И. Я. НОВИЦКИЙ

ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Системное научно-практическое руководство



Организация помощи, диагностика, лечение, реабилитация и профилактика в уголовно-исполнительной системе

МОСКВА · 2026

18+

Игорь Новицкий

Пенитенциарная психиатрия: системное научно-практическое руководство. Организация помощи, диагностика, лечение и профилактика в уголовно-исполнительной системе

«Автор»
2026

Новицкий И. Я.

Пенитенциарная психиатрия: системное научно-практическое руководство. Организация помощи, диагностика, лечение и профилактика в уголовно-исполнительной системе / И. Я. Новицкий — «Автор», 2026

Психиатрическая помощь в учреждениях УИС начинается не с назначения препарата и не заканчивается выпиской из медицинской карты. Она требует увидеть человека в конкретной точке его пенитенциарного пути: после ареста, в период следствия, при поступлении в учреждение, в ситуации кризиса, длительной изоляции, перевода или освобождения. На каждом из этих этапов меняются клинические риски, доступные ресурсы и содержание профессиональной ответственности врача.В руководстве рассматривается организация психиатрической помощи лицам, находящимся в СИЗО и учреждениях исполнения наказания. Подробно анализируются первичная психиатрическая оценка, сбор анамнеза, психический статус, использование медицинской документации и экспертных материалов, дифференциальная диагностика, динамическое наблюдение и взаимодействие психиатра с психологом, наркологом, соматическими специалистами и администрацией учреждения. Особый раздел посвящён лечению.

© Новицкий И. Я., 2026
© Автор, 2026

Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ 7
Актуальность пенитенциарной психиатрии в современной России и мире 7
Отсутствие системного учебника по ПП как научная и практическая проблема 9
Цели и задачи настоящей монографии 10
Научно-практическая новизна труда 11
Для кого предназначена книга 12
ВВЕДЕНИЕ 13
ПП как область знания, практики и междисциплинарного взаимодействия 13
Предмет, объект и задачи ПП 15
Место ПП в системе общей психиатрии, судебной психиатрии, пенитенциарной психологии и криминологии 16
Основные понятия и терминологический аппарат 17
Методы исследования в ПП 19
Источники эмпирического материала: клинические наблюдения, экспертные материалы, статистика, научная литература 20
ЧАСТЬ I. ИСТОРИЯ, ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ ПП 21
Антропологическая школа и биологизация преступности 23
Чезаре Ломброзо и его влияние на развитие криминологической мысли 26
Критика концепции «врожденного преступника» 28
Формирование клинического и судебно-психиатрического подхода к личности преступника 31
Глава 2. История становления судебной психиатрии, судебной сексологии и пенитенциарной психологии 34
Развитие судебной психиатрии как основы экспертного знания 34
Возникновение судебной сексологии и ее значение для оценки сексуального преступного поведения 36
Классические труды о половой психопатии и их историческое значение 40
Развитие пенитенциарной психологии в России и за рубежом 42
Предпосылки выделения ПП в самостоятельную дисциплину 45
Глава 3. ПП как самостоятельная научно-практическая дисциплина 48
Определение ПП 48
Предметное поле дисциплины 51
Теоретические основания ПП 54
Междисциплинарные связи 57
Клинические, экспертные, организационные и профилактические задачи 59
Перспективы развития дисциплины в России 61

Глава 4. Международный опыт пенитенциарной психиатрии 65
Формирование пенитенциарной психиатрии в зарубежных странах 65
Психиатрическая помощь и судебно-психиатрические задачи в местах лишения свободы 66
Организация психиатрической помощи заключенным в разных странах 68
Международные подходы к оценке риска, суицидальности, агрессии и повторного насилия 70
Работа с психозами, зависимостями, расстройства личности и сексуальными правонарушителями 72
Возможности адаптации международного опыта к российской уголовно-исполнительной системе 74
ЧАСТЬ II. ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ СРЕДА КАК ПАТОПЛАСТИЧЕСКИЙ И ПСИХОГЕННЫЙ ФАКТОР 77
Глава 5. Лишение свободы как особая психотравмирующая и патопластическая среда 77
Психологический и психиатрический смысл изоляции 77
Утрата свободы, депривация и ограничение субъектности 79
Режим, иерархия, насилие, угроза и постоянный контроль 81
Хронический стресс и его психопатологические последствия 83
Колония как фактор деформации личности и поведения 85
Патопластическое влияние условий заключения на течение психических расстройств 87
Глава 6. Психическая адаптация и дезадаптация в условиях лишения свободы 90
Этапы адаптации осужденного к исправительному учреждению 90
Первичная реакция на арест, следствие, этапирование и прибытие в колонию 91
Формы адаптации и псевдоадаптации 93
Реакции дезадаптации 96
Депрессивные, тревожные, дисфорические и астенические состояния в условиях заключения 98
Психопатологическая цена длительного отбывания наказания 100
Глава 7. Личность осужденного и ее трансформация в условиях пенитенциарной среды 104
Преморбидные особенности личности и криминальный путь 104
Роль расстройств личности в преступном и пенитенциарном поведении 107
Деформация характера и установок в колонии 110
Озлобление, ригидизация, эмоциональное уплощение, утрата доверия 113
Формирование тюремной идентичности 115
Личностная динамика при длительных сроках наказания 118
Место психиатра в структуре медицинской помощи ФСИН 120

ЧАСТЬ III. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ 123
Глава 8. Организация психиатрической службы в учреждениях УИС 123
Основные задачи врача-психиатра в исправительном учреждении 123
Амбулаторная и стационарная психиатрическая помощь осужденным 124
Принудительное наблюдение и лечение 126
Особенности работы психиатра в исправительной колонии 128
Глава 9. Нормативно-правовые и этические основы ПП 130
Правовое регулирование психиатрической помощи осужденным 130
Права пациента в условиях лишения свободы 131
Баланс между медицинской этикой и требованиями режима 133
Проблема добровольности, информированного согласия и комплаенса 134
Конфиденциальность и пределы ее соблюдения в колонии 135
Этические конфликты в работе психиатра УИС 137
Психиатр и психолог: границы компетенций и взаимодействие 138
Конец ознакомительного фрагмента. 140

Игорь Новицкий Пенитенциарная психиатрия: системное научно-практическое руководство. Организация помощи, диагностика, лечение и профилактика в уголовно-исполнительной системе

ПРЕДИСЛОВИЕ

Актуальность пенитенциарной психиатрии в современной России и мире

Пенитенциарная психиатрия (далее — ПП) исследует клиническую реальность, которую нельзя свести ни к общей психиатрии, ни к судебно-экспертной практике. В исправительном учреждении расстройство развивается внутри режима, принудительной изоляции, неформальной иерархии, ограниченной автономии и хронического напряжения. Эта среда выявляет латентную уязвимость, меняет феноменологию уже существующей патологии и влияет на диагностику, лечение и прогноз. Поэтому в книге она рассматривается как участник клинической динамики, а не как нейтральное место исполнения наказания.[1]

Осужденный поступает в учреждение с определенной преморбидной личностью, семейным и социальным анамнезом, опытом насилия, зависимостей, органических вредностей и психических расстройств, а также со сложившейся криминальной биографией. Высокая концентрация личностной, органической, аффективной, психотической и аддиктивной патологии дополняется интеллектуальной недостаточностью, последствиями черепно-мозговых травм и сексуальными расстройствами. Эти нарушения редко существуют изолированно: клиническую картину формируют коморбидность, ситуация и способы адаптации. Редукция состояния к диагнозу, статье обвинения или дисциплинарной характеристике неизбежно обедняет вывод.[2,3,4]

Клиническое значение изоляции определяется сочетанием факторов и индивидуальной траекторией. Арест, следствие, этапирование, разрыв связей, дефицит приватности, угроза насилия и стигматизация у одного человека усиливают тревогу и депрессию, у другого закрепляют диссоциальные стратегии, у третьего декомпенсируют органическое или личностное расстройство. ПП должна различать эти механизмы, а не объяснять всякое неблагополучие универсальным воздействием «тюрьмы». В этом различении соединяются синдромологический

---

[1] Ткаченко А.А. Судебно-психиатрическая экспертиза / А.А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 672 с.

[2] Менделевич В. Д. Психопатология как результат творчества // Практическая медицина. 2015. № 5. С. 39-41.

[3] Саддарова К. О. Особенности осужденных, имеющих психические расстройства, не исключающие вменяемости, и работы с ними в исправительных учреждениях // Вестник Воронежского института ФСИН России. 2018. № 4. С. 205– 209.

[4] Общая сексопатология: Руководство для врачей (Г. С. Васильченко, И. Л. Болтнева, Ю. Ю. Винник и др.) / под ред. Г. С. Васильченко. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2005. 512 с.: ил.

анализ, оценка личности, наблюдение за динамикой и понимание функции симптома в конкретной институциональной ситуации.

В мировой литературе поле обозначают как *prison psychiatry, correctional mental health* и *forensic mental health in custody*. Различие терминов отражает его положение на пересечении психиатрии, психологии, криминологии, права и организации здравоохранения. Общая задача остается клинической: распознавать и лечить расстройства в условиях принудительной изоляции, не смешивая их с дисциплинарными нарушениями и юридической квалификацией поведения. К практическим приоритетам относятся раннее выявление суицидального риска, агрессии, психоза, зависимости, декомпенсации расстройств личности, сексуально опасного поведения, симуляции и диссимуляции.[5]

Особого анализа требуют осужденные за сексуальные преступления. За правовой однородностью этой группы скрываются разные клинические структуры: парафильные расстройства, множественные девиантные тенденции, выраженная личностная патология, органический фон, зависимость, аффективная декомпенсация, шизофренический спектр, интеллектуальная недостаточность и их сочетания. Поэтому режимная оценка должна дополняться психопатологическим, сексологическим и психологическим исследованием, а динамика состояния после приговора — рассматриваться отдельно от экспертного вывода.[6]

Психиатр УИС одновременно диагностирует, наблюдает, лечит, оценивает риск и разграничивает болезнь, адаптацию и инструментальное поведение. Его решение возникает на границе медицинской и режимной логики, что повышает значение профессиональной автономии и точного описания психического состояния. Российские работы подробно развивают судебную психиатрию, судебную сексологию, пенитенциарную психологию и криминологию, но клиника периода отбывания наказания остается дисциплинарно рассеянной. Если эта специфическая реальность существует, ей необходимы собственные предмет исследования, язык описания и система профессиональных решений.[7]

Принудительная среда создает двойной риск интерпретации. Медицинская модель может патологизировать понятную реакцию на унижение, опасность или утрату связей; административная — принять депрессию, психоз или органическую декомпенсацию за неповиновение. ПП должна удерживать эту границу, проверяя вывод через анамнез, феноменологию, динамику и сопоставление сведений. Ее актуальность определяется не расширением сферы психиатрического контроля, а уменьшением диагностических ошибок и повышением обоснованности помощи в ситуации ограниченной автономии пациента.

---

[5] Алферов Ю.А. Международный пенитенциарный опыт и его реализация в современных условиях. – Домодедово: РИПК, 1993.

[6] Аномальное сексуальное поведение / под ред. Д-ра мед. Наук, проф. А. А. Ткаченко и д-ра мед. Наук Г. Е. Введенского. СПб.: Изд-во «Юрид. Центр Пресс», 2003. 657 с.

[7] Гомонов, Н. Д. Пенитенциарная психиатрия: изучение задач и проблем [Текст] / Н. Д. Гомонов, К. В. Сыроижко // Современные проблемы высшего образования: материалы докладов науч.-метод. Конф. Мурм. гос. техн. ун-та (20–30 марта 2001 г.). – Мурманск: МГТУ, 2001.

Отсутствие системного учебника по ПП как научная и практическая проблема

Отсутствие системного труда по ПП оставляет вне целостного описания ежедневную клиническую работу после вынесения приговора. Судебная психиатрия решает экспертно-правовые вопросы, пенитенциарная психология исследует адаптацию и поведение, общая психиатрия дает нозологическую и терапевтическую основу. Ни одна из этих дисциплин отдельно не описывает длительную динамику декомпенсаций, лечения, риска и личностных изменений в колонии. ПП должна сделать эту зону видимой, сохранив границы смежных подходов.

Учебники по судебной психиатрии закономерно сосредоточены на вменяемости, процессуальной дееспособности, правовых критериях и экспертной оценке. Пособия по пенитенциарной психологии подробно разбирают влияние изоляции, групповую динамику, ресоциализацию и работу психологической службы. Оба корпуса знания необходимы, но психологическое описание и экспертный вывод не подменяют нозологическую, синдромальную, дифференциально-диагностическую и лечебную оценку. Без общей профессиональной карты молодой врач либо механически переносит гражданские модели в колонию, либо начинает трактовать поведение преимущественно в административных и психологических категориях.[8]

Дефицит особенно заметен при смешанной и динамичной патологии. Иерархия и хронический конфликт меняют проявления расстройств личности; органическое снижение одновременно затрагивает когнитивный контроль, агрессию и дисциплинарное поведение; сексуальные правонарушители требуют соединения психиатрической, сексологической и криминологической оценки; длительные сроки усиливают институционализацию и утрату жизненной перспективы. Системное руководство должно показывать ход клинического мышления: какие объяснения проверяются, где проходит граница между расстройством и адаптацией, как оценивается риск и как среда включается в формулировку решения.

Разрозненность знания затрудняет не только обучение, но и исследование. Несопоставимые термины, разные единицы наблюдения и отсутствие общего описательного стандарта мешают объединять клинические серии, оценивать эффективность вмешательств и обсуждать ошибки. Системный труд должен задать рабочую рамку, внутри которой наблюдение можно воспроизвести, вывод — оспорить, а метод — уточнить. Речь идет не о жесткой унификации практики, а о языке, позволяющем специалистам видеть, что именно они сравнивают.

[8] Чернышева Е. В. К вопросу о социально-психологической адаптации осужденных // Прикладная юридическая психология. 2015. № 3. С. 46–56.

Цели и задачи настоящей монографии

Цель монографии — построить клинико-пенитенциарную модель психических и поведенческих расстройств у лиц, находящихся в системе исполнения наказаний. Единицей анализа служит не диагноз сам по себе, а его траектория: преморбидная структура, криминальный анамнез, реакция на изоляцию, лечение, изменение риска и подготовка к освобождению. Такой ракурс связывает клинику, экспертное знание, организацию помощи и профилактику, не смешивая их функции.

Историко-теоретическая задача состоит в критической реконструкции взглядов на преступление, психическую патологию и сексуально девиантное поведение — от антропологических и моралистических моделей к клиническому и биопсихосоциальному пониманию. Наследие Ч. Ломброзо и классические труды по половой психопатии рассматриваются как этапы формирования знания, а не как источник готовых современных объяснений. История нужна здесь для выявления концепций, которые продолжают незаметно влиять на диагноз и оценку опасности.[9]

Клинико-методологическая задача включает описание пенитенциарной среды как психогенного и патопластического фактора и систематизацию обследования осужденного. Анализируются сбор жизненного, криминального и психосексуального анамнеза, психический статус, критика, волевой контроль, опасное поведение, симуляция и диссимуляция. Стандартные амбулаторные схемы не отменяются, но корректируются с учетом режима, депривации, насилия, иерархии, стигматизации и длительного ограничения автономии.

