ПП	14
Глава 8. Предмет ПП	17
Глава 9. Методы ПП	18
Глава 10. Методология пенитенциарно-психиатрического исследования	20
Глава 11. Эмпирическая база дисциплины	22
Глава 12. Место ПП среди других наук	26
Часть III.	28
Глава 13. Психиатрический жизненный цикл осужденного	28
Глава 14. Пенитенциарная патопластика	30
Глава 15. Клиническая цена изоляции	32
Глава 16. Пенитенциарная адаптация и дезадаптация	34
Конец ознакомительного фрагмента.	35

Пенитенциарная психиатрия: основания новой дисциплины Теория, методология и категориальный аппарат

Игорь Яковлевич Новицкий

© Игорь Яковлевич Новицкий, 2026

ISBN 978-5-0071-3325-8

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Введение

Судебная психиатрия сформировалась на пересечении медицины и права, чтобы определить, как психическое расстройство влияет на ответственность, способность осознавать свои действия и руководить ими, а также на применение мер медицинского характера. Ее оптика по преимуществу экспертна и обращена к юридически значимому состоянию человека.

После приговора экспертная оценка завершается, но психическая жизнь продолжается в иной системе отношений. Человек оказывается одновременно пациентом и субъектом исполнения наказания: его состояние меняют режим, изоляция, институциональный контроль, неформальная субкультура, хронический стресс и необходимость длительной адаптации.

Целостной психиатрической концепции человека в УИС пока нет. Криминология описывает преступность и рецидив; пенитенциарная психология — адаптацию и отношения; тюремная медицина — организацию помощи; судебная сексология и наркология — отдельные клинические контингенты. Вне общего языка остается динамика расстройства, личности и среды после приговора.

Монография рассматривает психику человека в УИС как самостоятельный объект исследования. Анализируется не преступность или заболевание сами по себе, а то, как принудительная изоляция изменяет клиническую динамику, личность, адаптацию, риск и исход.

Концепция опирается на литературу и многолетнюю работу автора в исправительном учреждении. Клиника показывает разные траектории: одни люди сохраняют устойчивость, другие быстро декомпенсируются; одни расстройства сглаживаются, другие меняют форму; часть патологии впервые выявляется только после ареста. Эти расхождения требуют собственной объяснительной модели.

Цель монографии — обосновать пенитенциарную психиатрию (ПП) как самостоятельное направление психиатрической науки. Ее объект — человек на разных этапах взаимодействия с уголовно-исполнительной системой; предмет — закономерности формирования, течения и исходов психических расстройств, личностных изменений и адаптационных процессов в условиях принудительной изоляции. Основная гипотеза состоит в том, что эта среда создает особую клиническую реальность, для описания которой нужны собственные понятия, методы и исследовательская программа.

Часть I.

Возникновение новой науки

Глава 1. История психиатрии и дифференциация научных дисциплин

Психиатрия развивалась через накопление знаний и разделение исследовательских оптик.

Пинель освободил клиническое понимание психической болезни от религиозно-моральных толкований и связал помощь с систематическим наблюдением (Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris: Richard, Caille et Ravier, 1801. P. 3—18). Эскироль закрепил этот переход, сделав описание и сравнительный анализ психопатологических феноменов основой дисциплины (Esquirol J.-E.-D. *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*. Paris: Baillière, 1838. Vol. 1. P. 1—27).

В XIX веке Гризингер укрепил медицинскую модель психических расстройств (Griesinger W. *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. Stuttgart: Krabbe, 1861. S. 1—15), а Кребелин связал классификацию болезней с их течением и исходами (Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Leipzig: Barth, 1899. Bd. 1. S. 5—21). Нозология создала общее поле, внутри которого затем возникли специализированные направления.

Детская психиатрия выделилась потому, что расстройства развития, возрастная динамика и семейная среда не укладывались во взрослые модели (Kanner L. *Child Psychiatry*. Springfield: Charles C Thomas, 1935. P. 1—18; Rutter M. *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell, 1977. P. 3—12). Геронтопсихиатрия ответила на специфику позднего возраста (Roth M. *The Natural History of Mental Disorder in Old Age*. *Journal of Mental Science*. 1955. Vol. 101. P. 281—301), наркология — на особую динамику влечения, ремиссии и рецидива (Пятницкая И. Н. *Общая и частная наркология*. М.: Медицина, 2008. С. 9—31).

В XX веке по той же логике возникли социальная, военная, кризисная психиатрия и психиатрия катастроф: каждое направление сосредоточилось на классе явлений, который общая модель объясняла недостаточно.

Становление дисциплины проходит четыре рубежа: появляется специфический объект; накапливаются данные, не укладывающиеся в прежние модели; возникают собственные понятия и методы; затем научное поле получает институциональное признание.

Пенитенциарная психиатрия возникает в той же логике: не как административно созданная специальность, а как ответ на область наблюдений, которую смежные дисциплины описывают фрагментарно. Ее историческое основание — пересечение клиники, права и длительной принудительной изоляции.

Глава 2. От общей психиатрии к судебной психиатрии

Судебная психиатрия возникла не вместе с новыми болезнями, а вместе с новой задачей: отвечать на вопросы права. Клинический объект сохранился, изменилась исследовательская перспектива.

Крепелин описывал клинические формы и их естественную динамику (Kraepelin E. *Psychiatrie*. Leipzig: Johann Ambrosius Barth, 1899. Bd. 1. S. 5—32), Блейлер — структуру шизофренического процесса (Bleuler E. *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig: Deuticke, 1911. S. 8—29), Ясперс — методологию понимания субъективного опыта (Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer, 1913. S. 1—43). Их центральным объектом оставалась болезнь; судебная практика потребовала соотнести ее с ответственностью и поведением.

Право исходило из способности человека понимать последствия поступка и отвечать за него; клиника показывала состояния, при которых эта способность нарушается. Бред, галлюцинации, тяжелые аффективные и интеллектуальные расстройства поставили вопрос, недоступный одной юриспруденции: как психическое состояние влияло на осознание и контроль поведения в момент деяния?

Простого сообщения о диагнозе оказалось недостаточно. Два человека с шизофренией могут действовать по разным механизмам: один — под влиянием бреда, другой — с сохранной критикой и корыстным мотивом. Экспертный анализ поэтому оценивает не болезнь вообще, а ее значение в конкретной ситуации.

В. П. Сербский обосновывал судебную психиатрию как область на пересечении медицины и права и требовал оценивать значение расстройства для поведения (Сербский В. П. *Судебная психопатология*. М.: Издание А. А. Карцева, 1895. С. 17—54). С. С. Корсаков дополнил эту оптику анализом личности и динамики состояния (Корсаков С. С. *Курс психиатрии*. М.: Типография Товарищества И. Н. Кушнерев и Ко, 1901. С. 38—71).

В XX веке дисциплина получила собственные категории — вменяемость, процессуальную дееспособность, меры медицинского характера — и ретроспективную методологию: эксперт восстанавливает психическое состояние в прошлом по клиническим данным, материалам дела и свидетельствам.

В отечественной судебной психиатрии существенный вклад в развитие данной методологии внесли Г. В. Морозов, Т. Б. Дмитриева, Б. В. Шостакович и их научные школы. Их работы позволили сформировать современные подходы к экспертной оценке психических расстройств и общественно опасного поведения (Морозов Г. В. *Судебная психиатрия*. М.: Медицина, 1988. С. 9—48; Дмитриева Т. Б. *Судебная психиатрия*. М.: Медицина, 2004. С. 12—41; Шостакович Б. В. *Судебная психиатрия*. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. С. 53—97).

К XXI веку судебная психиатрия получила собственный предмет, методологию и институции. Ее история показывает: новая отрасль появляется не вместе с неизвестной болезнью, а вместе с классом вопросов, недоступных прежней оптике. Судебная психиатрия возникла на встрече клиники и права; ПП — на следующем, пенитенциарном участке биографии пациента.