Клиническая часть систематизирует расстройства личности, органические, аддиктивные, аффективные и психотические состояния, интеллектуальную недостаточность, аутоагрессию, суицидальность и насилие. Нозологические рамки МКБ-10/11 используются как диагностическая основа, но внимание сосредоточено на динамике, коморбидности и поведенческом выражении расстройства. Самостоятельный раздел посвящен сексуальным правонарушителям: психосексуальной траектории, фантазированию, ритуализации, защитным механизмам, критике и посткриминальной аффективной динамике.

Практическая задача — предложить модель работы психиатра УИС, включающую организационные, правовые и этические основания, междисциплинарное взаимодействие, лечение и профилактику кризисов. Предлагаемые схемы должны поддерживать аргументированное решение, а не превращать клиническую работу в формальный алгоритм. Через решение этих задач проверяется основной тезис книги: ПП обладает самостоятельным предметом постольку, поскольку точнее объясняет состояние пациента и улучшает профессиональный выбор.

В специальном анализе сексуальных правонарушителей разграничиваются диагноз, структура влечения, механизм деяния и актуальный риск. Эти уровни связаны, но не выводятся друг из друга автоматически: наличие парафильного расстройства не определяет однозначно поведение, а тяжесть преступления сама по себе не устанавливает клиническую природу сексуальной мотивации. Длительное наблюдение позволяет оценить, как меняются фантазирование, контроль импульсов, критика, аффективное состояние и влияние среды после завершения экспертной процедуры.

[9] Ломброзо, Ч. Гениальность и помешательство / Чезаре Ломброзо. — Санкт-Петербург : Азбука, 2016. — 352 с.

Научно-практическая новизна труда

Научно-практическая новизна определяется разработкой ПП как самостоятельного клинического поля, а не административной разновидности общей психиатрии или приложения к экспертизе. Самостоятельность понимается функционально: дисциплина должна ставить собственные вопросы, описывать механизмы пенитенциарной патопластики и предлагать проверяемые способы диагностики, наблюдения и профилактики. Название новой области ничего не доказывает; ее обосновывает способность объяснять феномены, которые теряются между смежными дисциплинами.[10]

В книге соединены четыре уровня анализа. Историко-теоретический уровень выявляет происхождение представлений о преступном поведении и психической патологии. Клинический описывает расстройства с учетом воздействия изоляции. Экспертный рассматривает возможности и ограничения психолого-психиатрических и сексолого-психиатрических материалов. Организационно-практический раскрывает задачи врача УИС, этические конфликты, взаимодействие служб и профилактику. Их связь позволяет переходить от генезиса понятия к наблюдаемому состоянию и клиническому решению.

Эмпирическую основу составляют клинические наблюдения, опыт работы в исправительном учреждении и обезличенные экспертные материалы. Они показывают не абстрактного «осужденного», а индивидуальную траекторию: преморбидную личность, историю болезни и зависимостей, обстоятельства деяния, адаптацию к изоляции, кризисы, лечение и изменение риска. Случай используется не как украшение готовой теории, а как способ проверить ее объяснительную силу.

Отдельная исследовательская линия прослеживает состояние сексуальных правонарушителей после экспертного этапа. Здесь взаимодействуют структура влечения, личностная организация, коморбидная психопатология, стыд, стигматизация, виктимизация и суицидальность. Практическая ценность этой и других линий измеряется применимостью выводов к обследованию, описанию психического статуса, оценке риска и выбору тактики. Инструмент должен усиливать клиническое мышление и одновременно обозначать пределы уверенности врача.

Новизна проявляется и в смене масштаба анализа. Однократная экспертная оценка дополняется длительным наблюдением, групповая статистика — разбором клинического механизма, а нозологическая квалификация — исследованием функции симптома в среде. Такое сочетание позволяет различать устойчивое расстройство, ситуационную декомпенсацию и адаптивно-инструментальное поведение без искусственного противопоставления биологических, психологических и социальных объяснений. Проверяемость обеспечивается прозрачным описанием материала, альтернативных гипотез и ограничений вывода.

[10] Методические рекомендации по организации лечебно-профилактических мероприятий в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции РФ от 18.04.2004 № 18/22-629.

Для кого предназначена книга

Основной адресат книги — психиатр, работающий в УИС или готовящийся к такой работе. Для него монография служит клинической картой: от теоретических оснований и патопластики среды до диагностики, лечения, оценки риска и взаимодействия служб. Материал также предназначен судебным психиатрам, клиническим и пенитенциарным психологам, судебным сексологам, криминологам и сотрудникам системы исполнения наказаний. Эксперту он показывает дальнейшую судьбу пациента, психологу — границу между психологическим описанием и психопатологической интерпретацией, сотруднику учреждения — клиническую логику поведения, которое административно выглядит лишь как конфликт, манипуляция или нарушение режима.

Книга может использоваться в подготовке ординаторов, аспирантов и специалистов дополнительного образования, а также в междисциплинарных исследованиях. Ее образовательная функция подчинена научной: читателю предлагается способ анализировать состояние человека при ограниченной свободе, а не перечень готовых ответов. Лишение свободы меняет предъявление симптомов, защиты, агрессии и адаптации; самостоятельный язык ПП оправдан лишь тогда, когда он повышает точность понимания и качество помощи.

Разным читателям книга предлагает общий предмет для профессионального диалога. Медицинский диагноз не заменяет психологического анализа поведения, психологическая характеристика — клинического обследования, а сведения администрации — независимого врачебного заключения. Польза междисциплинарности возникает при ясном распределении компетенций и сопоставлении данных, а не при размывании ответственности. Такая рамка особенно важна в кризисах, когда скорость решения не должна отменять его доказательность.

ВВЕДЕНИЕ

ПП как область знания, практики и междисциплинарного взаимодействия

ПП формируется на пересечении общей и судебной психиатрии, пенитенциарной психологии, криминологии, права и организации медицинской помощи, но не равна их сумме. Она исследует психические и поведенческие расстройства в период принудительной изоляции, когда режим становится фактором течения болезни, поведения и прогноза. Поэтому клиническая единица анализа шире диагноза: в нее входят личность, динамика состояния, криминальная биография, институциональный контекст и риск.

Популяция осужденных отличается высокой частотой личностной и органической патологии, зависимостей, аффективных и психотических состояний, интеллектуальной недостаточности, сексуальных расстройств и смешанных форм дезадаптации. В колонии эти состояния взаимодействуют с субкультурой, стигматизацией, принудительным режимом и ограничением субъектности. Симптом может менять форму и функцию, а внешне дисциплинарное, протестное или инструментальное поведение — скрывать клиническое неблагополучие. Психиатрический вывод должен поэтому удерживать нозологический, личностный, ситуационный и институциональный уровни.[11]

Психическое здоровье осужденных связано не только с медицинской помощью, но и с правами человека, профилактикой суицида и насилия, общественным здоровьем, рецидивом и ресоциализацией. Уязвимость этой группы имеет структурный характер: лишение свободы не создает патологию из ничего, но обнаруживает преморбидные слабости, усиливает декомпенсации, затрудняет компенсацию и маскирует состояние. Клиническая задача состоит в выявлении механизма, а не в присвоении поведению единственной административной или психиатрической причины.[12]

Отечественная судебная психиатрия разработала учение о вменяемости, клинико-экспертный подход, анализ мотива, аффекта, личности и патологического процесса в генезе деяния. Однако ее основной фокус — юридически значимое состояние в определенный процессуальный момент; жизнь пациента после приговора, его лечение, старение, кризисы и изменение риска концептуализированы слабее.[13,14]

Пенитенциарная психология подробно описывает адаптацию, групповую динамику, субкультуру и деформацию личности, но клиническое измерение часто остается подразумеваемым. ПП возникает в разрыве между развитой экспертной оценкой и менее систематизированной длительной клиникой. Она удерживает одновременно нозологию и среду, лечение и риск, не превращая одно измерение в универсальное объяснение.[15]

---

[11] Датий А.В., Федосеев А.А., Дикопольцев Д.Е. Характеристика осужденных, отбывающих наказание в воспитательных колониях ФСИН России // Вестник Кузбасского института. 2011. № 5 (8). С. 42–46.

[12] Сочивко Д.В., Бурцев А.О. Психоклинический профиль личности осужденных в местах лишения свободы (не состоящих на медицинском и профилактическом учете) // Прикладная юридическая психология. 2014. № 4. С. 51–57.

[13] Березанцев А. Ю. Судебная психиатрия: учебник для вузов. 3 - е изд., перераб. и доп. М.: Юрайт, 2020. 539 с.

[14] Ткаченко А.А. Судебно-психиатрическая экспертиза / А.А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 672 с.

[15] Чернышкова М., Бовин Б. Распространенность и криминогенность психических аномалий у осужденных, поступающих в исправительные учреждения // Ведомости уголовно-исполнительной системы. 2004. № 4. С. 30–35.

Междисциплинарность ПП имеет практическое, а не декларативное содержание. Психологическое наблюдение помогает понять адаптацию, медицинская документация — динамику симптомов и терапии, режимные сведения — контекст поведения, экспертные материалы — предшествующую траекторию. Ни один источник не обладает автоматическим приоритетом: их расхождения становятся предметом анализа. Психиатр сохраняет ответственность за клинический вывод и одновременно обязан показать, какие данные его подтверждают и какие ограничивают.

Предмет, объект и задачи ПП

Определение предмета ПП задает границы клинического вывода и допустимых методов. Слишком широкая рамка растворяет дисциплину в социальной психиатрии и криминологии, слишком узкая сводит ее к медицинскому обслуживанию заключенных. Объектом служит психическое функционирование лиц в системе исполнения наказаний, когда оно приобретает клиническое значение: при психических и поведенческих расстройствах, личностной и органической патологии, зависимостях, интеллектуальном снижении, дезадаптации, суицидальном, агрессивном или сексуальном риске.

Предмет ПП составляют закономерности выявления, течения, пенитенциарной модификации, диагностики, лечения и профилактики этих состояний. В него входит влияние режима, депривации, иерархии, насилия, стигматизации и длительности заключения на феноменологию, адаптацию и опасное поведение. Дисциплина изучает не просто болезнь у заключенного, а взаимодействие расстройства с системой лишения свободы:

1) Клинико-диагностические задачи включают раннее выявление расстройств и декомпенсаций, различение нозологического процесса и ситуационной реакции, органической и личностной патологии, истинного расстройства и симуляции, парафильного расстройства и сексуально агрессивного поведения без достаточных диагностических оснований. Лечебно-наблюдательные задачи требуют динамической оценки терапии, комплаенса, аутоагрессии, стигматизации, медленных личностных изменений, дисфории, когнитивного снижения и подготовки к опасному действию.

2) Профилактика направлена на индивидуальные механизмы суицида, самоповреждения, гетероагрессии, психотического срыва, декомпенсации и сексуально опасного поведения, а не на дисциплинарное подавление. Организационный уровень охватывает маршрутизацию пациента, направление на стационарное лечение, кризисное реагирование, документацию, взаимодействие медицинской, психологической и режимных служб и границы обмена информацией.

3) Научно-теоретическая задача — сформировать язык для описания пенитенциарной декомпенсации, псевдоадаптации, патопластики режима, клинически значимой институционализации, стигматизационно-индуцированной аутоагрессии и сексуально девиантного фантазирования в изоляции. Эти понятия имеют смысл только при ясных критериях и проверяемой связи с наблюдаемой динамикой; иначе новый термин лишь переименовывает уже известный феномен.

Уровни задач образуют единую последовательность. Диагностическая гипотеза задает наблюдение; динамика уточняет лечение и риск; организационное решение определяет доступ пациента к помощи; накопленные случаи корректируют теоретические понятия. Разрыв любого звена снижает качество остальных: формальный диагноз не обеспечивает профилактику, а административно эффективная мера может ухудшить клиническое состояние. Поэтому предмет ПП включает не только описание расстройства, но и последствия профессионального решения внутри институциональной системы.

Место ПП в системе общей психиатрии, судебной психиатрии, пенитенциарной психологии и криминологии

Место ПП определяется типом клинической задачи. Общая психиатрия дает синдромологию, нозологию и лечение; судебная психиатрия — клинико-правовой анализ деяния; пенитенциарная психология — понимание адаптации, групповой динамики и среды; криминология — анализ преступного поведения и рецидива. ПП использует эти ресурсы, чтобы объяснить изменение психического состояния человека внутри системы исполнения наказания.

Связь с общей психиатрией является базовой: психоз, депрессия, органическое расстройство, зависимость или расстройство сексуального предпочтения диагностируются по клиническим, а не административным критериям. Специфика ПП проявляется там, где среда меняет функцию симптома, смешивает клинические и инструментальные компоненты поведения или маскирует декомпенсацию под дисциплинарную проблему. Это требует многомерного, но не расплывчатого анализа.

Судебная психиатрия раскрывает роль расстройства в генезе общественно опасного деяния и оценивает юридически значимое состояние в процессуально определенный момент. ПП наблюдает иной временной континуум: осужденный живет, лечится, адаптируется, конфликтует, стареет и меняет уровень риска. Экспертный вывод для нее является исходным материалом, но не заменяет последующей клинической динамики.[16]

Пенитенциарная психология объясняет, как режим, субкультура, депривация, тюремная идентичность и межличностные отношения преобразуют поведение. ПП опирается на эти данные, но обязана различать норму и патологию, реакцию и расстройство, личностную черту и синдром, клинический риск и дисциплинарный конфликт. Это разграничение особенно важно при виктимизации сексуальных правонарушителей, личностной ригидизации и аддиктивной дезорганизации.

Криминология дает типологию преступлений, модели рецидива и понимание криминального пути. Возраст, срок, характер деяния и субкультурный статус влияют на клинический контекст, но не исчерпывают его. Положение ПП поэтому интегративно, но не производно: ее собственный вопрос — как психическая патология взаимодействует с принудительной изоляцией во времени и какие диагностические, лечебные и профилактические решения следуют из этого взаимодействия.

Границы дисциплин имеют этическое значение. Психиатр не должен использовать диагноз как дисциплинарную санкцию, психолог — выдавать предположение за нозологический вывод, администрация — определять содержание медицинского заключения, а криминологическая оценка риска — подменять индивидуальное обследование. Вместе с тем изоляция специалистов также опасна: сведения о резкой перемене поведения, угрозах или виктимизации могут иметь непосредственное клиническое значение. ПП должна описывать условия обмена информацией, сохраняя врачебную независимость и конфиденциальность.