Глава 3. От судебной психиатрии к ПП

Судебная психиатрия отвечает на юридически значимый вопрос о состоянии человека во время деяния, следствия, суда или применения мер медицинского характера. После вступления приговора в силу начинается иная, иногда многолетний период, который экспертная оптика охватывает лишь частично.

Лишение свободы меняет среду существования личности: регламентирует поведение и время, ограничивает контакты и приватность, вводит человека в неформальную субкультуру и длительный институциональный контроль. Эти факторы влияют и на психически здоровых людей, и на течение расстройств, объясняя различия между ранней декомпенсацией, устойчивой адаптацией, изменением агрессии, депрессии, суицидальности и зависимости.

Во второй половине XX века эти явления изучались преимущественно через организацию помощи, диагностику, лечение и профилактику опасного поведения. Значительный вклад внесли В. Н. Кудрявцев, Г. В. Морозов, Т. Б. Дмитриева, Б. А. Спасенников, В. В. Меньшиков и другие исследователи (Спасенников Б. А. Психические расстройства у осужденных. Архангельск, 2001. С. 12—47; Спасенников Б. А. ПП: отдельные вопросы теории и практики. Архангельск, 2006. С. 5—29).

Термин «ПП» употреблялся и раньше, но обычно обозначал раздел судебной психиатрии либо работу психиатра в УИС. Самостоятельные объект, предмет и методология почти не формулировались.

Исследования описали распространенность расстройств, организацию помощи, суицидальность, зависимости, личностную патологию и рецидив. Однако психическая трансформация после приговора изучена слабее, хотя именно она определяет декомпенсацию, агрессию, ресоциализацию и риск повторного преступления.

Это противоречие требует не конкуренции с судебной психиатрией, а иной временной оптики: наблюдения за психическим функционированием человека после приговора, внутри УИС и после освобождения. Здесь начинается самостоятельное поле ПП.

Глава 4. Международный опыт тюремной психиатрии и его ограничения

Тюремная психиатрия активно развивается в США, Канаде, Великобритании, Австралии и Европе под названиями *correctional psychiatry*, *prison psychiatry*, *prison mental health* и *forensic mental health services*. Она накопила обширные данные и модели помощи, но преимущественно решает прикладные, а не теоретические задачи.

Одним из наиболее значимых результатов международных исследований стало установление высокой распространенности психических расстройств среди заключенных. Работы Seena Fazel и соавторов продемонстрировали, что частота шизофрении, тяжелых депрессивных расстройств, зависимостей и расстройств личности в пенитенциарной популяции существенно превышает показатели общей популяции (Fazel S., Danesh J. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*. 2002. Vol. 359. P. 545—550). В дальнейшем данные выводы неоднократно подтверждались в различных странах и на различных выборках.

Отсюда практическая направленность исследований: скрининг при поступлении, лечение, профилактика суицида и маршрутизация между пенитенциарными и гражданскими службами. В США и части европейских стран ее усилила трансинституционализация — переход части людей с тяжелыми расстройствами из сокращавшихся психиатрических стационаров в тюрьмы.

Значительный вклад в изучение психического здоровья заключенных внесли John Gunn, Pamela Taylor, Terry Kupers, Jeffrey Metzner, Jamie Fellner и другие исследователи. Их работы позволили существенно расширить представления о влиянии изоляции, насилия, одиночного содержания и институциональной среды на психическое состояние человека. Особое внимание уделялось последствиям длительной изоляции. Исследования Т. Kupers показали, что одиночное заключение способно сопровождаться выраженными эмоциональными, когнитивными и поведенческими нарушениями, формируя особый комплекс психопатологических реакций (Kupers T. *Prison Madness*. San Francisco: Jossey-Bass, 1999. P. 15—48).

Международная тюремная психиатрия рассматривает заключенного прежде всего как пациента с диагнозом. Эта клиничко-организационная оптика гуманизирует помощь, но хуже описывает длительную трансформацию личности и взаимодействие болезни со средой.

Исследования суицида, зависимости, личностных расстройств, насилия и одиночного содержания развиваются раздельно. Факторы риска и эффективность лечения изучены лучше, чем общая траектория психики в изоляции.

Существенные ограничения связаны и с различиями национальных пенитенциарных систем. Американская модель исправительных учреждений, британская система исполнения наказаний, скандинавские концепции ресоциализации и российская уголовно-исполнительная система формировались в различных исторических и культурных условиях. Многие зарубежные исследования отражают особенности конкретной страны и не могут быть автоматически перенесены в иной социальный контекст. Универсальность отдельных выводов требует критической оценки.

Даже развитые школы *correctional psychiatry* не имеют единого определения предмета: термин обозначает либо помощь заключенным, либо раздел судебной психиатрии. Поэтому между «психиатрией заключенного» и «психиатрией лишения свободы» остается разрыв: первая видит диагноз, вторая должна видеть личность в особой правовой, социальной и психологической реальности.

Мировой опыт дает ПП эмпирическую основу, но не заменяет ее теории. Задача новой дисциплины — связать диагностику, лечение, личностную динамику и психопатологию изоляции в единую модель, пригодную для разных пенитенциарных систем.

Глава 5. Кризис существующих подходов к изучению осужденных

Исследования осужденных разделили человека между дисциплинами: криминология видит криминальный опыт, судебная психиатрия — экспертный статус, психология — адаптацию, наркология — зависимость, социология — положение в закрытой группе. Каждая оптика точна в своих границах, но их сумма не создает целостной модели личности в изоляции.

Клиницист встречается не с диагнозом или статьей закона, а с биографией: состояние формировалось до преступления, менялось во время следствия и продолжает меняться в учреждении. Именно траектория, а не статический срез, становится адекватной единицей анализа.

Статические исследования фиксируют состояние в отдельный момент, хотя годы изоляции меняют самооценку, связи, агрессию, тревогу, защитные механизмы и отношение к будущему.

Нозоцентрический подход также недостаточен. Разрыв связей, утрата статуса и идентичности, институциональная зависимость, усвоение субкультуры и кризис освобождения имеют клиническое значение, но не исчерпываются рубриками МКБ-10 и МКБ-11.

Серьезные ограничения обнаруживаются и в области прогнозирования. Современная наука сравнительно успешно отвечает на вопрос, каким диагнозом страдает человек. Гораздо сложнее прогнозировать его дальнейшую судьбу внутри УИС. Диагноз сам по себе редко позволяет оценить вероятность пенитенциарной декомпенсации, суицидального поведения, устойчивой криминальной адаптации, институционализации личности или успешной ресоциализации после освобождения.

Общего языка нет и у специалистов. Агрессия может одновременно отражать психопатологию, адаптационную стратегию, этап криминальной карьеры и групповую динамику. Разные объяснения не исключают друг друга, но требуют единой аналитической рамки.

Выход из этого кризиса требует сменить единицу анализа: от отдельных диагнозов, преступлений и служб — к траектории психической жизни человека в УИС. Такая смена оптики формирует теоретическое основание ПП.

Глава 6. Научное обоснование ПП

ПП обосновывает самостоятельность там, где болезнь, личность и длительная принудительная изоляция образуют клиническую систему с собственными закономерностями. Режим, субкультура, утрата ролей и автономии действуют годами и меняют психическое функционирование.

Под влиянием данной среды возникают явления, которые невозможно полностью описать через категории общей психиатрии. Речь идет о пенитенциарной адаптации, пенитенциарной декомпенсации, институциональной зависимости, кризисе освобождения, трансформации агрессии в изоляции, изменении структуры суицидального риска и ряде других феноменов. Каждый из них обладает собственной клинической динамикой и собственной системой причинно-следственных связей.