[16] Березанцев А. Ю. Судебная психиатрия: учебник для вузов. 3 - е изд., перераб. и доп. М.: Юрайт, 2020. 539 с

Основные понятия и терминологический аппарат

В профессиональной речи сосуществуют выражения «психиатрия в УИС», *prison psychiatry, correctional mental health* и *forensic mental health in custody.* Задача монографии — не выбрать наиболее эффектное название, а установить рабочие границы и соблюдать их. Под ПП понимается клиническое направление, изучающее расстройства у лиц в системе исполнения наказаний, их изменение под воздействием среды, а также диагностику, лечение, наблюдение, профилактику и оценку риска. Особой «тюремной нозологии» это определение не предполагает: международные классификации сохраняют основу, специфичны контекст и ведение пациента.[17]

Пенитенциарная среда — институциональная и межличностная система, сочетающая ограничение свободы, режимную регламентацию, депривацию, контроль, иерархию, напряжение и стигматизацию. Ее воздействие бывает прямым психогенным, опосредованным патопластическим и хронически деформирующим. Патопластика обозначает изменение формы, выраженности, темпа и социального проявления расстройства под влиянием внешних условий; патопластика режима конкретизирует эту зависимость применительно к изоляции, подчинению, угрозе и дефициту автономии.[18,19]

Пенитенциарная дезадаптация — нарушение психического, поведенческого и социального функционирования в ответ на лишение свободы, проявляющееся тревогой, депрессией, дисфорией, агрессией, аутоагрессией, протестом, регрессом или псевдопсихотическими феноменами. Она не тождественна диагнозу: это может быть ситуационная реакция, декомпенсация прежней патологии или пограничное клинико-ситуационное состояние. Термин требует описания механизма, динамики и функциональных последствий.[20]

Клинический риск включает вероятность суицида, самоповреждения, гетероагрессии, импульсивного насилия, психотического срыва, тяжелой декомпенсации и сексуально опасного действия, если они связаны с психическим состоянием. Риск нельзя выводить из дисциплинарной характеристики или диагноза автоматически; его оценка опирается на анамнез, актуальный статус, личностную структуру, ситуацию и доступные защитные факторы.[21]

Термины сексуальной патологии используются разграниченно. Парафилия, расстройство сексуального предпочтения, педофилия, множественные расстройства сексуального предпочтения, девиантное фантазирование, фиксация и ритуализация описывают разные феномены. МКБ-10/11 предлагают несовпадающие рамки, причем современный подход отчетливее отделяет необычный интерес от расстройства, связанного со страданием, нарушением контроля

---

[17] Соломенцев В. В. К вопросу о пенитенциарной психиатрии // В. В. Соломенцев. Материалы VI Междунар. Межвуз. Науч.-практ. Конф. 20 мая 2011 г. Санкт-Петербург. «Проблемы защиты прав: история и современность». СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2011. 140 с. С. 62–68.

[18] Семке В. Я., Диденко А. В., Аксенов М. М. Тюремная субкультура и адаптация осужденных с расстройствами личности в местах лишения свободы // Судебная психиатрия. Пенитенциарная психиатрия и психология / под ред. Т. Б. Дмитриевой. М.: ФГУ «ГНЦССП Росздрава», 2009. Вып. 6. С. 189–204.

[19] Бурцев А.О., Сочивко Д.В. Психопатизации личности осужденных мужчин в период отбывания наказания в ИУ (структурно-функциональная психодинамика) // NovaInfo.Ru. 2015. Т. 2. № 30. С. 369–374.

[20] Датий А.В., Кузнецова А.С., Юсуфов Р.Ш., Трубецкой В.Ф., Ермолаева Т.В. Проблемы медико-социальной адаптации страдающих социально значимыми заболеваниями лиц, отбывающих наказания и освобождающихся из мест лишения свободы // Российский медико-биологический вестник им. Академика И.П. Павлова. 2010. № 2. С. 150– 153.

[21] Ваганов А. Б. Криминологическая характеристика пенитенциарной преступности и ее профилактика: автореф. Дис. … канд. юрид. Наук. Челябинск, 2012. 30 с.

или риском вреда. Для ПП опасны как неоправданное расширение, так и необоснованное сужение диагноза.[22]

Симуляция, аггравация, диссимуляция, метасимуляция, вторичная выгода и псевдоадаптация обозначают диагностические гипотезы, а не моральные характеристики. Поведение осужденного может одновременно иметь клинический, защитный, протестный и инструментальный смысл. Поэтому вывод о намеренном искажении состояния требует сопоставления данных и динамического наблюдения; преждевременный ярлык симуляции создает риск тяжелой клинической ошибки.[23]

Рабочее понятие в ПП должно отвечать трем требованиям: иметь наблюдаемые признаки, допускать разграничение с близкими феноменами и менять клиническое решение. Если термин лишь повторяет описание среды или выражает оценочное отношение к осужденному, он не обладает научной ценностью. Поэтому определения в книге связываются с временной динамикой, функциональными последствиями и альтернативными объяснениями. Такая дисциплина языка особенно нужна там, где медицинские слова способны влиять на режим, маршрутизацию и представление об опасности человека.

[22] Ткаченко А. А., Введенский Г. Е., Дворянчиков Н. В. Судебная сексология. М.: Медицина, 2001. 560 с.: ил.

[23] Лиханова И. И. Дифференциация осужденных как способ предупреждения преступности в местах лишения свободы // Вестник Санкт-Петербургской юридической академии. 2014. № 4 (25). 101–103.

Методы исследования в ПП

Методология ПП соответствует многослойности объекта. Беседа, тестирование, поведенческое наблюдение и документы по отдельности не дают достаточного основания, поскольку поведение осужденного определяется психопатологией, личностью, ситуацией, субкультурой и прагматическими мотивами. Исследовательская стратегия строится на сопоставлении независимых источников и проверке гипотез во времени.

Клинико-психопатологический метод остается центральным: он переводит внешнее действие в анализ структуры состояния. Агрессия может быть связана с дисфорической декомпенсацией, органическим снижением контроля, психотической интерпретацией, постабстинентной раздражительностью, страхом виктимизации или сознательной инструментальной стратегией. Сходное поведение требует разных решений, поэтому исследуются синдром, генез, динамика и функция действия в контексте личности и ситуации.

Клинико-анамнестический метод позволяет разделить преморбидные нарушения, патологию до заключения и изменения, возникшие или модифицированные в изоляции. Анализируются развитие, семья, учебная и трудовая адаптация, травмы, употребление психоактивных веществ, криминальная биография, прежняя помощь и эпизоды насилия. При сексуальных преступлениях реконструируются психосексуальное развитие, фантазирование, фиксация, ритуализация, первые реализации и контроль влечения.

Динамическое наблюдение необходимо из-за закрытости, диссимуляции, демонстративной подачи жалоб и изменчивости самой среды. Перевод, конфликт, взыскание, семейное известие, судебная перспектива, соматическое ухудшение или травматическая дата способны быстро перестроить клиническую картину. Повторные осмотры показывают не только наличие симптома, но и его устойчивость, зависимость от ситуации и ответ на вмешательство.

Патопсихологическое исследование уточняет когнитивный профиль, интеллект, эмоциональную регуляцию, импульсивность, ригидность, критичность и склонность к искажению ответов, но не подменяет клинический диагноз. Поведенческие сведения от медицинского персонала, психологов и сотрудников учреждения помогают верифицировать состояние при подозрении на скрытую депрессию, виктимизацию, симуляцию, диссимуляцию и подготовку к опасному действию. Документация и массивы наблюдений позволяют перейти от отдельного случая к типологической модели, сохраняя различие между статистической связью и клиническим механизмом.

Методическая надежность достигается не количеством собранных сведений, а их независимостью и согласованностью. Совпадение жалоб, наблюдаемого поведения, анамнеза и динамики усиливает гипотезу; расхождение требует нового объяснения, а не выбора наиболее удобного источника. В условиях зависимости пациента от учреждения особенно важны повторное информированное обсуждение, обезличивание исследовательских материалов и отделение клинической помощи от необязательного участия в исследовании. Ограниченная свобода повышает, а не снижает требования к методической и этической прозрачности.

Источники эмпирического материала: клинические наблюдения, экспертные материалы, статистика, научная литература

Эмпирическая состоятельность книги зависит от прозрачности источников. Клиническое наблюдение дает динамику; экспертные материалы — ретроспективную реконструкцию личности и механизма деяния; статистика — структуру контингента; научная литература — контекст и возможность сопоставления. Каждый массив отвечает на собственный вопрос и имеет ограничения, поэтому выводы строятся на их взаимной проверке. Особую ценность имеет возможность проследить одного пациента на разных этапах срока: сопоставить первоначальную реакцию на изоляцию, последующие декомпенсации, лечение и изменение поведения. Такая траектория позволяет отличить устойчивую личностную особенность от средовой реакции и эпизода болезни.

Обезличенные психолого-психиатрические и сексолого-психиатрические экспертизы содержат сведения о развитии, семье, психосексуальной биографии, обстоятельствах преступления, мотиве, фантазировании и защитных механизмах. Они особенно ценны при сексуальных и агрессивных деяниях и смешанной патологии, но отражают процессуально ограниченный момент. В книге экспертная реконструкция сопоставляется с последующим пенитенциарным наблюдением, а не принимается за завершенное описание пациента.

Статистические данные о возрасте, статье осуждения, сроке, обращаемости, самоповреждениях и переводах показывают структуру выборки и различия между группами. Они не устанавливают диагноз и не объясняют механизм, но задают масштаб и фон клинической интерпретации. Единичный случай, напротив, раскрывает механизм, не позволяя судить о распространенности.

Научная литература объединяет работы по общей и судебной психиатрии, сексологии, пенитенциарной психологии, криминологии и организации помощи, включая исследования prison psychiatry и correctional mental health. Отечественные данные необходимы для понимания российской правовой и институциональной реальности; зарубежные — для сравнения и выявления пробелов. Их нельзя механически складывать: различия систем исполнения наказаний ограничивают перенос выводов.

Сопоставление четырех источников образует метод проверки: наблюдение уточняет динамику, экспертиза — предкриминальную траекторию, статистика — структуру, литература — границы известного. ПП рассматривается не как терминологический проект, а как гипотеза о самостоятельном клиническом поле. Ее состоятельность определяется точностью описания психопатологии, прогнозирования риска и разграничения болезни, адаптации и инструментального поведения. Последующие главы последовательно проверяют эту гипотезу.

Источники неравноценны для разных типов вывода. Клиническая серия позволяет формировать типологию, но подвержена отбору наблюдений; экспертный материал богат ретроспективой, но ограничен процессуальной задачей; ведомственная статистика зависит от регистрации и доступности помощи; публикации отражают различия правовых и медицинских систем. Эти ограничения указываются при интерпретации, а обезличенные случаи используются так, чтобы клиническая детализация не позволяла идентифицировать человека. Доказательность книги строится на соответствии масштаба вывода масштабу материала.

ЧАСТЬ I. ИСТОРИЯ, ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ ПП

Глава 1. История становления взглядов на психические расстройства и преступное поведение

Ранние представления о безумии, преступлении и наказании

Осмысление преступного поведения и психических нарушений началось задолго до появления психиатрии и современного уголовного права. В архаических обществах безумие, насилие, нарушение запрета и наказание принадлежали единому мифологическому порядку. Жестокий или бессмысленный поступок связывали с гневом богов, одержимостью, проклятием рода либо нарушением сакральной нормы; субъект воспринимался как проводник внешней силы, а не как носитель индивидуального расстройства. Общественная реакция поэтому соединяла кару, изгнание и очищение. Из этой модели возникла устойчивая связь между чуждостью, иррациональностью, порочностью и опасностью, которая пережила религиозное объяснение и продолжила влиять на правовую и клиническую оценку человека.[24,25]

Античная медицина впервые последовательно перенесла часть душевных нарушений из области сверхъестественного в сферу естественных причин. Гиппократовская традиция допускала, что нелепое, аффективно чрезмерное или дезорганизованное поведение обусловлено телесным страданием, а не нравственным падением. Этот принцип еще не создавал психиатрию: болезнь, страсть, помрачение и моральная ответственность оставались слабо разграниченными, а восстановление порядка сохраняло карательный компонент. Однако в европейской мысли закрепилась возможность объяснять опасное действие состоянием человека. Для будущей судебной психиатрии решающим стал не конкретный античный диагноз, а сам переход от оценки поступка к вопросу о нарушенной способности действующего субъекта.[26]

Римское право придало этой интуиции юридическую форму. Различение разумного волевого действия, неразумия, слабоумия и аффективной утраты контроля постепенно связывало ответственность со способностью понимать значение поступка и руководить поведением. Медицинской теории за этим еще не стояло, но возник правовой предел вины: одно и то же внешнее деяние не получало одинаковой оценки, если субъект действовал в состоянии безумия. Позднейшее учение о вменяемости выросло из этого соединения двух вопросов — что произошло с психикой человека и какое значение это имеет для ответственности. Их нельзя было слить, но уже нельзя было и рассматривать независимо.[27,28]

Правовое различение предшествовало клинической диагностике и тем самым задало будущей психиатрии специфическую задачу. Врач должен был не просто назвать нарушение, а показать, как оно изменяет понимание ситуации и управление действием. Эта связь никогда не была автоматической: одинаковое состояние могло иметь разное юридическое значение в зависимости от выраженности, момента и механизма деяния. Уже в ранней истории обнаруживается принцип, сохраняющий актуальность для экспертизы: медицинское описание отвечает

---

[24] Гурвич А.Г. «Избранные труды».— М., 1977.

[25] Выготский, Л. С. История развития высших психических функций / Л. С. Выготский. — Москва: Издательство Юрайт, 2025. — 336 с.

[26] Антонян Ю. М. Криминальная психиатрия как частная криминологическая теория // Советское государство и право. 1990. № 10. С. 44–51.

[27] Бинсвангер Л. Бытие-в-мире. — М.: КСП+; СПБ.: Ювента, 1999. — 300 с.

[28] Крепелин, Э. Введение в психиатрическую клинику: учебное пособие для вузов / Э. Крепелин. — Москва: Издательство Юрайт, 2025. — 434 с.

на вопрос о психическом функционировании, тогда как решение об ответственности требует отдельного нормативного критерия.

Средневековая Европа вновь усилила религиозно-моральное толкование: преступление означало одновременно ущерб и грех, безумие — наказание, одержимость либо испытание. В одном субъекте могли видеть виновного, искушаемого, порочного и душевно поврежденного человека. Практика не различала эти регистры столь же последовательно, как богословская рефлексия. Телесное наказание, покаяние, клеймение, изгнание и заключение удаляли пугающего или неприемлемого человека из коллективного пространства, не устанавливая клинической природы его поведения. Общество научилось изолировать раньше, чем отличать болезнь от преступления и моральную девиацию от социальной опасности; эта историческая асимметрия впоследствии встроилась в пенитенциарные институты.[29,30]

Возрождение и раннее Новое время секуляризировали представления о воле, аффекте и внутреннем мире личности, но одновременно расширили институциональное исключение. Описанное М. Фуко «великое заточение» объединяло в одних пространствах душевнобольных, нищих, бродяг, распутников и других нарушителей нормативного порядка. Их различия уступали общей функции изоляции. Для истории пенитенциарной психиатрии этот эпизод важнее простой хронологии учреждений: он показывает, как административная категория опасного или неудобного поведения предшествует клинической дифференциации и затем направляет ее. Медицинский язык развивается внутри уже сложившейся практики принуждения, а не на нейтральной территории.[31]

Из этого не следует, что тюрьма, богадельня и психиатрическое учреждение образуют одну непрерывную систему. Их цели, правовые основания и профессиональные режимы различались. Историческая связь проходит по другой линии: общество сначала создает пространство исключения, а затем внутри него начинает разделять преступление, бедность, болезнь и социальную девиацию. Такая последовательность объясняет устойчивость смешанных функций — охраны, наказания, лечения и дисциплины. ПП возникает в той точке, где их институциональное соседство требует клинического разграничения и защиты медицинского решения от административного упрощения.

Русская правовая и культурная традиция также связывала безумие с религиозной и коллективно-нравственной оценкой. Помрачение, «неразумие», юродство и одержимость могли восприниматься как грех, несчастье и опасность одновременно. Системного учения о душевной болезни раннее право не создало, однако допускало различия между обычным нарушителем и человеком, чье поведение изменено повреждением разума. Длительное соседство нравственной и медицинской оптики объясняет, почему позднейшая отечественная культура продолжала приписывать преступнику моральное клеймо даже при признании психического расстройства. Клиническая квалификация не отменяла общественного чувства опасности и не освобождала врача от необходимости разграничивать эти оценки.[32]

Переход от сакрального объяснения к правовому и клиническому не был линейным. В разные эпохи преступника представляли психически нормальным носителем порока, человеком с поврежденным разумом либо субъектом особой биологической или социальной аномалии. Эти модели сменяли друг друга, но сохраняли общую склонность искать внутренний знак опасности и отвечать на непонятное поведение изоляцией. Современная практика воспроиз-

---

[29] Реутин М. Массовые психозы в Европе позднего Средневековья // Наука. Искусство. Культура. 2015. Вып. 2 (6). С. 108-135

[30] Зислин И. Психопатология и антропология (теория Томаса, остенсия, моральная паника) // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Вып. V. / Под ред. О. В. Лиманкина, С. М. Бабина. СПб.: 24 линия, 2018. С. 149-152.

[31] Фуко М. Ненормальные (Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1975–1976 учебном году) / пер. А.В. Шестакова. СПб.: «Наука», 2005. 432 с.

[32] Юдин Т.И. Очерки истории отечественной психиатрии. М.: Медгиз, 1951. 480 с.

водит эту культурную матрицу, когда диагноз выводят из жестокости деяния, болезнь смешивают с порочностью, а тюремный статус принимают за доказательство устойчивой личностной патологии. История показывает происхождение ошибки, но не оправдывает ее.[33]

Ранние представления содержали и вопросы, которые невозможно свести к научной незрелости эпохи: действует ли человек свободно; меняет ли повреждение разума меру вины; допустимо ли милосердие без отказа от защиты общества; всякая ли опасность требует наказания. Современная психиатрия отвечает на них иным понятийным языком, но не отменяет их нормативной сложности. Диагностическая классификация уточняет состояние, не решая сама по себе, каким должно быть общественное обращение с человеком. На границе описания и решения позднее сформируются судебная, а затем пенитенциарная психиатрия.

К началу Нового времени оформились четыре предпосылки будущей судебной психиатрии: различие произвольного и непроизвольного действия; признание влияния нарушенного разума на ответственность; допущение, что опасный субъект может быть одновременно виновным и поврежденным; право общества на изоляцию даже при неясной природе состояния. Их сочетание породило напряжение между медицинской помощью, правовой оценкой и социальной защитой. Ранние эпохи не знали нозологий и диагностических классификаций, но уже поставили исходный вопрос: как регулировать поведение человека, который нарушает запрет и одновременно вызывает сомнение в собственной свободе и разумности. Дальнейшая история разворачивается как поиск все более дифференцированных ответов на этот вопрос.

Исторический материал нельзя переводить непосредственно на язык МКБ-10/11. Описания одержимости, меланхолии, неразумия или аффективного помрачения относятся к иным культурным системам и не позволяют ретроспективно устанавливать диагноз. Их научная ценность состоит в другом: они показывают, какие функции — разумность, воля, контроль, преднамеренность — общество считало значимыми для оценки поступка. Реконструкция этих функций помогает понять происхождение современных критериев, не создавая иллюзии, что современная нозология существовала в скрытом виде на протяжении всей истории.

Антропологическая школа и биологизация преступности

В XIX веке морально-правовое объяснение преступления уступило место поиску объективных свойств субъекта. Рост анатомии, физиологии, психиатрии, статистики, эволюционных идей и позитивистской философии обещал заменить осуждение причинным анализом. На этой почве возникла антропологическая школа, превратившая преступника в объект измерения, классификации и сопоставления. Ее историческая сила состояла в системном повороте к личности; методологическая уязвимость — в отождествлении личности с устойчивой биологической организацией. Преступность переставала быть только деянием и истолковывалась как проявление природного типа, который будто бы можно распознать независимо от биографии и ситуации.[34]

Тюремное население стало для позитивистской науки своеобразной лабораторией. Заключенных обследовали серийно, сравнивали между собой, распределяли по группам и превращали индивидуальные особенности в статистические признаки. Такой метод выглядел объективнее нравственного рассуждения, однако объект исследования уже был сформирован работой полиции, суда и социальной селекции. Наука наблюдала не «преступность вообще», а людей, которых конкретная правовая система обнаружила и заключила. Непонимание этой

[33] Асмолов, А.Г. Психология личности: культурно-историческое понимание развития человека / А. Г. Асмолов. – М. : Академия: Смысл, 2007. – 528 с.

[34] Дмитриева Т. Б. Руководство по социальной психиатрии. — М.: Медицина, 2004. — 544 с.

границы впоследствии позволило приписывать всей категории свойства наиболее заметной и институционально доступной части контингента.

Тело, череп, лицо, асимметрии, аномалии развития, сенсорика, темперамент, импульсивность и аффективность рассматривались как внешние признаки внутренней криминальной предрасположенности. Френология, физиогномика, теория вырождения и ранняя биологическая психиатрия поддерживали представление о телесной маркированности опасности. Модель опиралась на четыре допущения: преступный человек природно отличается от нормального; антисоциальные свойства устойчивы и наследуемы; телесная и психическая аномалия указывают на криминальную склонность; врожденная организация ограничивает свободу воли. Так преступление превращалось в симптом антропологического дефекта, а наблюдаемая корреляция — в объяснение причинности.

Этот поворот изменил исследовательскую оптику. Юристы и врачи начали изучать не только ущерб и вину, но и конституцию, развитие и психическую организацию правонарушителя. Позднейшая клиническая наука сохранила интерес к субъекту, отказавшись от идеи, что его деяние читается по строению тела. Историческая продуктивность антропологической школы поэтому не равна истинности ее выводов: ошибочная типология способствовала накоплению наблюдений и постановке вопросов о наследственности, личности и детерминации поведения. Она сделала преступника объектом знания, но задала опасную форму этого знания — классификацию человека как носителя готовой природной судьбы.[35]

Антропологическая школа не была однородна: одни авторы отдавали приоритет морфологии, другие — психическим особенностям, третьи учитывали влияние среды. Общим оставался поиск объективно заданных, преимущественно природных свойств личности. Он сближал криминологию с психиатрией эпохи вырождения, которая также искала наследственные и телесные основания душевной патологии. Преступник и психически больной оказывались вариантами нарушенного развития. Такая связь ослабляла чисто моралистическое осуждение, но одновременно стирала границы между заболеванием, девиацией, асоциальностью и уголовно наказуемым поведением. Патологизация расширялась быстрее, чем клиническая дифференциация.[36]

В результате возникла общая зона биологической подозрительности. Психическая болезнь, бедность, сексуальная девиация, алкоголизация и повторное правонарушение могли интерпретироваться как проявления одной дегенеративной основы. Такая рамка снимала часть моральной вины, но не обязательно делала обращение гуманнее: больной и преступник превращались в носителей устойчивого дефекта, требующего контроля. Медикализация поэтому имела двойственный эффект. Она открывала возможность лечения и одновременно расширяла право учреждения определять человека через предполагаемую патологическую сущность, не отделяя клинический синдром от социальной неприемлемости.

Биологизация изменила и институциональную логику. Если опасность принадлежит особой человеческой природе, изоляция воспринимается не только как наказание за поступок, но и как защита общества от типа личности. На место соразмерного воздаяния приходит управление предполагаемой устойчивой угрозой; исправимость ставится под сомнение заранее. Конструкции дегенерата, морально дефектного или врожденно испорченного субъекта легко переводили научную гипотезу в административное решение. Для пенитенциарной психиатрии это принципиальный исторический урок: теория человека способна незаметно определять срок и характер наблюдения, допустимость принуждения и ожидания персонала еще до индивидуального обследования.

---

[35] Менделевич В. Д. Психопатология как результат творчества // Практическая медицина. 2015. № 5. С. 39-41.

[36] Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. Пер. С англ. в 2-х томах. Киев: Сфера, 1999.

В европейской и российской мысли конца XIX — начала XX века антропологические идеи вошли в судебную медицину, психиатрию, педагогику и социальную политику. Термины «дегенерация» и «психопатия» охватывали широкий круг аномалий характера, воли и поведения, не совпадающий с современными диагностическими категориями. Преступность пытались объяснять дефектной конституцией и пограничной патологией личности. Эта традиция подготовила изучение расстройств личности, но оставила наследство, требующее осторожности: клинический термин мог обозначать не наблюдаемое расстройство, а социально неодобряемый образ жизни. Отечественная судебно-психиатрическая мысль позднее будет преодолевать именно это смешение.[37]

Антропологическая школа поставила под сомнение классический образ автономного субъекта, свободно выбирающего между добром и злом. Если поведение определяется врожденной организацией, наказание утрачивает смысл воздаяния и становится средством социальной защиты. Этот вызов был продуктивен, поскольку заставлял право учитывать ограничения волевой регуляции; он же создавал риск реакции не на совершенное деяние, а на предполагаемую будущую опасность. Юридическая мера могла зависеть от типологического диагноза, а не от доказанного влияния состояния на конкретный поступок. Проблема соотношения наказания, лечения, превенции и изоляции возникла здесь в форме, которая сохраняет актуальность.

Слабость школы обнаружилась в ее эмпирике. Селективные тюремные выборки, отсутствие адекватных контрольных групп, смешение неоднородных контингентов и свободная интерпретация морфологических совпадений превращали корреляции в причинные выводы. Обещание «увидеть» преступника по телу избавляло исследователя от анализа семьи, среды, травмы, мотива, аффекта и культурного контекста. Современная нейробиология изучает органические повреждения, импульсивность, регуляторный дефицит, генетические и эпигенетические факторы, но не вправе выводить из них образ врожденного преступника. Биологический вклад является одним уровнем вероятностной модели, а не индивидуальным приговором.[38]

Различие между классической антропологией и современной биологической психиатрией определяется не отказом от телесного субстрата, а характером вывода. Нейрокогнитивный дефицит или органическое поражение могут повышать уязвимость контроля, но их значение зависит от личности, возраста, опыта насилия, употребления веществ и текущей ситуации. Один фактор изменяет вероятность, не задавая неизбежного поведения. Клиническое заключение должно описывать механизм перехода от нарушения функции к конкретному риску и указывать данные, которые этому переходу противоречат. Без такой проверки нейробиологический язык лишь обновляет старую идею стигмы.

Практика лишения свободы особенно восприимчива к простым типологиям: ей необходимо быстро различать управляемых и неуправляемых, опасных и безопасных, исправимых и неисправимых. Клиническое наблюдение разрушает эту бинарность. Агрессия может формироваться при расстройстве личности, органической недостаточности, психозе, зависимости, травматизации или ситуационном отчаянии; несколько механизмов часто действуют одновременно. Антропологическая школа исторически необходима как этап научного поворота к личности и одновременно опасна как пример натурализации социального. Ее урок состоит не в отрицании биологии, а в запрете превращать один уровень объяснения в исчерпывающую модель человека.[39]

---

[37] Абриталин Е.Ю., Александровский Ю.А., Ананьева Н.И., Аничков А.Д., Ахапкин Р.В., Букреева Н.Д., Вандыш-Бубко В.В., Васильева А.В., Введенский Г.Е., Вельтищев Д.Ю., Винникова М.А., Гаврилова С.И., Горелик А.Л., Горобец Л.Н., Григорьева Е.А., Гурович И.Я., Демчева Н.К., Дубинина Е.Е., Егоров А.Ю., Захаров Д.В. и др. Психиатрия: Национальное Руководство. 2-е издание, переработанное и дополненное. — ГЭТОР-Медиа, М.—2018.—1008с.

[38] Аширбеков Б.М. О предмете психиатрической науки: предварительная постановка проблемы. Consilium. 2015;1-2(55-56):43-44.

[39] Нуллер Ю.Л. Смена парадигмы в психиатрии. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева.

Двойственная оценка школы позволяет избежать двух симметричных ошибок. Нельзя принять ее типологии как ранний вариант современной доказательной науки; но столь же неверно исключить ее из истории как простое заблуждение. Она ввела причинность, наблюдение и сравнение туда, где господствовал морализм, и одновременно показала, что измерение без корректной модели способно придать предубеждению вид объективного факта. Для ПП этот эпистемологический урок особенно важен: формализованная шкала или диагноз не освобождают врача от проверки валидности данных и контекста их получения.

На рубеже веков идеи школы получили наиболее известное выражение в трудах Чезаре Ломброзо и вызвали столь же влиятельную критику. Наука постепенно включила в анализ воспитание, социальную среду, психопатологию, аффект, травму и индивидуальную биографию, сохранив требование эмпирического исследования. Для ПП этот переход задает профессиональную норму: сопротивляться преждевременной типизации, различать диагноз и социальную характеристику, оценивать состояние в динамике. Теория может быть интеллектуально цельной и институционально удобной, оставаясь клинически недостаточной; именно поэтому ее объяснительная сила должна проверяться на конкретном человеке.[40]

Преодоление биологического редукционизма не оправдывает обратную редукцию к социальной среде. Бедность, субкультура, травма или групповое давление также не объясняют индивидуальное деяние без анализа того, как человек воспринимает и перерабатывает эти воздействия. Многофакторность требует установить относительный вклад уровней, их временную последовательность и взаимодействие. Иначе перечень причин становится новым способом избежать клинического механизма. Антропологическая школа ценна как предупреждение против любой модели, которая обещает вывести сложное поведение из одного универсального основания.