Пенитенциарная адаптация, декомпенсация, институциональная зависимость, кризис освобождения и трансформация суицидального риска затрагивают не только пациентов с диагнозом. Поэтому нозология остается необходимой, но единицей анализа становится взаимодействие личности и среды.

Научная самостоятельность оправдана и практикой: диагноз не прогнозирует в полной мере декомпенсацию, суицид, криминальную адаптацию и трудности реинтеграции. ПП должна превращать длительное наблюдение в проверяемые модели риска, профилактики и исхода.

Часть II.

Теоретические основания ПП

Глава 7. Объект ПП

Объект ПП должен одновременно сохранять клиническое ядро, личность и уголовно-исполнительную среду. Определение объекта как «осужденного» ведет к психиатризации преступности: не каждый человек в УИС болен, и не каждое нарушение режима имеет психопатологический смысл. Определение «психически больной осужденный» слишком узко: оно исключает подследственных, освобождающихся, пограничные и впервые выявленные состояния, суицидальный риск и клинически значимую дезадаптацию.

Столь же ограниченным было бы определение объекта как «психически больного осужденного». Такая формулировка исключает подследственных, лиц в следственных изоляторах, освобождающихся, лиц с пограничными расстройствами, патологическими формами адаптации, суицидальным риском, парафильной динамикой, аддиктивными нарушениями, органической уязвимостью, реактивными состояниями и впервые выявленными психическими нарушениями. В практике УИС психиатр часто сталкивается не только с уже установленным диагнозом, но и с состояниями, находящимися на границе между нормой, личностной патологией, психогенной реакцией, симуляцией, диссимуляцией и клинически значимой дезадаптацией.

Объект ПП — психическая патология человека, вовлеченного в УИС, в ее связи с личностью, криминальной биографией, принудительной изоляцией, режимом, лечением, риском опасного поведения и постпенитенциарной адаптацией. Эта формулировка требует уточнения. Под психической патологией здесь понимаются не только тяжелые психические заболевания психотического уровня, но и весь спектр клинически значимых нарушений: расстройства шизофренического спектра, аффективные расстройства, органические психические расстройства, интеллектуальные нарушения, эпилепсия с психическими изменениями, расстройства личности, аддикции, парафильные расстройства, реактивные и стрессовые состояния, расстройства адаптации, суицидальное и аутоагрессивное поведение, патологические формы агрессии, симулятивное и диссимулятивное поведение, состояния психической декомпенсации в изоляции.

От общей психиатрии ПП отличает среда, которая меняет болезнь; от судебной — длительная наблюдаемая динамика после экспертного акта; от пенитенциарной психологии — клинический критерий; от криминологии — интерес к психопатологии конкретного человека, а не к преступности как социальному явлению; от криминалистики — отсутствие задач раскрытия и доказывания преступления.

Объект ПП имеет сложную внутреннюю структуру. Для его описания требуется классификация, которая должна учитывать не только диагноз, но и правовой статус, клинический уровень нарушения, связь патологии с преступлением и динамику состояния в изоляции.

- Первый класс объекта образуют лица с установленными психическими расстройствами, находящиеся в УИС. Сюда относятся осужденные и подследственные с шизофренией, шизотипическими расстройствами, хроническими бредовыми расстройствами, биполярным аффективным расстройством, рекуррентной депрессией, органическими психическими расстройствами, эпилепсией с изменениями психики, интеллектуальной недостаточностью, расстройствами личности, зависимостью от психоактивных веществ, парафильными расстрой-

ствами. Этот класс наиболее близок к традиционному клиническому объекту психиатрии, но отличается тем, что болезнь наблюдается в режиме несвободы.

- Второй класс составляют лица с пограничными, реактивными и стрессовыми состояниями, возникшими или резко усилившимися в связи с арестом, следствием, приговором, этапированием, прибытием в исправительное учреждение, конфликтом в среде осужденных или подготовкой к освобождению. В рамках МКБ-10 и МКБ-11 сюда могут относиться острая реакция на стресс, расстройство адаптации, посттравматическое стрессовое расстройство, тревожные и депрессивные расстройства, смешанные тревожно-депрессивные состояния. Клиническая значимость этой группы состоит в том, что психическое нарушение возникает не до пенитенциарного этапа, а внутри него.

- Третий класс включает лиц с патологическими формами пенитенциарной адаптации. Формально они могут не иметь тяжелого психического заболевания, но демонстрируют клинически значимые формы дезадаптации: стойкую аутоагрессию, выраженную конфликтность, регресс личности, хроническую бессонницу, соматизированную тревогу, патологическую зависимость от режима, дезорганизацию поведения, утрату способности к самостоятельному планированию жизни. Здесь проходит тонкая граница между психологической адаптацией и психиатрически значимой дезадаптацией.

- Четвертый класс представлен лицами с расстройствами личности и патологическими личностными структурами, определяющими криминальное и пенитенциарное поведение. Работы А. В. Диденко, В. Я. Семке, М. М. Аксенова, посвященные расстройствам личности у осужденных и их адаптационным параметрам, показывают, что личностная патология в исправительном учреждении проявляется не только в клинических симптомах, но и в способах включения в пенитенциарную среду: доминировании, конфликтности, избегании, подчинении, манипуляции, аутоагрессии, псевдоадаптации.

- Пятый класс включает лиц с аддиктивными расстройствами. В условиях УИС зависимость не исчезает вместе с прекращением доступа к веществу. Она трансформируется в патологическое влечение, поведенческие замещения, дисфории, нарушения сна, эмоциональную неустойчивость, криминальные связи, риск срыва после освобождения. Исследования С. И. Гусева о ремиссиях и реабилитации больных наркоманией в условиях пенитенциарной изоляции показывают, что зависимость в колонии требует отдельного клинико-динамического анализа, а не только констатации диагноза.

- Шестой класс образуют лица с сексуальными девиациями и парафильными расстройствами, находящиеся в УИС. Здесь объектом психиатрии становится не сам факт сексуального преступления, а клиническая структура сексуального влечения, фантазийная динамика, коморбидность с расстройствами личности, органическими нарушениями, зависимостью, шизофреническим спектром, а также риск повторной реализации девиантного поведения. Судебная сексология, развитая в трудах А. А. Ткаченко, Г. Е. Введенского, Н. В. Дворянчикова, дает экспертный язык анализа сексуальной патологии; ПП переносит этот анализ в длительное наблюдение, лечение и прогноз.

- Седьмой класс представлен лицами с суицидальным и аутоагрессивным риском. Здесь объектом является не только завершенный или незавершенный суицидальный акт, но и вся клиническая траектория, ведущая к аутоагрессии: арестная реакция, стыд, утрата статуса, страх наказания, конфликт с другими осужденными, психотическая симптоматика, депрессия, дисфория, демонстративное самоповреждение, манипулятивные формы аутоагрессии, скрытая суицидальность. Работы В. С. Ефремова, А. Н. Жардецкого и отечественная суицидологическая традиция дают основу для анализа, но пенитенциарная среда существенно меняет структуру риска.

- Восьмой класс составляют лица, находящиеся под принудительным, обязательным или добровольным лечением в период исполнения наказания. Здесь объект психиатрии формиру-

ется в особом правовом режиме, где лечение соединено с наказанием. С. Н. Шишков анализировал правовые аспекты принудительных мер медицинского характера, соединенных с исполнением наказания, что имеет прямое значение для понимания клинико-правовой природы данной группы. В этих случаях врач работает с патологией, но внутри пространства, где медицинское решение неизбежно соприкасается с юридическим статусом и режимом учреждения.