Чезаре Ломброзо и его влияние на развитие криминологической мысли

Чезаре Ломброзо придал биологизации преступности наиболее законченную и узнаваемую форму. Его историческое положение парадоксально: теория во многом опровергнута, но без нее трудно понять переход от морально-правового образа преступника к систематическому исследованию его личности. В «Преступном человеке» преступность описывалась как проявление атавистических, дегенеративных и конституциональных свойств. Правонарушитель превращался из субъекта конкретного деяния в носителя особого биопсихического типа, будто бы занимающего промежуточное положение между цивилизованным человеком и ранними стадиями эволюции. Яркость этой конструкции обеспечила ей влияние, несоразмерное надежности доказательств.

Модель возникла в эпоху доверия к измерению и классификации. Антропометрия, физиогномика, теория вырождения, ранняя психиатрическая нозология и криминальная статистика создавали впечатление, что опасный тип можно распознать по совокупности телесных, психических и поведенческих признаков. Ломброзо соединял строение черепа, асимметрии, сенсорные особенности, импульсивность, жестокость, слабость нравственного чувства, ранние девиации и сексуальное поведение в единую причинную систему. Преступление становилось симптомом личности. Тем самым исследователь радикально изменил вопрос криминологии: внимание переместилось с юридической квалификации поступка на предполагаемую природу человека, который его совершил.

1992; 1: 11–19.

[40] Якубик А. Антипсихиатрия/Истерия. Методология. Теория. Психопатология. Пер. С польск. М.: Медицина, 1982. – 344 с.

Метод Ломброзо сочетал непосредственное наблюдение заключенных, антропометрические измерения, описания поведения и ретроспективные сведения. Для своего времени эта программа выглядела эмпирической альтернативой умозрительной философии преступления. Ее слабость заключалась не в самом обращении к данным, а в их организации вокруг заранее предполагаемого типа. Разнородные черты объединялись в одну конструкцию, а отклонения от нее объяснялись дополнительными категориями. Теория постепенно становилась нечувствительной к опровержению: любое отличие могло быть истолковано как иной вариант преступной природы.

Ломброзианство воздействовало на судебную медицину, психиатрию, педагогику, уголовную политику и массовое воображение. Оно усилило медикализацию преступности, хотя не являлось клинической теорией в современном смысле. Его продуктивность заключалась в требовании изучать личность, наследственность, развитие, аффект и характер, а не ограничиваться формальной схемой вины. Отсюда выросли последующие дискуссии о психопатиях, моральном помешательстве, расстройствах влечений и пограничных состояниях. Опасность состояла в обратном: интерес к личности подменялся набором внешних стигм, а биография и ситуация растворялись в предположении о врожденной судьбе.

Главным политико-пенитенциарным следствием стала идея типологической опасности. Человек признавался угрожающим не только потому, что совершил деяние, но и потому, что принадлежал к предполагаемому преступному типу. Такая логика оправдывала длительное наблюдение, классификацию и изоляцию независимо от изменения актуального состояния. В исправительном учреждении ее следы обнаруживаются в ожидании неизменной агрессивности, манипулятивности или «неисправимости» определенных осужденных. Профессиональный стереотип начинает предсказывать поведение раньше клинического исследования и затем отбирает лишь подтверждающие факты. Для ПП критика этой логики — не историческая формальность, а условие индивидуальной оценки риска.

Поздние работы Ломброзо были сложнее популярного образа его теории. Он различал прирожденных, случайных, привычных и аффективных преступников, учитывал алкоголь, бедность, страсть и влияние среды. Однако культурную память определила радикальная версия — преступник как врожденно маркированный тип. В России идеи Ломброзо активно обсуждались юристами, психиатрами и антропологами, но довольно рано столкнулись с возражениями против грубого биологизма. Отечественные авторы расширяли анализ за счет характера, воспитания, психической аномалии и социальной дезадаптации. Ломброзианство стало не готовой доктриной, а точкой напряженной методологической полемики.

Российская рецепция особенно показательна, поскольку естественнонаучный интерес здесь соседствовал с клинической и философско-правовой традицией. Исследователей привлекала возможность изучать личность преступника, но настораживала подмена индивидуального анализа морфологической схемой. В результате ломброзианство способствовало постановке вопросов о психопатии, аффекте и социальной дезадаптации, не закрепившись как единственная объяснительная модель. Полемика ускорила переход от поиска внешней стигмы к исследованию характера и состояния — переход, на котором позднее будет построена отечественная судебная психиатрия.

Размывание границ между болезнью, личностной аномалией и криминальной девиацией оказалось долговечнее конкретных антропометрических тезисов. Теории дегенерации и моральной неполноценности продолжали искать патологическую основу преступления там, где клинические критерии были неопределенны. Для судебной психиатрии это создало стимул исследовать патологический процесс и одновременно угрозу псевдодиагностики по характеру деяния. Правовая жестокость поступка не устанавливает психоза; повторность не доказывает расстройства личности; сексуальное преступление не тождественно парафильному расстрой-

ству. Современная дифференциация формировалась в борьбе с подобными автоматическими переходами.

Историческое влияние Ломброзо можно свести к трем изменениям. Преступник окончательно стал объектом научного исследования; анализ личности получил равное значение с анализом деяния; соотношение биологического, психического и социального вошло в центр криминологической дискуссии. Ответ Ломброзо оказался редукционистским, но поставленный им вопрос нельзя было устранить. Наука уже не могла вернуться к объяснению преступления одной злой волей. Ей предстояло научиться исследовать детерминацию поведения, не превращая причинное объяснение в отмену индивидуальной ответственности и не принимая групповую корреляцию за диагноз конкретного человека.

Современная пенитенциарная практика воспроизводит ломброзианскую оптику всякий раз, когда осужденного быстро относят к «опасному типу» и объясняют его поведение характером, органикой или статьей обвинения. Между тем агрессия может отражать психоз, дисфорию, личностную декомпенсацию, травму, стигматизацию, зависимость или инструментальную стратегию. Сексуальный правонарушитель также не является однородной клинической фигурой. ПП наследует у Ломброзо интерес к личности и длительному наблюдению, но отвергает представление о читаемой и неизменной внутренней порочности. Наблюдение должно проверять гипотезу, а не подтверждать заранее назначенный тип.

Длительное наблюдение, введенное в логику обращения с преступником, само по себе не является ни карательным, ни терапевтическим. Его смысл определяется вопросом, который задает специалист. Типологическая модель ищет устойчивые подтверждения неизменности; клинико-динамическая — фиксирует колебания состояния, действие среды и ответ на вмешательство. ПП использует второй подход. Один и тот же человек может демонстрировать разные уровни риска в зависимости от психоза, интоксикации, конфликта, лечения, виктимизации или утраты связей, поэтому наблюдение должно обнаруживать изменения, а не превращать первоначальный ярлык в пожизненное описание.

Культурная живучесть ломброзианства объясняется его психологической простотой. Образ преступника с видимой внутренней испорченностью переводит страх в узнаваемый объект и обещает раннее распознавание угрозы. Он особенно силен применительно к сексуальным и серийным насильственным преступникам, где общественное отвращение легко маскируется медицинским языком. Историческая заслуга Ломброзо состоит не в достоверности типологии, а в радикальном изменении предмета исследования: преступник стал не только объектом суда, но и объектом знания. Задача последующей науки — сохранить эту исследовательскую установку, освободив ее от антропологического клейма.

Массовый образ действует и на профессиональное восприятие. Врач может бессознательно ожидать у сексуального правонарушителя определенной мимики, характера или отсутствия эмпатии, а затем интерпретировать нейтральные особенности как подтверждение опасности. Подобная ошибка особенно вероятна, когда специалист заранее знает фабулу жестокого деяния. Клиническая дисциплина требует отделять эмоциональную реакцию на преступление от наблюдаемой психопатологии и фиксировать альтернативные объяснения. В этом смысле критика Ломброзо продолжается внутри каждого современного обследования.

Критика концепции «врожденного преступника»

Критика «врожденного преступника» стала переходом от морфологического детерминизма к многомерному анализу личности и поведения. Современники Ломброзо обнаружили, что предполагаемые стигмы встречались у людей без преступной биографии, тогда как многие правонарушители не соответствовали описанному типу. Признаки не были ни необходимыми, ни достаточными и потому не могли выполнять диагностическую функцию. Полемика

касалась не отдельных измерений черепа, а логики вывода: внешней особенности постфактум приписывалось криминологическое значение, а затем она предъявлялась как причина деяния. На этой критике формировались требования к проверяемости и дифференциации, позднее ставшие основой клинико-экспертного метода.[41]

Эмпирическая база ломброзианства страдала селекцией тюремных выборок, отсутствием контрольных групп, смешением клинически неоднородных лиц и свободной трактовкой статистических совпадений. Тюремный контингент принимался за репрезентативную модель преступности, хотя сам процесс выявления, осуждения и заключения уже отбирал социально уязвимых и заметных нарушителей. Накопление наблюдений подменяло валидную модель. Этот методологический урок сохраняет значение для современных исследований заключенных: распространенность признака в колонии не доказывает его причинной связи с преступлением, а ведомственная выборка не описывает автоматически всех людей, совершающих сходные деяния.

Социологическая критика показала, что преступление невозможно понять вне воспитания, семейной дезорганизации, бедности, алкоголизации, культурной нормы, группового влияния и исторической среды. Юридическая критика защищала иной предел: ответственность и наказание должны относиться к доказанному деянию, а не к предполагаемой природной опасности личности. Иначе суд превращается в превентивную реакцию на тип, соразмерность утрачивается, а изоляция получает неопределенный срок. Оба направления не отрицали индивидуальных особенностей, но отказывались считать их самостоятельным приговором. Человек включен в социальную ткань и одновременно отвечает в пределах конкретно установленных интеллектуальных и волевых возможностей.

Психиатрия разрушила представление о едином патологическом преступнике через клиническую неоднородность. Психоз, тяжелое аффективное состояние, органическое поражение, интеллектуальная недостаточность, расстройство личности, зависимость и расстройство сексуального предпочтения по-разному воздействуют на мотивацию, прогноз и контроль импульсов. Ни одно из них не тождественно преступности и не определяет юридическую оценку автоматически. Между нормой и тяжелой болезнью существует широкий спектр характерологических и пограничных состояний; их признание позволило развивать учение о психопатиях и расстройствах личности без возврата к врожденной порочности. Диагноз стал требовать собственной феноменологии, а не выводиться из общественной опасности.

Развитие учения о личности изменило саму единицу анализа. Устойчивая импульсивность, ригидность или эмоциональная холодность могла повышать вероятность определенного поведения, но не определяла его неизбежность и не имела одного криминального значения. Те же черты проявлялись по-разному в зависимости от привязанностей, воспитания, интеллекта, употребления веществ и ситуации конфликта. Личностная патология стала рассматриваться как организация психического функционирования со своими механизмами компенсации и декомпенсации, а не как скрытое название моральной испорченности. Этот переход подготовил индивидуальный прогноз вместо антропологического приговора.

Идея атавизма оказалась несостоятельной и научно, и этически. Она предполагала линейную шкалу эволюционной и нравственной зрелости, связывала морфологию с моралью и легко соединялась с расовыми и классовыми предрассудками. Отказ от нее означал запрет выводить социальную ценность и криминальную склонность из предполагаемой биологической «низшей ступени». Современные нейронауки вновь обсуждают биологические корреляты агрессии и контроля, поэтому этот исторический предел особенно важен: описание нейрокогнитивной

[41] Ваганов А. Б. Криминологическая характеристика пенитенциарной преступности и ее профилактика: автореф. дис. … канд. юрид. Наук. Челябинск, 2012. 30 с.

уязвимости допустимо лишь как вероятностный фактор в контексте развития и среды, но не как возрожденный язык природной неполноценности.[42]

Российские юристы и психиатры также возражали против механического переноса естественнонаучных схем в право. В отечественной традиции закреплялся анализ взаимодействия личности, аффекта, воспитания, психической аномалии и ситуации деяния. Советская и постсоветская судебная психиатрия развила клинико-динамический принцип: значение имеют конкретное состояние, структура личности, интеллектуально-волевые возможности и механизм поведения, а не абстрактный тип. Критика биологизма при этом не означала возвращения к абсолютной свободе воли. Причинный анализ усложнялся, включая травму, органическую недостаточность, зависимость, психоз, личностную деформацию и социальное влияние без назначения одному фактору монополии.

Наиболее убедительное опровержение дала клиническая практика. За одинаковой правовой квалификацией сексуального преступления могут стоять парафильное расстройство, личностная патология, интеллектуальное снижение, органическое поражение, психоз, интоксикация, ситуационный мотив либо отсутствие диагностируемого расстройства. Насильственное деяние также не раскрывает, связано ли оно с дисфорией, бредовой интерпретацией, зависимостью, аффективным взрывом или инструментальной стратегией. Единого врожденного типа не существует, потому что внешнее сходство действий не означает единства психического механизма. Экспертное исследование переносит центр тяжести с образа преступника на индивидуальную реконструкцию состояния.

Неоднородность имеет непосредственное терапевтическое значение. Психотический механизм требует лечения актуального процесса; органическое снижение — оценки когнитивного контроля и среды; личностная декомпенсация — анализа триггеров и устойчивых способов регуляции; инструментальное насилие — отказа от необоснованной медикализации. Одна статья обвинения не задает общего маршрута помощи. Критика врожденного типа поэтому ведет не к отрицанию риска, а к его расчленению на клинически различимые механизмы, каждый из которых имеет собственную динамику и доступные формы профилактики.

После критики Ломброзо вопрос изменился: исследуется конкретный субъект с определенной биографией, структурой влечений, уровнем критики, когнитивными возможностями и регуляцией поведения. Эта логика создала предпосылки и для иной пенитенциарной модели. Если опасность не является природным клеймом, заключенный нуждается в дифференцированном наблюдении, лечении, психологической работе и повторной оценке риска; статья обвинения не заменяет психического статуса. Исторически учреждения не всегда следовали этому принципу, но научное основание для различения контингентов было создано.[43]

Идея ресоциализации также становится мыслимой лишь после отказа от природной неизменности преступника. Она не предполагает наивной уверенности в универсальной исправимости, но требует оценивать способность к изменению по динамическим признакам, а не по антропологическому типу. Лечение, образовательная среда, возраст, новые отношения и снижение зависимости могут изменять риск; другие факторы сохраняют его устойчивость. Пенитенциарная система получает основание различать наказание, клиническое сопровождение и профилактику, не превращая ни одно из них в бессрочный контроль над предполагаемой сущностью человека.

Ломброзианское мышление сохраняется в быстрых формулах: «агрессивен, потому что психопат», «суицидален, потому что манипулирует», «сексуально опасен по природе». Такие

---

[42] Сочивко Д.В., Щелкушкина Е.А. Проблема психодинамической типологии личности осужденных за убийство// Прикладная юридическая психология. 2010. № 1. С. 6–21

[43] Гомонов, Н. Д. Детерминанты формирования криминогенных факторов личности / Н. Д. Гомонов, В. М. Труш // Арктика. Общество и экономика; Мурм. Регион. Обществ. фонд развития науки, образования и культуры «Образование», НОУ ВПО «Мурманская академия экономики и управления». – Мурманск: МАЭУ, 2015. – № 14.