- Девятый класс образуют лица с впервые выявленной психической патологией. Для ПП эта группа особенно важна. Человек мог никогда не наблюдаться у психиатра до ареста, но в условиях следствия, изоляции или длительного срока у него выявляются психоз, органическое расстройство, депрессия, интеллектуальный дефицит, расстройство личности, зависимость, парафильная динамика. Ошибка врача здесь может иметь тяжелые последствия: болезнь принимается за дисциплинарную проблемность, симуляцию или личностную испорченность.

- Десятый класс представлен лицами после освобождения или в период подготовки к освобождению, если их психическое состояние сохраняет связь с предшествующей пенитенциарной изоляцией. Кризис освобождения, страх свободы, утрата институциональной опоры, риск аддиктивного срыва, депрессия, тревога, криминальный рецидив, нарушение социальных связей — эти явления не могут быть полностью исключены из объекта ПП. Завершение срока наказания не всегда означает завершение психопатологической динамики, сформированной в условиях несвободы.

Классификация показывает многоуровневость объекта: его нельзя свести к диагнозу или юридическому статусу. Клиническое ядро сохраняется, но рассматривается во взаимодействии с личностью, преступным поведением, средой и динамикой.

Глава 8. Предмет ПП

Объект указывает реальность исследования; предмет — связи, которые наука в ней объясняет. ПП не сводится ни к нозологии, ни к юридическому статусу, ни к психологии адаптации: ее самостоятельное поле — взаимодействие психической патологии, личности и пенитенциарной среды.

С этих позиций предметом ПП являются закономерности формирования, трансформации, клинической динамики, прогноза и исходов психических расстройств, патологических личностных изменений и психопатологических процессов в условиях УИС. Подобное определение требует более подробного анализа.

- ПП интересуют закономерности влияния пенитенциарной среды на психическое функционирование человека. В отличие от общей психиатрии здесь исследуется не только болезнь, но и изменение болезни под воздействием принудительной изоляции. Одно и то же расстройство может демонстрировать различную клиническую динамику в условиях свободы и в условиях исполнения наказания. Следовательно, пенитенциарная среда должна рассматриваться как самостоятельный психопатологически значимый фактор.

- Второй блок закономерностей связан с процессами психической адаптации и дезадаптации к условиям УИС. Осужденные различаются по устойчивости к изоляции, особенностям реагирования на ограничение свободы, способности сохранять личностную целостность и контролировать поведение в стрессовых условиях. Для одних лишение свободы становится фактором временной дезадаптации, для других — запускает длительную психопатологическую декомпенсацию.

- Третью группу закономерностей образуют процессы трансформации личности в условиях длительного пребывания в пенитенциарной среде. Речь идет не о психологии адаптации как таковой, а о клинически значимых изменениях личности, способных влиять на поведение, эмоциональную сферу, систему ценностей, механизмы агрессии и риск повторного преступления. В рамках новой дисциплины эти процессы рассматриваются как самостоятельный предмет научного анализа.

- Четвертый блок включает закономерности формирования и развития пенитенциарно-специфических психопатологических феноменов. К ним могут относиться пенитенциарная декомпенсация, кризис этапирования, кризис освобождения, институциональная зависимость, патологические формы адаптации к изоляции, специфические варианты суицидального поведения и другие состояния, требующие дальнейшего научного описания.

- Пятый блок связан с исследованием взаимосвязи между психической патологией и криминальным поведением в условиях исполнения наказания. Здесь изучаются механизмы агрессии, аутоагрессии, сексуального насилия, группового давления, виктимизации, рецидивного поведения и иных форм социально опасного функционирования личности, имеющих психопатологическое значение.

- Шестой блок предмета составляют закономерности психиатрического прогноза в УИС. Общая психиатрия традиционно прогнозирует течение заболевания. ПП вынуждена решать более сложную задачу. Прогнозу подлежит не только болезнь, но и поведение человека в изоляции, риск суицида, риск насилия, вероятность декомпенсации, способность к ресоциализации и вероятность повторного правонарушения после освобождения.

Предметом ПП являются закономерности взаимодействия психической патологии, личности и пенитенциарной среды, определяющие формирование, трансформацию, клиническую динамику, прогноз и исходы психических расстройств и психопатологических процессов у лиц, вовлеченных в уголовно-исполнительную систему.

Глава 9. Методы ПП

Самостоятельность дисциплины проверяется тем, способна ли она получать достоверное знание о собственном объекте. Методы ПП соединяют клиническое наблюдение, динамический анализ, материалы УИС и количественные данные.

ПП использует клинические, теоретические и специальные пенитенциарно-психиатрические методы. Новизна состоит не в изобретении процедур, а в их системном применении к психической патологии в УИС.

Базовый эмпирический метод — клиническое наблюдение, которое в учреждении длится месяцы и годы. Оно показывает пациента в период адаптации, конфликта, перевода, лечения и подготовки к освобождению и тем самым открывает динамику болезни, личности и влияния режима.

Следующим методом является клинико-психопатологическое исследование. Его содержание определяется традициями отечественной психиатрической школы, сформированными трудами С. С. Корсакова, В. П. Сербского, П. Б. Ганнушкина, А. В. Снежневского и их последователей. Исследование включает анализ жалоб, анамнеза, особенностей мышления, эмоциональной сферы, волевой активности, поведения и критики к своему состоянию. Для ПП особое значение приобретает выявление изменений психопатологической картины под влиянием условий изоляции.

Существенную роль играет анамнестический метод. Источником информации становятся медицинская документация, материалы уголовного дела, характеристики, данные психологического обследования, сведения сотрудников учреждения, родственников и самого обследуемого. Этот подход позволяет реконструировать психическую динамику личности на различных этапах ее жизни и сопоставлять клинические данные с особенностями криминальной биографии.

Отдельное значение имеет метод длительного динамического наблюдения. В отличие от традиционного клинического наблюдения он ориентирован не на описание состояния в конкретный момент времени, а на исследование его изменений. Этот метод открывает возможность изучения пенитенциарной адаптации, пенитенциарной декомпенсации, кризиса освобождения и других процессов, разворачивающихся во времени.

Важным источником данных выступает сравнительный метод. ПП постоянно сопоставляет различные группы наблюдений: осужденных и подследственных, впервые осужденных и рецидивистов, лиц с различными типами преступлений, пациентов с различными психическими расстройствами, осужденных различных возрастных групп и условий содержания. Подобные сопоставления позволяют выявлять факторы риска и закономерности психической динамики.

К числу специальных эмпирических методов относится пенитенциарно-клиническое картирование. Под данным методом понимается систематическое описание психического состояния человека на различных этапах его взаимодействия с уголовно-исполнительной системой: арест, следствие, этапирование, адаптация к учреждению, длительное отбывание наказания, подготовка к освобождению и постпенитенциарная адаптация. В отличие от традиционного психиатрического обследования этот подход ориентирован на исследование психической траектории личности.

Анализ и синтез расчлняют сложный случай и возвращают его в целостную модель; системный анализ связывает биологию, расстройство, личность, криминальный опыт и среду; моделирование переводит наблюдения в проверяемые схемы адаптации, декомпенсации, риска и реинтеграции; индукция и дедукция обеспечивают формулирование и проверку гипотез.

Специальные методы включают клинико-криминологический анализ связи патологии с преступным поведением, клинико-пенитенциарный анализ влияния режима и субкультуры, клинико-суицидологический анализ аутоагрессии и клинико-сексологический анализ парafilльной динамики.

Особое положение занимает экспертно-ретроспективный метод, заимствованный из судебной психиатрии. Он используется для реконструкции психического состояния личности на различных этапах уголовного преследования и исполнения наказания, что позволяет исследовать психопатологическую динамику в длительной временной перспективе.

Современная ПП не может существовать без статистических методов. Анализ распространенности психических расстройств, суицидов, повторных госпитализаций, рецидивного поведения и иных показателей позволяет переходить от отдельных наблюдений к научно обоснованным выводам.