объяснения удобны для режима, поскольку прекращают исследование. Клинический подход требует обратного — рассматривать биологический, психологический, социальный и ситуационный уровни как конкурирующие и взаимодействующие гипотезы. Критика «врожденного преступника» не отрицает устойчивых факторов риска; она запрещает превращать их в сущность человека и требует показывать механизм, динамику и границы прогноза. Для ПП это один из центральных принципов профессиональной ответственности.

Многофакторная модель не означает равного веса всех объяснений в каждом случае. При остром психозе клинический процесс может доминировать над социальным контекстом; при инструментальном групповом насилии психопатология может не иметь существенного причинного значения. Задача специалиста — выстроить иерархию факторов, указать данные в пользу каждого и проверить альтернативы. Такой анализ сложнее типологического ярлыка, но именно он позволяет связать понимание механизма с лечением, профилактикой и обоснованным прогнозом.

Формирование клинического и судебно-психиатрического подхода к личности преступника

Преодоление антропометрических схем не отменило изучение личности правонарушителя, а сделало его клинически содержательным. Исследовательский фокус переместился с врожденного типа на психическое состояние, характерологическую структуру, аффект, интеллект, влечения и жизненную траекторию конкретного человека. Преступное поведение стало пониматься как результат взаимодействия состояния, личности и ситуации. Один субъект действует в психозе, другой — при органическом снижении контроля, третий — в структуре личностной декомпенсации или патологического влечения, четвертый — без диагностируемого расстройства. Множественность механизмов разрушила идею особой породы преступников и подготовила клиническую основу судебной психиатрии.

Судебно-психиатрический подход сформировался вокруг практического вопроса: мог ли человек в момент деяния понимать его фактический характер и общественную опасность и руководить своими действиями. Из него выросло учение о вменяемости и невменяемости. В отличие от типологической антропологии, экспертиза должна соотнести клинические данные с конкретной юридически значимой ситуацией, не подменяя медицинский критерий правовым и наоборот. Диагноз сам по себе не решает вопрос ответственности; тяжесть деяния не устанавливает болезнь. Индивидуальная реконструкция психического состояния стала главным способом удерживать эту двойную границу.[44]

В отечественной традиции, начиная с работ В.П. Сербского, укреплялось разграничение болезни, личностной аномалии, пограничного состояния, симуляции и психической нормы в их юридическом значении. Клинический подход исходил из четырех положений: преступное действие может иметь различный психопатологический смысл; нозологические и личностные состояния нельзя объединять в категорию «аномального преступника»; влияние расстройства на осознание и волевую регуляцию устанавливается отдельно; личность и риск оцениваются динамически. Эти положения позже станут основой пенитенциарного мышления, где внешний поведенческий акт также не раскрывает своего механизма автоматически.[45]

Дифференциация состояний не сводилась к расширению перечня диагнозов. Она меняла способ аргументации: врач должен был показать синдром, его происхождение, выраженность, временную связь с деянием и влияние на конкретные функции. Отсутствие одного звена огра-

[44] Кашинский М. Ю. Психические расстройства различной нозологической формы и преступное поведение лиц с психическими расстройствами // Вестник Академии МВД Республики Беларусь. 2021. № 1(41). С. 101–107.

[45] Сахнова Т.В. Судебная экспертиза. – М., 2000. – С. 234–237.

ничивало силу вывода. Такой порядок защищал экспертизу и от морализма, и от медицинской экспансии, при которой всякое необычное поведение получало патологическое название. ПП наследует ту же структуру доказательства, но применяет ее к событиям режима, конфликтам, отказу от лечения, самоповреждению и другим формам поведения в заключении.

Особую сложность представляли пограничные и аномальные личности. Значительная часть опасного поведения не была связана с грубым психозом, но сопровождалась импульсивностью, ригидностью, подозрительностью, взрывчатостью, эмоционально-волевой неустойчивостью и недостаточностью критики. Учение о психопатиях, а затем о расстройствах личности сохранило интерес к устойчивой структуре, отказавшись от тождества между аномалией и преступностью. Анализ сместился к механизму декомпенсации: какие черты взаимодействуют с конфликтом и средой, при каких условиях возникает риск и насколько он изменяется во времени. Это позволило отличать личностную патологию от психоза, органического расстройства, зависимости и преимущественно криминогенного поведения.

Изменилось и понимание опасности. В антропологической школе она приписывалась типу; в клинической модели связывалась с актуальным синдромом, личностной структурой, динамикой болезни, контекстом и доступными средствами контроля. Опасность перестала быть клеймом и стала предметом вероятностной оценки. Эта логика требует наблюдать состояние, сопоставлять источники, учитывать изменения и защитные факторы. На ней основаны современные оценки суицидального риска, агрессии, импульсивного поведения, личностной декомпенсации и сексуально опасного фантазирования. Риск принадлежит не диагнозу вообще, а конкретной конфигурации человека и ситуации.

Клиническая психиатрия не исчерпывала правонарушение языком нозологии. Развитие психологии включило в анализ мотив, аффект, бессознательный конфликт, эмоциональную регуляцию, стыд, вину, нарциссическую уязвимость и зависимость от фантазирования. Эти механизмы важны и при отсутствии психического расстройства в строгом смысле. Междисциплинарное пространство между психиатрией, психологией и криминологией возникло не из стремления смешать компетенции, а из сложности объекта. В исправительном учреждении внутренний конфликт, виктимизация и групповое давление способны изменять симптом и поведение, поэтому клинический вывод должен учитывать психологический контекст, сохраняя диагностические границы.

Динамическая перспектива различает преморбидную личность, состояние во время деяния, период следствия, экспертную ситуацию и последующее отбывание наказания. Эти этапы могут демонстрировать разные клинические картины. Сексуальное деяние, сформированное длительной парафильной системой, после ареста может смениться депрессивной декомпенсацией с суицидальными мыслями; дисфорическая вспышка при расстройстве личности — ригидно-подозрительной или псевдоадаптированной формой поведения в колонии. Экспертный вывод фиксирует юридически значимый момент, но не описывает всю дальнейшую судьбу состояния. Именно временной разрыв между экспертизой и жизнью в заключении создает собственный предмет ПП.

Динамика требует различать изменение симптома и изменение способа его предъявления. В экспертной ситуации человек может усиливать жалобы, в отряде — скрывать уязвимость, в конфликте — использовать болезненное переживание как оправдание, оставаясь при этом реально депрессивным или психотическим. Инструментальный компонент не отменяет клинического, а клинический не исключает осознанной стратегии. Повторные осмотры позволяют установить устойчивые признаки, ситуационные колебания и ответ на вмешательство. Для врача УИС это важнее однократной типологической характеристики, полученной до приговора.

Работы Г.В. Морозова, Т.Б. Дмитриевой, Т.В. Клименко, А.А. Ткаченко и других отечественных исследователей укрепили сочетание нозологического, синдромологического, лич-

ностного и ситуационного анализа. Судебная сексология особенно ясно показала неоднородность внешне сходных деяний: за ними могут стоять педофильное влечение, множественные расстройства сексуального предпочтения, личностная или органическая патология, интеллектуальная недостаточность, психотический процесс, интоксикация и смешанные состояния. Эта дифференциация противостоит моралистическому ярлыку и одновременно не снимает правовой оценки. Комплексность означает сопоставление уровней, а не их механическое сложение.

Судебная сексология добавила к клинической динамике реконструкцию психосексуального развития: формирование фантазий, фиксацию интереса, ритуализацию, первые реализации, способы контроля и связь влечения с аффектом. Эти данные позволяют отличать устойчивое парафильное расстройство от сексуально мотивированного поведения иной природы. После осуждения траектория продолжается: меняются доступ к фантазированию, уровень стыда, риск виктимизации, критика и суицидальность. Поэтому экспертный материал становится исходной точкой пенитенциарного наблюдения, но не его заменой.

Профессиональная позиция психиатра также изменилась. Вместо наблюдателя готового типа он стал интерпретатором структуры состояния, обязанным описать качество и выраженность нарушения, его динамику, связь с поведением и пределы юридического значения. Такая работа требует клинической глубины и доказательной сдержанности. В пенитенциарной практике та же дисциплина запрещает выводить психоз из странности, симуляцию из противоречивых жалоб, личностное расстройство из конфликта, а сексуальную патологию из статьи обвинения. Каждая гипотеза должна выдерживать феноменологическую и динамическую проверку.

Эта профессиональная позиция предполагает автономию от двух давлений. Режимная логика стремится быстро превратить поведение в характеристику управляемости; медицинская — иногда расширяет диагноз, чтобы придать решению определенность. Клинико-экспертная традиция требует удерживать неопределенность до тех пор, пока данные не позволяют ее уменьшить. Врач обязан сообщать о риске и сотрудничать с учреждением, но не вправе использовать диагноз как административную санкцию. Доказательная сдержанность здесь становится не стилистической добродетелью, а этическим условием помощи.

Клинико-судебно-психиатрический поворот отказался от однолинейной причинности и соединил преморбид, семейную и социальную биографию, интеллект, аффективную организацию, сексуальное развитие, состояние в момент деяния, поведение после ареста и прогноз. Из этого формата закономерно возник вопрос о судьбе человека после завершения экспертизы. ПП продолжает судебно-психиатрическую традицию клинической дифференциации, но переносит фокус на длительное существование в изоляции. Она включает режим, субкультуру, хронический стресс, стигматизацию, адаптацию, аутоагрессию и личностную трансформацию как факторы динамики. Ее историческая самостоятельность начинается там, где экспертный момент становится началом, а не завершением клинического наблюдения.

Преемственность не означает прямого переноса экспертного заключения в медицинскую карту колонии. Экспертиза решает процессуальный вопрос и описывает состояние применительно к деянию; пенитенциарный психиатр оценивает актуальную клинику, лечение и риск в новой среде. Экспертные материалы дают подробную ретроспективу, но их выводы должны сопоставляться с последующей динамикой. Такое разделение функций сохраняет ценность исходных данных и предотвращает превращение прежнего диагноза или оценки опасности в неизменную характеристику человека на весь срок наказания.

Глава 2. История становления судебной психиатрии, судебной сексологии и пенитенциарной психологии

Развитие судебной психиатрии как основы экспертного знания

Судебная психиатрия возникла на пересечении клиники, права и философии ответственности как способ исследовать психическое состояние человека, совершившего юридически значимое деяние. Она перевела опасное и странное поведение из области житейского суждения в пространство доказательного клинического анализа. Ее предметом стало не преступление само по себе, а влияние расстройства на понимание ситуации, выбор и волевую регуляцию. Эта постановка сформировала профессиональный язык оценки вменяемости, личности и риска. Для пенитенциарной психиатрии судебно-психиатрическая традиция служит исходной моделью клинического мышления о правонарушителе.[46]

Раннее право различало разумное действие и поступок, совершенный в состоянии помрачения, однако опиралось на нравственные, религиозные и политические представления эпохи. Экспертное знание стало возможным после выделения психической болезни в самостоятельную медицинскую реальность с собственной симптоматикой и динамикой. Вопрос переместился от общего признания безумия к анализу нарушенных психических функций. Психиатрия предоставила клинический инструментарий, но юридическая задача потребовала особого способа его применения. Так возникла дисциплина, связанная с общей психиатрией и одновременно несводимая к ней.

Отношения медицины и права изначально содержали методологическое напряжение. Право стремится к определенному решению — лицо вменяемо или невменяемо, подлежит ответственности или освобождается от нее; клиника наблюдает континуум нарушений, колебания выраженности и зависимость симптомов от времени. Эксперт связывает эти разные логики, не подменяя медицинское описание нормативным выводом. Научная точность здесь достигается не устранением неопределенности, а доказательным указанием ее границ. Судебная психиатрия оформилась как дисциплина профессионально контролируемого перевода клинических данных в юридически значимые категории.

Отечественная школа развивала эту модель в тесной связи с правоприменительной практикой. Работы В. П. Сербского закрепили принцип индивидуализированной клинико-экспертной оценки: юридическое значение состояния выводится из анализа конкретного человека, а не из диагноза или тяжести деяния. Такая позиция ограничивала и правовой формализм, и житейскую морализацию. Эксперт должен был показать структуру расстройства, его выраженность и связь с поведением. Профессиональная сдержанность стала не стилистическим требованием, а способом защитить вывод от давления обвинения, общественной реакции и диагностического стереотипа.

Категория вменяемости организовала центральную исследовательскую проблему судебной психиатрии. Наличие расстройства не определяет решение автоматически: требуется установить, нарушало ли оно способность осознавать фактический характер и общественную опасность действий либо руководить ими. Один диагноз приобретает разное экспертное значение при различной стадии заболевания, глубине дефекта, сохранности критики и структуре мотивации. Медицинский и юридический критерии поэтому соотносятся, но не сливаются. Экс-

[46] Руководство по судебной психиатрии (под ред. Ткаченко А.А.) – М.:Юрайт, 2013.

пертное заключение становится доказательством только тогда, когда прослеживает путь от психопатологического феномена к нарушению конкретной психической функции.[47]

Расширение экспертной практики вывело исследование за пределы грубых психозов и выраженного слабоумия. В поле анализа вошли реактивные и органические расстройства, эпилептические изменения психики, интеллектуальная недостаточность, зависимости, расстройства личности и влечений. Чем менее очевидна патология, тем выше риск вывести диагноз из необычности или жестокости поступка. Клинико-динамический подход противостоит этому сокращению: он сопоставляет преморбид, развитие болезни, состояние в момент деяния и последующую динамику. Диагноз задает рамку исследования, но механизм поведения устанавливается отдельным анализом.

Работы Г.В. Морозова, Т.Б. Дмитриевой, Т.В. Клименко, А.А. Ткаченко и других отечественных исследователей углубили анализ личности, мотива, аффекта, влечения и опасного поведения. Экспертиза перестала выглядеть формальным приложением нозологии к уголовному делу. В центре оказалась связь болезни, личностной организации, ситуации и деяния. Такая схема допускает несколько конкурирующих объяснений и требует проверять каждое клиническими данными. Она особенно продуктивна при расстройствах личности, сексуальной патологии и смешанных состояниях, где внешне сходные поступки формируются разными механизмами.

Институциональная практика сформировала особую культуру экспертного текста. Анамнез, психический статус, наблюдение, психологические данные и материалы дела должны образовывать последовательную доказательную конструкцию, а итоговый вывод — следовать из представленных фактов. Документ не просто фиксирует диагноз, но показывает ход профессионального рассуждения. Эта традиция повлияла на медицинскую документацию в учреждениях исполнения наказаний. Пенитенциарный психиатр также обязан отделять наблюдаемое от сообщаемого, клиническую интерпретацию от режимной характеристики и вероятностную оценку риска от категорического предсказания.