Эти методы образуют не механическую сумму психиатрических, психологических и криминологических процедур, а систему, приспособленную к длительному наблюдению в изоляции. Она переводит ПП от отдельных случаев к проверяемым закономерностям.

Глава 10. Методология пенитенциарно-психиатрического исследования

Методология пенитенциарно-психиатрического исследования — это система принципов, определяющих общую стратегию изучения психической патологии у лиц, вовлеченных в уголовно-исполнительную систему. Она задает правила отбора фактов, построения клинической гипотезы, интерпретации поведения, оценки риска и прогноза.

В отличие от метода, который отвечает на вопрос о конкретном способе получения данных, методология определяет логику исследования в целом. Для ПП такой логикой становится анализ психопатологического процесса в системе трех взаимосвязанных координат: психическая патология, личность, пенитенциарная среда.

1. Принцип клинического приоритета. Исследование сохраняет психиатрическое ядро. Юридический статус, криминальная биография, режим содержания, субкультура, дисциплинарное поведение и социальная адаптация анализируются не сами по себе, а через их связь с психической патологией, клинической динамикой, лечением, риском опасного поведения и прогнозом.

2. Принцип системной триады. Пенитенциарно-психиатрическое исследование не может ограничиваться диагнозом. Один и тот же диагноз приобретает различное значение в зависимости от структуры личности и условий изоляции. Базовая аналитическая модель включает три элемента: психическое расстройство, личностную организацию и пенитенциарную среду. Научный интерес представляет не сумма этих элементов, а характер их взаимодействия.

3. Принцип динамического анализа. Психическое состояние рассматривается не как статическая картина, а как процесс. Исследователь анализирует, каким было состояние до ареста, как оно изменилось в период следствия, каким стало после помещения в исправительное учреждение и какие изменения возникли в процессе отбывания наказания. Диагноз фиксирует клиническую принадлежность расстройства; динамический анализ показывает его траекторию.

4. Принцип этапности. Уголовно-исполнительная система создает последовательность клинически значимых этапов: задержание, следственный изолятор, судебное разбирательство, этапирование, первичная адаптация к учреждению, длительное отбывание наказания, подготовка к освобождению, постпенитенциарная адаптация. Каждый этап имеет собственные психогенные факторы, риски и варианты декомпенсации.

5. Принцип контекстуальной интерпретации. Один и тот же поведенческий признак может иметь различное клиническое значение. Подозрительность может быть проявлением бредовой интерпретации, личностной настороженности или адаптационной реакции на угрозу. Агрессия может быть следствием дисфории, органического снижения контроля, диссоциальной личностной структуры или способом поддержания статуса. Симптом оценивается только вместе с ситуацией, в которой он возник.

6. Принцип клинико-криминальной связности. Преступление не отождествляется с болезнью, но не исключается из клинического анализа. Исследователь устанавливает, существует ли связь между психическим расстройством, личностью, мотивом, способом совершения деяния, поведением после преступления и последующей адаптацией в учреждении. Отсутствие такой связи также является диагностически значимым выводом.

7. Принцип многоисточниковой верификации. Пенитенциарно-психиатрический вывод не должен опираться только на беседу с обследуемым. Необходима сверка клинического интервью с медицинской документацией, материалами экспертиз, характеристиками учреждения, психологическими заключениями, сведениями о дисциплинарном поведении, данными

наблюдения и анамнезом. Разные источники позволяют отделить болезнь от симуляции, диссимуляции, адаптационной стратегии и дисциплинарного конфликта.

8. Принцип прогностической направленности. Исследование завершается не только диагнозом. Оцениваются риск психотической декомпенсации, суицида, аутоагрессии, насилия, сексуального рецидива, аддиктивного срыва, нарушения режима, институциональной зависимости и постпенитенциарной дезадаптации. Прогноз становится обязательной частью пенитенциарно-психиатрического мышления.

9. Принцип дифференциации нормы, патологии и пенитенциарной адаптации. В условиях лишения свободы часть форм поведения, внешне напоминающих патологию, может иметь защитное или адаптационное значение. Эмоциональная сдержанность, недоверие, ограничение контактов, отказ от откровенности, избирательность в общении не всегда являются симптомами. Методология требует отделять клиническое нарушение от поведения, обусловленного средой.

10. Принцип постпенитенциарной непрерывности. Психопатологическая динамика не заканчивается освобождением. У части лиц выход из институциональной среды становится кризисным этапом: усиливаются тревога, депрессия, аддиктивное влечение, страх самостоятельной жизни, риск повторного преступления. Исследование должно учитывать не только период наказания, но и последствия изоляции после возвращения в общество.

Методология ПП может быть представлена как последовательный алгоритм исследования случая: психиатрический диагноз; личностная структура; психиатрический анамнез; криминальная биография; связь расстройства с преступлением; условия содержания; динамика состояния; поведение в учреждении; лечение; риски; прогноз после освобождения. Такая методология отделяет ПП от простой клинической консультации в исправительном учреждении. Она превращает отдельное наблюдение в научно организованный анализ психической патологии в условиях УИС.

Глава 11. Эмпирическая база дисциплины

Эмпирическая база ПП — совокупность первичных и вторичных данных, используемых для изучения психических расстройств, патологических личностных изменений, суицидального поведения, аддикций, сексуальных девиаций, агрессии и процессов психической адаптации в условиях УИС.

Первичные данные формируются непосредственно в процессе исследования. Вторичные данные создаются вне рамок конкретного исследования и используются после критического анализа их происхождения, достоверности и научной значимости.

Первичные эмпирические данные. Основным источником первичной информации являются непосредственные клинические наблюдения. К данной группе относятся:

- психиатрические осмотры;
- психические статусы;
- дневники наблюдения;
- истории болезни;
- консультативные заключения;
- данные стационарного лечения;
- результаты психофармакотерапии;
- наблюдение за динамикой психического состояния;
- наблюдение за поведением осужденного в условиях учреждения.

Особую ценность представляет длительное продольное наблюдение. В отличие от большинства разделов психиатрии пенитенциарная система позволяет проследивать психическое состояние пациента на протяжении многих месяцев и лет. Благодаря этому становится возможным исследование пенитенциарной адаптации, пенитенциарной декомпенсации, хронизации психических расстройств, институционализации личности и постпенитенциарной дезадаптации.

Вторую группу первичных данных образуют результаты психодиагностического обследования. Наиболее часто используются:

- ММРІ;
- СМІЛ;
- опросник Кеттелла;
- шкала Бека;
- шкала Гамильтона;
- шкалы тревоги и депрессии;
- опросники суицидального риска;
- методики исследования агрессивности;
- интеллектуальные тесты;
- нейропсихологические исследования.

Третью группу составляют исследовательские интервью и опросы. Источниками информации могут выступать:

- осужденные;
- подозреваемые;
- обвиняемые;
- сотрудники ФСИН;
- медицинские работники;

- психологи;
- родственники обследуемых лиц.

Наиболее перспективными направлениями являются исследования переживания ареста, отношения к наказанию, факторов суицидального риска, особенностей адаптации к изоляции и отношения к освобождению.

Четвертая группа включает анализ отдельных клинических случаев. Для ПП особую ценность представляют случаи:

- завершенных суицидов;
- тяжелой аутоагрессии;
- серийных насильственных преступлений;
- сексуальных преступлений;
- психотических декомпенсаций;
- повторных госпитализаций;
- постпенитенциарной социальной дезадаптации.

Вторичные эмпирические данные. Наиболее значимый массив вторичных данных формируют судебно-психиатрические материалы. К ним относятся:

- акты амбулаторных судебно-психиатрических экспертиз;
- акты стационарных судебно-психиатрических экспертиз;
- заключения комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз;
- экспертные заключения по вопросам вменяемости;
- экспертные заключения по вопросам ограниченной вменяемости;
- материалы принудительных мер медицинского характера;
- материалы повторных и комиссионных экспертиз.

Эта категория источников позволяет исследовать психическое состояние лица до поступления в уголовно-исполнительную систему.

Следующий уровень образуют материалы уголовных дел. Научный интерес представляют:

- протоколы допросов;
- показания обвиняемых;
- показания потерпевших;
- показания свидетелей;
- характеристики личности;
- материалы оперативного сопровождения;
- описание способа совершения преступления;
- данные о подготовке преступления;
- данные о поведении после преступления;
- сведения о мотивации деяния.

Особое значение данные материалы имеют при исследовании сексуальных преступлений, агрессивного поведения, серийных преступлений и преступлений, совершенных лицами с психическими расстройствами.

Отдельный блок формируют документы УИС. К ним относятся:

- личные дела осужденных;
- характеристики отрядов;
- дисциплинарные материалы;

- сведения о взысканиях;
- сведения о поощрениях;
- материалы профилактических учетов;
- материалы комиссий по изменению условий содержания;
- материалы комиссий по условно-досрочному освобождению;
- данные о трудовой деятельности;
- данные об обучении;
- сведения о переводах между учреждениями;
- рапорты сотрудников учреждения.

Эти материалы позволяют исследовать поведение личности вне медицинского кабинета.

Самостоятельную группу образуют документы медицинских частей и больниц ФСИН. В исследовательских целях используются:

- амбулаторные карты;
- стационарные истории болезни;
- журналы психиатрического наблюдения;
- журналы учета суицидальных попыток;
- журналы аутоагрессивного поведения;
- журналы диспансерного наблюдения;
- сведения о назначении психотропных препаратов;
- данные о госпитализациях;
- данные о повторных госпитализациях;
- архивы психиатрических отделений и специализированных больниц ФСИН.

Особую ценность представляет возможность ретроспективного анализа многолетних архивных материалов. Отдельный раздел эмпирической базы составляют статистические данные. Основными источниками являются:

- ФСИН России;
- Министерство здравоохранения Российской Федерации;
- Судебный департамент при Верховном Суде Российской Федерации;
- Росстат;
- Всемирная организация здравоохранения;
- Управление ООН по наркотикам и преступности (UNODC);
- Institute for Crime & Justice Policy Research;
- World Prison Brief.

Наиболее значимыми показателями выступают:

- распространенность психических расстройств;
- распространенность зависимостей;
- уровень суицидов;
- уровень аутоагрессии;
- показатели смертности;
- показатели инвалидности;
- показатели госпитализации;
- показатели рецидивной преступности;
- показатели сексуальной преступности;
- показатели насильственной преступности.

Следующий уровень эмпирической базы формируют нормативно-правовые документы. Научное значение имеют:

- Уголовный кодекс Российской Федерации;
- Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации;
- Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации;
- Федеральный закон №3185—1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;
- Федеральный закон №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации;
- нормативные акты ФСИН России;
- постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации;
- решения Конституционного Суда Российской Федерации.

Последний уровень образуют научные источники. К ним относятся:

- монографии;
- диссертации;
- научные статьи;
- систематические обзоры;
- метаанализы;
- клинические рекомендации;
- международные руководства;
- материалы профессиональных ассоциаций.

Наибольшую ценность представляют исследования в области судебной психиатрии, судебной сексологии, суицидологии, наркологии, *correctional psychiatry*, *prison medicine*, криминологии и постпенитенциарной адаптации.

Эмпирическая база ПП объединяет медицинские, психологические, экспертные, криминологические, статистические, юридические и пенитенциарные данные. Ни одна из перечисленных групп источников не является самодостаточной. Научное исследование приобретает достоверность только при сопоставлении различных уровней информации и их последующей клинико-психопатологической интерпретации.

Глава 12. Место ПП среди других наук

ПП относится к числу междисциплинарных клинических дисциплин. Ее формирование стало результатом пересечения нескольких направлений научного знания, каждое из которых исследует отдельный аспект существования человека в УИС. При этом ни одна из этих наук не изучает закономерности психической патологии в условиях исполнения наказания как самостоятельный объект исследования.

Научное положение ПП целесообразно рассматривать через систему концентрических научных контуров:

- Первый контур. Клиническая психиатрия является базовой материнской дисциплиной новой науки. Она определяет диагностический аппарат, психопатологический метод исследования, представления о симптоме, синдроме, заболевании, течении психического расстройства, ремиссии, декомпенсации, терапии и прогнозе. ПП не создает собственную нозологию и не предлагает альтернативную психопатологию. Она использует фундамент клинической психиатрии для изучения специфической категории пациентов и специфической среды существования психических расстройств.

- Второй контур составляют дисциплины, непосредственно исследующие патологию поведения и психическое функционирование человека в юридически значимых ситуациях. К данной группе относятся судебная психиатрия, судебная сексология, наркология, суицидология и пенитенциарная психология. Каждая из перечисленных наук описывает отдельный фрагмент реальности, который входит в предметное поле ПП. ПП не заменяет данные дисциплины и не дублирует их. Она объединяет их результаты вокруг единого исследовательского вопроса — закономерностей существования психической патологии в уголовно-исполнительной среде.

- Третий контур образуют науки, изучающие преступление, наказание и механизмы функционирования пенитенциарной системы. К данному уровню относятся криминология, уголовно-исполнительное право и криминалистика. ПП использует результаты этих наук постольку, поскольку они позволяют понять условия формирования, течения и прогноза психических расстройств у лиц, находящихся в системе исполнения наказаний.

- Четвертый контур формируют науки о человеке и обществе. Социология, социальная психология, антропология, конфликтология, виктимология и другие дисциплины исследуют процессы, происходящие на уровне социальных групп, институтов и культурных систем. Их значение для ПП определяется возможностью объяснения отдельных явлений, наблюдаемых внутри пенитенциарной среды: группового насилия, формирования неформальных иерархий, стигматизации психически больных осужденных, распространения криминальных норм поведения и процессов социальной дезадаптации после освобождения.

Подобная структура показывает, что ПП не занимает промежуточное положение между психиатрией и правом, как это традиционно предполагается в ряде публикаций. Ее положение является центральным по отношению к системе наук, исследующих человека в условиях уголовно-исполнительной среды.

В отличие от судебной психиатрии, которая концентрируется на экспертной оценке психического состояния в конкретной юридической ситуации, ПП исследует длительный процесс существования психической патологии в изоляции. В отличие от пенитенциарной психологии, ее интерес сосредоточен не на личности вообще, а на психопатологических механизмах адаптации и дезадаптации. В отличие от криминологии, ее предметом выступает не преступность как социальное явление, а психическое функционирование конкретного человека. В отличие от наркологии, суицидологии и судебной сексологии, она рассматривает зависимость, суици-

дальное поведение и сексуальную патологию как частные проявления более широкого психопатологического процесса.

ПП — самостоятельная клиническая дисциплина междисциплинарного типа: ее ядро остается психиатрическим, объект задан УИС, а методы объединяют клинику, экспертизу, психологию и пенитенциарные исследования.

Часть III.

Категориальный аппарат новой дисциплины

Глава 13. Психиатрический жизненный цикл осужденного

Клиническая психиатрия традиционно исследует психическое расстройство как заболевание, имеющее начало, течение и исход. Этот подход позволяет описывать динамику болезни, однако оказывается недостаточным при изучении лиц, находящихся в УИС. В условиях изоляции психическая жизнь человека определяется не только внутренней логикой заболевания, но и последовательностью юридических, социальных и пенитенциарных событий, каждое из которых способно оказывать самостоятельное психопатологическое воздействие. Поэтому в ПП целесообразно использовать категорию психиатрического жизненного цикла осужденного.