Экспертное обследование не является лечением, хотя использует клиническое интервью. Исследуемый знает о процессуальных последствиях ответа, поэтому сотрудничество, сокрытие и защитное поведение имеют иной смысл, чем в терапевтическом контакте. Эксперт не обещает конфиденциальности в обычном врачебном объеме и обязан разъяснять свою роль. После поступления в колонию характер отношений меняется: психиатр отвечает за помощь и длительное наблюдение. Неразличение этих позиций подрывает доверие и заставляет пациента воспринимать медицинскую службу как продолжение экспертизы.

Экспертная ситуация сделала анализ личности обязательной частью клинического мышления. Симптомы приобретают значение через способы адаптации, уровень произвольной регуляции, структуру аффекта, отношение к болезни и устойчивые формы взаимодействия. Это не означает психологизации диагноза: личностный контекст объясняет, как расстройство реализуется в поведении, но не заменяет психопатологическую квалификацию. Подобное разграничение требуется и в колонии, где конфликт, отказ от требований или агрессия могут отражать психоз, декомпенсацию личности, протест либо инструментальную стратегию. Поведение становится клиническим фактом лишь после установления его механизма.

Судебная психиатрия ввела в оценку принцип временной неодновременности. Состояние до деяния, в момент его совершения, после ареста и во время экспертизы может существенно различаться. Психоз способен редуцироваться к обследованию, тогда как у психически сохранного обвиняемого заключение под стражу может вызвать реактивную депрессию, дисфорию или суицидальный кризис. Ретроспективная реконструкция и актуальная диагностика отвечают на разные вопросы. Для пенитенциарной практики этот принцип критичен:

[47] Сахнова Т.В. Судебная экспертиза. – М., 2000. – С. 34–37.

экспертный диагноз не заменяет последующего наблюдения, а новое состояние нельзя механически переносить назад на момент деяния.

Экспертная ошибка часто возникает не при распознавании симптома, а при переходе от диагноза к объяснению поступка. Установленное расстройство может быть клинически достоверным и при этом не определять мотивацию исследуемого деяния. Обратная ошибка состоит в отрицании патологии лишь потому, что действие было подготовлено, последовательно или внешне целесообразно. Сложное поведение совместимо с нарушенной критикой, а импульсивность встречается у психически здорового человека. Поэтому функциональный анализ обязан проверять причинную связь, не используя организованность или жестокость поступка как готовый критерий сохранности психики.

Ответственность и риск принадлежат разным временным и нормативным плоскостям. Экспертиза оценивает способность лица в юридически значимый момент, тогда как прогноз касается вероятности будущего поведения при определенных условиях. Невменяемость не означает постоянной опасности, а вменяемость не гарантирует низкого риска. В пенитенциарной практике смешение этих вопросов превращает прежний экспертный вывод в устойчивую характеристику личности. Клиническая задача состоит в повторной оценке динамических факторов, доступных лечению, наблюдению и изменению среды.

Междисциплинарность судебной психиатрии сложилась из необходимости взаимодействовать с правом, психологией, криминологией и судебной сексологией. Каждая область поставляет собственные данные, но клинический вывод сохраняет самостоятельные критерии. Такая граница защищает эксперта от двух ошибок: выдавать психологическое предположение за диагноз и подстраивать медицинское заключение под ожидаемое процессуальное решение. Одновременно она требует ясного языка, понятного специалистам других профессий. ПП наследует эту модель, поскольку работает на пересечении лечения, режима, права, профилактики риска и социальной реабилитации.

Экспертная этика формировалась там, где общественная реакция наиболее интенсивна. Тяжкое, жестокое или сексуальное преступление вызывает страх и отвращение, но эти переживания не могут определять клиническую квалификацию. Беспристрастность не отменяет правовой оценки и опасности; она удерживает врача от демонизации человека и от психиатризации нравственно осуждаемого поступка. Судебная психиатрия дала будущей ПП четыре опоры: функциональный анализ состояния, клинико-динамическую реконструкцию, доказательный профессиональный текст и междисциплинарную ответственность. В условиях лишения свободы к ним добавляются длительное наблюдение, влияние режима и проверка первоначальных выводов последующей жизнью пациента.

Преемственность дисциплин не означает переноса экспертного заключения в медицинскую карту без новой оценки. Эксперт отвечает на процессуально поставленные вопросы и реконструирует состояние относительно деяния. Врач учреждения наблюдает актуальную клинику, переносимость режима, эффективность терапии и меняющийся риск. Материалы экспертизы дают важную биографическую и психопатологическую основу, но последующая динамика способна подтвердить, уточнить или опровергнуть отдельные гипотезы. Разделение функций защищает пациента от пожизненного диагностического ярлыка, а специалиста — от ложной уверенности в неизменности человека.

Возникновение судебной сексологии и ее значение для оценки сексуального преступного поведения

Судебная сексология оформилась в той зоне, где общая психиатрия и уголовное право не могли исчерпывающе объяснить сексуально преступное поведение. Половая сфера объединяет развитие, объектное предпочтение, фантазирование, возбуждение, личностную органи-

зацию и культурные запреты; правовая квалификация фиксирует деяние, но не раскрывает его внутренний механизм. Специальная дисциплина потребовалась для разграничения сексуальной девиации, психического расстройства и преступления. Ее задача состоит не в медицинском переименовании правонарушения, а в исследовании клинически значимых процессов, которые могли участвовать в его формировании.[48]

Источниками новой области стали общая сексология, психиатрия влечений, уголовное право и судебно-экспертная практика. Сексология описывала психосексуальное развитие и варианты полового поведения; психиатрия исследовала патологические импульсы и личностные аномалии; право нуждалось в понимании субъекта сексуального деяния. Сложные экспертные случаи заставили сопоставить эти языки. Научный вопрос изменился: вместо общего суждения о разврате требовалось установить структуру влечения, способность контроля, роль коморбидной патологии и связь сексуальной мотивации с конкретным поступком.[49]

Внешне сходные сексуальные преступления могут иметь принципиально разные клинические механизмы. За ними обнаруживаются педофильное или садистическое влечение, ситуационное растормаживание при интоксикации, агрессия и стремление к власти, интеллектуальная несостоятельность, органический дефицит, психотическая дезорганизация либо поведение без установленного психического расстройства. Эта неоднородность исключает диагноз по статье обвинения. Судебная сексология переносит внимание с названия деяния на психосексуальную динамику, условия возбуждения и регуляцию поведения. Дифференциация механизма определяет обоснованность экспертного вывода, прогноз и последующее наблюдение.[50]

Классические работы о половой психопатии впервые систематизировали необычные влечения и их возможную связь с насилием. Их язык сохранял моральные и дегенеративные представления эпохи, однако сам предмет был выведен из области умолчания. Позднейшие исследования серийного сексуального насилия показали, насколько недостаточен единый образ сексуального преступника. Повторяемость деяний может опираться на устойчивый фантазийный сценарий, а может определяться сочетанием агрессии, личностной патологии и ситуации. Исторический переход от перечня «извращений» к анализу механизма составил основу современной судебной сексологии.[51]

В российской традиции судебная сексология развивалась внутри судебной психиатрии и клинической сексопатологии. Это обеспечило подробный психопатологический анализ влечения, аффекта, личности и органического фона, но одновременно создавало риск чрезмерной психиатризации сексуального поведения. Отечественные исследования парафильного поведения постепенно уточняли границы между клиническим расстройством, девиацией и противоправным действием. Парафилия перестала служить общим объяснением любой сексуальной агрессии. Клиническая квалификация потребовала доказывать устойчивость влечения, его структуру, динамику и значение для конкретного деяния.[52,53]

Сексуальная мотивация часто скрыта от непосредственного наблюдения и существует в форме фантазий, ритуалов и внутренней фиксации. Влечение может переживаться как чуждое и мучительное либо приниматься субъектом без критики; оно способно длительно не реализовываться, а затем переходить в действие при ослаблении контроля. После преступления отрицание, минимизация, рационализация и искаженное представление о согласии затрудняют

---

[48] Старович З. Судебная сексология: Пер. С польск. – М.: Юрид. Лит., 1991. – 336 с.

[49] Ткаченко А.А. Парафилии и аномальное сексуальное поведение: Автореф. дис. … д-ра мед. Наук. – М., 1994. – 38 с.

[50] Антонян Ю.М., Ткаченко А.А., Шостакович Б.В. Криминальная сексология. М.: Спарк, 1999. 464 с.

[51] Введенский Г.Е., Исаев Н.А., Ткаченко А.А., Амбарцумян Э.С. Криминальное профилирование лиц, совершивших серийные сексуальные убийства. Орел, 2005. 255 с.

[52] Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Королева Е.М. Психопатология парафильного поведения // Рос. психиатр. журн. 1998. № 1. С. 44-49.

[53] Расстройства сексуального поведения / Под ред. А.А. Ткаченко. М.: Медкнига, 2008. 636 с.

реконструкцию. Поэтому эксперт не ограничивается рассказом обследуемого и материалами одного эпизода. Он сопоставляет анамнез, повторяемость сценария, динамику возбуждения, защитные объяснения и поведение после деяния.[54]

Многоуровневая оценка различает правовую форму поступка, психосексуальное развитие, характер влечения, личностную организацию, коморбидность и актуальное психическое состояние. Ни один уровень не выводится автоматически из другого. Наличие необычного сексуального интереса не устанавливает расстройство; диагноз не доказывает причинную связь с преступлением; тяжесть вреда не определяет степень психопатологии. Методология оценки общественной опасности требует показать конкретные факторы риска и защитные механизмы. Такая структура заменяет обобщенный ярлык проверяемой клинической гипотезой.[55]

Разграничение сексуальной вариативности и расстройства стало одним из главных научных достижений дисциплины. Клиническое значение возникает при стойком патологическом влечении, нарушении контроля, выраженном страдании либо риске причинения вреда другому человеку; правонарушение при этом оценивается отдельно. Современные классификации стремятся не патологизировать сексуальную инаковость и одновременно не игнорировать опасные формы нарушения предпочтения. Общая сексопатология дает язык описания функций, а криминологический анализ уточняет условия реализации. Экспертное решение требует соединить эти данные, не смешивая норму, диагноз и уголовно-правовую оценку.[56,57]

Психосексуальный анамнез реконструирует развитие интересов, первые переживания, объектное предпочтение, характер фантазий, способы возбуждения и переход от воображаемого сценария к действию. Отдельно исследуются фиксация, ритуализация, связь сексуальности с агрессией, унижением и контролем, а также изменение критики. Эти сведения не помещаются в стандартное описание психического статуса, но без них вывод о механизме остается поверхностным. Исследования серийно опасного поведения показали значение длительной динамики, а не только последнего эпизода. Данные требуют проверки по независимым источникам, поскольку стыд, страх наказания и защитная переработка искажают самоотчет.[58,59]

Отечественная клинико-экспертная школа исследовала парафилии как структурно неоднородные состояния, связанные с личностью, аффективной регуляцией, органическим фоном и интеллектуальным уровнем. Сексуально опасное действие может завершать длительную патологическую фиксацию, но может возникать и без нее. Опасность поэтому оценивается через динамические признаки: усиление фантазирования, снижение контроля, повторяемость сценария, сочетание агрессии и сексуального возбуждения, отказ от помощи. Такой подход разрушает представление о неизменном «опасном типе». Он позволяет различать факторы, доступные лечению и профилактическому воздействию, и устойчивые ограничения прогноза.[60]

Возраст потерпевшего, серийность или насильственный характер деяния повышают значимость специализированного исследования, но не задают клинический механизм заранее. Действия в отношении ребенка могут быть связаны с педофильным влечением, психосексу-

---

[54] Дерягин Г.Б. Криминальная сексология. Курс лекций для юридических факультетов. М.: Московский университет МВД России. «Щит-М», 2008. 552 с.

[55] Введенский Г.Е., Ткаченко А.А. и др. Методология комплексного обоснования общественной опасности психически больных, совершивших сексуальные правонарушения: Метод. Рекомендации. – М., 2010.

[56] Васильченко Г.С. Общая сексопатология. – М.: Медицина, 2005. – 512 с.

[57] Иванов В. И. Практическая криминальная гомицидология / В.И. Иванов. СПб.: СПб юрид. ин-т Генеральной прокуратуры РФ, 2005. 140с.

[58] Интервью с профессором А. Бухановским. Маньяками не рождаются... // http://centerphoenix.ru/o-tsentre/press-and-tv/1055-aleksandr-bukhanovskiy-manyakami-ne-rozhdayutsya (дата обращения: 24.07.2023).

[59] Бухановская О.А. Психические расстройства у лиц с серийными сексуально опасными действиями (клиника, динамика, систематика): автореф. дис. … канд. Мед. Наук. М., 2003.

[60] Ткаченко А.А. Социальная опасность и превенция криминальной агрессии у лиц с психическими расстройствами // URL: www.myshared.ru/slide/684287 (дата обращения: 24.07.2023).

альной незрелостью, ситуационным доступом, интеллектуальным дефицитом или сочетанием факторов. Сексуальное насилие способно обслуживать возбуждение, власть, унижение, месть либо аффективную разрядку. Эти различия меняют прогноз и профилактику, хотя не меняют юридического факта причиненного вреда. Диагностика должна объяснять индивидуальную структуру действия, а не переводить уголовную категорию в медицинскую.

Коморбидность меняет и феноменологию, и риск. Парафильное расстройство может сочетаться с расстройством личности, зависимостью, органическим поражением, интеллектуальной недостаточностью, аффективной патологией или психозом. Вклад каждого состояния нельзя заменить их перечнем: интоксикация способна ослабить контроль, депрессия — усилить аутоагрессию, а личностная ригидность — закрепить фантазийный сценарий. В колонии к исходной структуре добавляются сексуальная фрустрация, стигматизация и угроза виктимизации. Наблюдение должно отслеживать, как эти факторы взаимодействуют во времени, а не только подтверждать ранее установленный диагноз.[61]

Судебная сексология формировала профессиональную объективность в области, где моральное отвращение особенно легко подменяет анализ. Клиницист не оправдывает деяние, но и не превращает зло в диагноз. Межличностное восприятие сексуального правонарушителя влияет на интервью, интерпретацию ответов и готовность персонала видеть суицидальный риск. Стигма усиливается в пенитенциарной среде и может становиться самостоятельным патогенным фактором. Этическая дисциплина требует удерживать одновременно права потерпевшего, общественную безопасность и медицинскую обязанность обследовать конкретного человека без унижающего ярлыка.[62]

Способность понимать переживания потерпевшего имеет прогностическое значение, но не измеряется признанием вины одной формулой. Формальная эмпатическая речь может сосуществовать с минимизацией вреда, тогда как стыд и защитное молчание не всегда означают ее отсутствие. Исследуются устойчивость позиции, способность учитывать границы другого человека и изменение искаженных представлений о согласии. Эти данные сопоставляются с поведением, а не используются как моральный экзамен. Клиническая оценка критики должна различать социально желательный ответ, аффективное раскаяние и реальную перестройку регуляции.