Под психиатрическим жизненным циклом осужденного предлагается понимать последовательную систему психических состояний, адаптационных процессов, психопатологических реакций и личностных трансформаций, возникающих у человека в связи с его вовлечением в уголовное преследование, исполнение наказания и последующее возвращение в общество. Центральное значение имеет не отдельное состояние, а вся траектория психических изменений.

Для клинициста депрессивный эпизод, суицидальная попытка, психотическая декомпенсация или обострение зависимости часто выступают как самостоятельные события. Для ПП они рассматриваются как элементы более крупного процесса, разворачивающегося во времени.

Психиатрический жизненный цикл начинается не с момента поступления в исправительное учреждение. Во многих случаях его отправной точкой становится совершение преступления. Для части лиц преступление является кульминацией многолетнего развития психического расстройства, зависимости, парафильного влечения, личностной деформации или социальной дезадаптации. Для других оно — кризисное событие, запускающее последующие психопатологические изменения.

- Первым этапом жизненного цикла является стадия уголовно-правового столкновения. В нее входят задержание, предъявление обвинения, проведение следственных действий и ожидание судебного решения. Для психиатра этот период представляет особый интерес вследствие высокой частоты острых стрессовых реакций, декомпенсации расстройств личности, суицидальных попыток, тревожно-депрессивных состояний и реактивных психозов. В этот период человек впервые сталкивается с угрозой потери привычной социальной идентичности.

- Следующий этап связан с пребыванием в следственном изоляторе. СИЗО — особая психотравмирующая среда с высоким уровнем неопределенности. Осужденный еще не знает окончательного срока наказания, не понимает собственного будущего и находится в состоянии постоянного ожидания судебного решения. В этот период особенно часто возникают депрессивные реакции, суицидальные мысли, бессонница и обострение хронических психических расстройств.

- Третий этап образует первичная пенитенциарная адаптация. После прибытия в учреждение человек сталкивается с необходимостью перестройки практически всех сфер жизнедеятельности. Изменяются социальные связи, распорядок дня, способы удовлетворения потребностей, механизмы обеспечения безопасности и структура межличностных отношений. В этот

период наблюдается максимальное количество кризисных реакций, нарушений поведения, суицидальных тенденций и обращений за психиатрической помощью.

- Четвертый этап характеризуется формированием устойчивых механизмов существования в изоляции. На данной стадии возникают относительно стабильные модели адаптации. У одних осужденных формируется удовлетворительная компенсация. У других постепенно нарастают эмоциональное уплощение, институциональная зависимость, зависимость от пенитенциарной структуры или патологические формы приспособления к среде. Здесь начинают проявляться долгосрочные последствия изоляции для личности.

- Пятый этап связан с ожиданием освобождения. Парадоксально, но приближение свободы далеко не всегда сопровождается улучшением психического состояния. Для значительной части осужденных этот период становится самостоятельным кризисом. Возникают тревога перед будущим, страх социальной несостоятельности, опасения повторного столкновения с прежней средой, переживания утраты сформированной системы существования. В ряде случаев риск суицидального поведения в предосвободительный период оказывается выше, чем на отдельных этапах исполнения наказания.

- Шестой этап начинается после освобождения. Традиционно этот период рассматривается за пределами УИС. ПП исходит из противоположного положения. Психопатологические последствия изоляции продолжают существовать после выхода на свободу и нередко определяют дальнейшую судьбу человека. На этом этапе становятся очевидными последствия институционализации личности, сохраняющихся зависимостей, нерешенных психических расстройств и нарушенных социальных связей. Завершение срока наказания не означает завершения психиатрического жизненного цикла. Во многих случаях последствия изоляции продолжают влиять на психическое функционирование человека в течение многих лет.

Модель жизненного цикла связывает преступление, следствие, изоляцию, освобождение и постпенитенциарную адаптацию в одну клиническую траекторию. Она позволяет видеть не эпизод, а последовательность кризисов, компенсаций и исходов.

Глава 14. Пенитенциарная патопластика

Одно и то же психическое расстройство способно приобретать различные клинические формы в зависимости от условий, в которых существует пациент. Шизофрения у подростка, пожилого человека, военнослужащего или осужденного сохраняет свою нозологическую принадлежность, но демонстрирует различные варианты клинического выражения. Данное явление в психиатрии традиционно обозначается термином «патопластика».

Под патопластикой понимается изменение внешних проявлений, динамики и клинической картины психического расстройства под влиянием биологических, психологических и социальных факторов, не затрагивающих его основного патогенетического механизма. Патопластика изменяет форму болезни, но не изменяет ее сущность.

При шизофрении сохраняются расстройства мышления, нарушения критики, продуктивная или негативная симптоматика. При депрессивном расстройстве сохраняются аффективные нарушения. При расстройствах личности сохраняется патологическая структура характера. Изменения касаются способов проявления заболевания и его взаимодействия с окружающей средой.

Для ПП понятие патопластики приобретает особое значение. Ограничение свободы, режимная организация жизни, постоянный контроль, дефицит личного пространства, изменение социальной роли, криминальная субкультура и длительная изоляция формируют комплекс факторов, способных существенно изменять течение психических расстройств. В связи с этим предлагается использовать понятие пенитенциарной патопластики.

Под пенитенциарной патопластикой следует понимать изменение клинических проявлений, поведенческих форм и динамики психического расстройства под воздействием факторов уголовно-исполнительной среды при сохранении основного психопатологического ядра заболевания. Данное определение подчеркивает два принципиальных положения:

- Во-первых, пенитенциарная среда не обязательно является причиной психического расстройства.
- Во-вторых, пенитенциарная среда способна существенно изменять способы его проявления.

Классическим примером может служить депрессивное расстройство. В гражданской популяции депрессия чаще проявляется подавленным настроением, чувством вины, утратой интересов и снижением активности. В условиях исправительного учреждения депрессивный аффект нередко маскируется раздражительностью, конфликтностью, нарушениями режима, агрессивными реакциями и соматическими жалобами. Клиническое ядро заболевания остается прежним, однако его внешняя картина приобретает иные формы.

Сходные процессы наблюдаются при шизофрении. Параноидные переживания у осужденного часто включают элементы пенитенциарной реальности. В содержание бредовых построений могут включаться сотрудники учреждения, другие осужденные, дисциплинарные меры, этапирование или предполагаемые угрозы со стороны криминальной среды. Структура психоза остается шизофренической, однако его содержание формируется под влиянием конкретного социального контекста.

Расстройства личности демонстрируют еще более выраженную патопластическую изменчивость. Лица с диссоциальной личностной структурой нередко демонстрируют относительно успешную адаптацию к пенитенциарной среде благодаря сходству отдельных механизмов функционирования криминальной субкультуры и характерных для них поведенческих стратегий. Напротив, лица с тревожными, зависимыми или избегающе-тревожными чертами значительно чаще испытывают выраженные адаптационные трудности. В подобных случаях пени-

тенциарная среда не изменяет структуру личности, но выявляет или усиливает отдельные ее свойства.

Особый интерес представляет патопластика суицидального поведения. В общей популяции суицидальные действия преимущественно связаны с депрессией, личностными расстройствами, кризисными ситуациями и зависимостью. В условиях изоляции к ним присоединяются дополнительные факторы: арест, ожидание приговора, конфликт с другими осужденными, утрата статуса, страх длительного срока наказания и кризис освобождения. В результате изменяются не механизмы суицидального поведения как таковые, а условия их реализации и клиническая динамика.

Пенитенциарная патопластика затрагивает не только симптомы, но и течение заболевания. Некоторые психические расстройства приобретают более затяжной характер. Другие демонстрируют повышенную склонность к декомпенсациям. Отдельные формы патологии, напротив, временно стабилизируются благодаря жесткой регламентации жизни и снижению количества внешних стрессоров, характерных для свободного общества. Данный феномен особенно заметен у части пациентов с зависимостями и отдельными вариантами эмоционально-неустойчивых расстройств личности.

Понятие пенитенциарной патопластики необходимо отличать от патоморфоза. Патопластика относится к конкретному человеку и конкретной ситуации. Она отражает влияние среды на индивидуальную клиническую картину заболевания. Патоморфоз — историческое изменение самой болезни на уровне популяции. Под воздействием развития медицины, социальных изменений, психофармакотерапии и культурных факторов заболевание постепенно меняет свою типичную клиническую картину во многих поколениях пациентов. Если патопластика отвечает на вопрос, почему заболевание у данного осужденного выглядит так, то патоморфоз отвечает на вопрос, почему заболевание в XXI веке выглядит иначе, чем сто лет назад.

Пенитенциарная патопластика объясняет расхождение между учебниковой картиной расстройства и тем, как оно проявляется в УИС: среда меняет форму и динамику болезни, не создавая новую нозологию.

Глава 15. Клиническая цена изоляции

Лишение свободы относится к числу наиболее продолжительных и интенсивных социальных воздействий, которым может подвергаться человек в мирное время. Для психиатра важен не юридический смысл наказания, а последствия многолетнего пребывания в искусственно организованной среде, где ограничены пространство, социальный выбор, автономия поведения и контроль над собственной жизнью.

Значительная часть психических изменений, наблюдаемых у осужденных, не достигает уровня самостоятельного психического расстройства. Они не образуют новой нозологии, не всегда требуют медикаментозного лечения и могут оставаться за пределами официальной психиатрической диагностики. Однако эти изменения существенно влияют на личность, поведение, прогноз социальной адаптации и качество жизни после освобождения. Совокупность подобных последствий целесообразно рассматривать как клиническую цену изоляции.

Под клинической ценой изоляции предлагается понимать совокупность устойчивых психических, эмоциональных, когнитивных и личностных изменений, возникающих вследствие длительного пребывания в условиях принудительной социальной изоляции независимо от наличия или отсутствия психического расстройства.

- Одним из наиболее частых последствий становится снижение поведенческой автономности. На протяжении многих лет значительная часть решений принимается не самим человеком, а внешней системой. Регламентируется время подъема, сна, приема пищи, перемещения, работы, общения и отдыха. Постепенно уменьшается потребность в самостоятельном планировании собственной жизни. После освобождения подобное состояние может проявляться затруднением принятия даже простых решений, выраженной зависимостью от внешних указаний и стремлением переложить ответственность на окружающих.

- Вторым последствием является изменение структуры мотивации. Поведение человека в изоляции начинает определяться преимущественно краткосрочными задачами выживания и приспособления к текущей среде. Долгосрочные жизненные цели постепенно утрачивают практическое значение. У части осужденных происходит последовательное сужение временной перспективы. Будущее перестает восприниматься как пространство возможностей и превращается в неопределенную абстракцию.

- Третьим направлением изменений становится эмоциональная трансформация. Многолетнее существование в условиях хронического ограничения эмоциональных проявлений формирует своеобразную эмоциональную экономию. Человек начинает сознательно ограничивать выражение чувств, избегать эмоциональной открытости и снижать уровень психологической вовлеченности в отношения. Подобный механизм первоначально выполняет защитную функцию, однако при длительном существовании способен приводить к эмоциональному обеднению, снижению эмпатии и трудностям формирования близких межличностных связей.

- Изоляция оказывает влияние и на когнитивное функционирование. Речь идет не о грубых интеллектуальных нарушениях, а о постепенном уменьшении разнообразия когнитивной активности. Ограниченный круг социальных ролей, однообразие повседневной жизни и дефицит новых стимулов приводят к снижению гибкости мышления и уменьшению поведенческого репертуара. Особенно заметными эти процессы становятся у лиц, отбывающих длительные сроки наказания.

- Отдельного рассмотрения заслуживает изменение социальной идентичности. На протяжении многих лет человек существует внутри специфической системы социальных отношений, имеющей собственные нормы, ценности и критерии статуса. По мере адаптации к этой среде пенитенциарная идентичность начинает занимать все более значимое место в структуре личности. В ряде случаев принадлежность к пенитенциарной системе становится более устой-

чивой частью самовосприятия, чем профессиональная, семейная или гражданская идентичность. Такие изменения не всегда осознаются самим человеком и зачастую проявляются только после освобождения.

- Длительная изоляция влияет и на восприятие межличностной дистанции. Постоянное пребывание в условиях дефицита личного пространства формирует специфические способы регулирования контактов с окружающими. После освобождения часть бывших осужденных испытывает выраженный дискомфорт как при избыточной социальной близости, так и при необходимости самостоятельного существования вне группы.

- Еще одной формой клинической цены изоляции становится изменение отношения к риску. У части лиц формируется повышенная настороженность, гиперконтроль окружающей среды и постоянная готовность к потенциальной угрозе. Подобные черты могут сохраняться годами после освобождения и внешне напоминать отдельные элементы посттравматической симптоматики без формирования полноценного посттравматического расстройства.

- Существенное значение имеет изменение отношения ко времени. Для большинства людей время является ресурсом деятельности. В условиях длительного лишения свободы оно постепенно превращается в объект ожидания. Годы начинают восприниматься не как период активного созидания, а как отрезок, который необходимо пережить. Подобная трансформация оказывает влияние на дальнейшую жизненную стратегию человека даже после выхода на свободу.

Клиническая цена изоляции не является обязательной для всех осужденных и не определяется исключительно длительностью срока наказания. На ее выраженность влияют возраст, личностная структура, уровень образования, наличие семьи, психические расстройства, условия содержания и особенности социальной поддержки. Тем не менее сама возможность подобных изменений должна рассматриваться как закономерное следствие длительного существования человека в искусственно ограниченной социальной среде.

Для ПП эта категория имеет принципиальное значение. Она позволяет анализировать последствия изоляции, которые находятся между нормой и болезнью. В этой промежуточной зоне формируется значительная часть трудностей постпенитенциарной адаптации, рецидивного поведения и повторного обращения за психиатрической помощью.

Клиническая цена изоляции — не диагноз и не синдром, а самостоятельная аналитическая категория, отражающая совокупность психических изменений вследствие длительного пребывания в пенитенциарной системе.

Глава 16. Пенитенциарная адаптация и дезадаптация

Поступление человека в уголовно-исполнительную систему запускает процесс перестройки всех основных механизмов психического функционирования. Изменяются условия существования, структура социальных отношений, привычные способы удовлетворения потребностей, система безопасности и жизненные перспективы. Ни один человек не входит в пенитенциарную среду полностью подготовленным к ее требованиям. Поэтому адаптация — универсальный процесс, через который проходит каждый осужденный независимо от диагноза, возраста, образования или характера совершенного преступления.

Под пенитенциарной адаптацией предлагается понимать процесс формирования устойчивых психических, поведенческих и социальных механизмов, обеспечивающих возможность относительно стабильного функционирования личности в условиях УИС. Пенитенциарная адаптация не является показателем психического здоровья.

Лицо с тяжелым расстройством личности может демонстрировать высокий уровень адаптации к условиям учреждения. Напротив, психически сохранный человек способен переживать выраженную дезадаптацию после помещения в изоляцию. Предметом анализа становится не болезнь сама по себе, а способность личности сохранять психическое функционирование в специфической среде.

В структуре пенитенциарной адаптации целесообразно выделять четыре последовательные стадии:

- Первая стадия — стадия первичной дезорганизации. Она развивается после ареста, этапирования или прибытия в учреждение. Преобладают тревога, чувство неопределенности, нарушения сна, эмоциональная лабильность, гипервигильность, страх перед новой средой и повышенная психофизиологическая напряженность. Для данной стадии характерно максимальное количество кризисных реакций и суицидальных попыток.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.