Клинико-психопатологическая типология полезна только как средство различения механизмов. Варианты описываются по структуре влечения, роли агрессии, степени фиксации, характеру фантазирования, критике и коморбидному фону, но не превращаются в неизменные типы личности. Современные границы сексуальной нормы и классификации требуют особенно осторожного языка. Типология должна направлять сбор данных, а не заранее определять диагноз и прогноз. Ее ценность проверяется тем, позволяет ли она выбрать разные стратегии наблюдения, лечения и профилактики для внешне сходных случаев.[63]

Доказательная база сексологической экспертизы имеет собственные ограничения. Интимный анамнез редко подтверждается полностью, материалы дела отражают процессуальную перспективу, а психофизиологические и психологические методы не читают мотивацию напрямую. Повторяющиеся фантазии могут быть скрыты, преувеличены или реконструированы после деяния. Надежность повышается не количеством тестов, а совпадением независимых линий данных и объяснением противоречий. Эксперт обязан обозначать предел уверенности, особенно когда от интерпретации внутреннего переживания зависит прогноз опасности.

---

[61] Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. М., 1995.

[62] Герасимов А.В., Ткаченко А.А. Особенности межличностного восприятия и стратегии взаимодействия при сексуальном гомицидном поведении // Российский психиатрический журнал. 1999. № 4. С. 25–31

[63] Ткаченко А. А. Границы сексуальной нормы и современные классификации нарушений психо-сексуальных ориентаций. Аномальное сексуальное поведение / под ред. А. А. Ткаченко, Г. Е. Введенского. М.: ГНЦССП им. В. П. Сербского, 1997. Гл. 1. 426 с.

Судебная сексология стала мостом между экспертизой и длительным пенитенциарным наблюдением. Экспертиза реконструирует психосексуальное развитие и механизм деяния; врач в колонии оценивает последующую динамику, депрессию, суицидальность, фантазирование, поведение и доступность помощи. Прежнее заключение дает исходную гипотезу, но не завершает клиническое исследование. Изоляция может ослаблять возможность реализации и одновременно усиливать внутреннюю фиксацию, стыд или агрессию. ПП продолжает сексологический анализ во времени, связывая его с безопасностью, лечением и подготовкой к освобождению.

После экспертного этапа клинический интерес смещается от реконструкции к изменению. Наблюдение должно отвечать, сохраняется ли патологическая фиксация, появляются ли критика и контроль, какие ситуации усиливают фантазирование и готов ли человек участвовать в лечении. Отсутствие нарушений режима не доказывает снижения риска, поскольку изоляция сама ограничивает доступ к возможному объекту. Одновременно признание диагноза не позволяет предсказывать рецидив без учета возраста, поддержки и условий освобождения. Пенитенциарный период становится самостоятельным источником данных для индивидуального прогноза.

Классические труды о половой психопатии и их историческое значение

Классические труды о «половой психопатии» обозначили сексуальную аномальность как самостоятельный предмет клинического и судебного исследования. Они возникли между морализаторским языком порока и современными моделями расстройств сексуального предпочтения. Историческая ценность этих текстов заключается не в пригодности их диагнозов, а в переходе к систематическому наблюдению. Авторы начали различать объект влечения, условия возбуждения, повторяемость фантазий и связь сексуальности с противоправным поведением. Тем самым сексуальное преступление впервые получило возможность отдельного клинического анализа.

«Psychopathia Sexualis» Рихарда фон Крафт-Эбинга наиболее полно выразила этот поворот. Книга объединила медицинское описание сексуальных аномалий с вопросами насилия, опасности и ответственности. Крафт-Эбинг рассматривал необычное влечение не только как нравственное отклонение, но и как феномен психической организации. Его клинические наблюдения открыли тему для науки, хотя объяснения сохраняли представления о дегенерации и нормативной сексуальности своего времени. Текст остается историческим источником, а не руководством для современной диагностики.[64]

В классических описаниях наблюдательность соседствовала с культурной предвзятостью. В одну категорию включались патологические влечения, варианты сексуального поведения, иные психические расстройства и преступления, основанные на агрессии или власти. Поэтому старый термин внутренне неоднороден и не может переноситься в современные классификации. Однако именно эта неоднородность поставила задачу последующего разграничения. Судебная сексология развивалась через критическое уточнение материала, собранного ранними авторами, а не через простое отрицание их работ.

Описательная дифференциация разрушила представление о единой массе «извращенности». Фетишистические, садистические, педофильные и иные феномены стали рассматриваться раздельно по объекту, сценарию и способу возбуждения. Часть первоначальных категорий позднее была исключена как дискриминационная или клинически несостоятельная. Сохранился сам принцип: внешняя необычность не объясняет психический механизм. Для

[64] Крафт-Эбинг Р фон. Половая психопатия // URL: http://www.litmir.co/br/?b=93290 (дата обращения: 24.07.2023).

оценки правонарушителя важен не исторический ярлык, а структура влечения и ее доказанная связь с действием.

Понятие патологического влечения перенесло исследование от оценки поступка к анализу внутренней регуляции. Фиксация, повторяемость, навязчивость, автономность сексуального сценария и субъективная борьба стали клиническими признаками, требующими наблюдения. Эта идея подготовила современное изучение педофильного, садистического и множественного парафильного поведения. Ее нельзя понимать как утверждение непреодолимости импульса. Между влечением и деянием действуют критика, самоконтроль, среда, доступ к объекту и защитные стратегии, поэтому причинная связь всегда устанавливается индивидуально.

Медикализация сексуального преступника имела двойной результат. Она ослабила примитивное объяснение нравственным падением, но породила соблазн считать всякое сексуальное насилие проявлением болезни. Последующая наука училась удерживать границу между клиническим пониманием и оправданием. Агрессия, унижение, власть и антисоциальная мотивация способны определять деяние без парафильного расстройства. С другой стороны, отсутствие психоза не исключает устойчивой патологии влечения, значимой для прогноза и профилактики.

Ретроспективное чтение старых случаев требует методологической осторожности. Описания «неудержимого влечения», «дегенерации» или «противоестественности» создавались в иной системе сексуальных норм и не позволяют устанавливать современный диагноз. Их можно использовать для истории понятий и анализа наблюдаемых феноменов, но не для подтверждения непрерывности классификаций. Научная преемственность проходит через вопросы, а не через названия. Исследователь сопоставляет способы описания контроля, фиксации и вреда, сохраняя разрыв между историческим свидетельством и современной клинической квалификацией.

Классические авторы обратили внимание на внутреннюю историю сексуального деяния. Фантазии, объектное предпочтение, ритуалы, стыд, вина, отрицание и постепенное снижение контроля стали частью исследования. Позднее этот материал превратился в психосексуальный анамнез и структурно-динамический анализ. Для ПП он особенно важен, поскольку изоляция ограничивает поведение, но не прекращает фантазирование. Длительное наблюдение позволяет различить устойчивую фиксацию, защитную переработку прошлого и изменения, связанные с лечением или средой.

Связь сексуальности с личностью стала вторым долговечным наследием ранних трудов. Влечение рассматривалось вместе с характером, аффектом, агрессией и интеллектуальным развитием, что подготовило современную концепцию коморбидности. Одновременно возникли культурные образы «сексуального дегенерата» и «неисправимого извращенца». Эти фигуры до сих пор влияют на отношение к осужденным и поддерживают представление об однородной опасной группе. Клиническая наука обязана отделять исторически произведенную стигму от индивидуально подтвержденных факторов риска.

История классификаций показывает, что медицина способна одновременно освобождать от морализаторства и закреплять культурное предубеждение. Категории, когда-то включавшиеся в «половую психопатию», позднее были разделены на варианты сексуальности, клинические расстройства и противоправные действия. Изменение границ не означает произвольности всей диагностики. Оно требует ясных критериев страдания, нарушения контроля и вреда, а также открытого обсуждения ценностных предпосылок. Этот урок защищает современную сексологию от превращения социальной неприязни в медицинский факт.

Современная оценка классических трудов требует двойной оптики. Их категории устарели, но поставленные вопросы — объект влечения, патологическая повторяемость, связь возбуждения с насилием и необходимость специальной экспертизы — сохранили значение.

Отечественная судебная сексология переработала это наследие в более строгую клинико-динамическую модель. Врач не пользуется термином «половая психопатия» как диагнозом, а различает парафильные, личностные, органические, аффективные и криминальные механизмы. Исторические тексты объясняют происхождение дисциплины и одновременно предупреждают об опасности смешения культурной нормы с психопатологией.[65]

Институциональное наследие классических работ заметно в устойчивом ожидании неизменности сексуального правонарушителя. Если влечение понимается как конституциональная порочность, наказание и наблюдение ориентируются на тип, а не на динамику. Современная клиника сохраняет осторожность прогноза, но требует фиксировать изменения критики, поведения и способности управлять риском. Нельзя считать лечение доказанным по декларациям, однако столь же неверно заранее объявлять изменение невозможным. ПП должна соединять историческую память о редукционизме с длительным эмпирическим наблюдением каждого пациента.

Развитие пенитенциарной психологии в России и за рубежом

Пенитенциарная психология сделала среду лишения свободы самостоятельным предметом исследования. Судебная психиатрия анализировала состояние применительно к деянию, судебная сексология — психосексуальный механизм, тогда как новая область изучала изменения личности, поведения и адаптации внутри режима. Тюрьма перестала восприниматься нейтральным местом пребывания осужденного. Изоляция, контроль, иерархия и утрата связей образуют активную психологическую систему. Это открытие подготовило клинический вопрос о том, как та же среда изменяет психические расстройства.[66,67]

Зарубежная традиция развивалась вместе с изменением целей наказания — от изоляции и устрашения к исправлению и реабилитации. Каждая модель предполагала собственный образ человека и допустимые способы воздействия. Исследования одиночного содержания, строгой регламентации и утраты автономии показали психологическую цену пенитенциарных реформ. Общая и социальная психология добавили понятия депривации, фрустрации, групповой динамики и агрессии. В результате поведение заключенного стало рассматриваться как продукт взаимодействия личности с организованной средой, а не только как продолжение криминальной биографии.[68]

Практика учреждений постоянно обнаруживала недостаточность категории «нарушение режима». Конфликтность, пассивность, отказ от программ, демонстративное подчинение, аутоагрессия и неформальное лидерство могли выполнять разные психологические функции. Одно поведение выражало кризис адаптации, другое защищало статус, третье скрывало депрессию или страх. Пенитенциарная психология ввела внутреннюю динамику заключенного в анализ дисциплинарной ситуации. Она тем самым ограничила административное объяснение, хотя еще не решала собственно диагностическую задачу.

Исследование институционализации показало, как длительная внешняя регламентация перестраивает саморегуляцию. Снижаются инициатива и способность к выбору, упрощаются потребности, сужается временная перспектива, возникает зависимость от режима. Эти изменения не равны психическому расстройству, но способны имитировать дефицитарную симпто-

---

[65] Ткаченко А. А., Введенский Г. Е., Дворянчиков Н. В. Судебная сексология. М.: Медицина, 2001. 560 с.: ил.

[66] Семке В.Я., Гусев С.И., Снигирева Г.Я. Пенитенциарная психология и психопатология: руководство: в 2 т. / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Я. Семке, А.С. Кононца. М.; Томск; Кемерово, 2007. Т. 1. 576 с.; Т. 2. 544 с.

[67] Антонян Е. А. Психология исправительного воздействия на осужденных в местах лишения свободы // Юридическая психология. 2006. № 1. С. 38–40.

[68] Пенитенциарная психология: ЭУМК / авт.-сост. Г. Г. Романович. Мн.: Минский институт управления, 2017 [Электронный ресурс]. URL: http://www.miu.by/rus/kaf_ep/kaf_download/28198_188177030.pdf (дата обращения: 13.06.2026).

матику или усиливать уже существующую патологию. При длительных сроках граница между адаптацией и личностной деформацией становится особенно сложной. Для клинициста важна динамика: какие функции утрачены, какие сохраняются и восстанавливаются ли они при изменении условий.[69]

Тюремная субкультура действует параллельно официальному режиму через статусы, запреты, санкции и правила безопасности. Она меняет коммуникацию, переживание унижения, доступность доверия и способы обращения за помощью. Подозрительность или скрытность в таком контексте не всегда свидетельствуют о параноидной патологии, а внешняя адаптация может опираться на страх и ритуализированное подчинение. Субкультурная позиция влияет на виктимизацию, сексуальную безопасность и суицидальный риск. Психологическое описание этой системы стало необходимым условием точной психиатрической интерпретации поведения.

Российская пенитенциарная психология формировалась на пересечении юридической, социальной и личностной психологии с практикой УИС. Исследовались адаптация, ценностные изменения, групповое взаимодействие, исправительное воздействие и ресоциализация. Психологическая экосистема учреждения включала не только осужденных, но и сотрудников, официальные службы и неформальные отношения. Работы об адаптации показали, что одна и та же режимная ситуация по-разному переживается в зависимости от биографии, личностной структуры и доступных опор. Эти данные позволили перейти от общего образа заключенного к анализу индивидуальной траектории.[70][71]

Поступление в СИЗО или колонию запускает кризис потери контроля, прежней идентичности и привычных связей. Последующая адаптация может быть внешне благополучной, напряженной, протестной, субкультурно ассимилированной, депрессивной, агрессивной или аутоагрессивной. Такие варианты описывают стратегию приспособления, но не устанавливают диагноз. За протестом может стоять личностная реакция, за пассивностью — депрессия, за демонстративностью — защитная коммуникация или симуляция. Сопоставление стресса, поведения и психопатологии создало прямой переход от пенитенциарной психологии к ПП.[72][73][74]

Адаптация развивается неравномерно и меняется после суда, этапирования, перевода, конфликта или известия из семьи. Первичная тревога может смениться внешним приспособлением, которое скрывает эмоциональное истощение и утрату перспективы. Напротив, раннее нарушение поведения иногда уменьшается после освоения правил и появления устойчивых связей. Оценка одного среза поэтому легко превращает временную реакцию в характеристику личности. Продольное наблюдение позволяет различать краткий кризис, закрепившуюся дезадаптацию и начало клинического расстройства.

Исследования prisonization и psychological adjustment to incarceration выявили изменения базовых механизмов саморегуляции. Ограничение приватности и выбора, хроническая наблюдаемость, фрустрация потребностей и дефицит близости вызывают разные ответы: апатию, гипервнимание к угрозе, агрессию, регрессию или самоповреждение. Среда не произво-

---

[69] Спасенников Б.А. Судебная психология и судебная психиатрия. Общая часть. Архангельск, 2002.

[70] Антонян Е. А. Психология исправительного воздействия на осужденных в местах лишения свободы // Юридическая психология. 2006. № 1. С. 38–40.

[71] Чернышева Е. В. К вопросу о социально-психологической адаптации осужденных // Прикладная юридическая психология. 2015. № 3. С. 46–56.

[72] Бабурин С.В. Проблемы стресса и адаптации в пенитенциарной психологии // Вестник института: преступление, наказание, исправление. 2014. № 1 (25). С. 46–50

[73] Васильченко О.В. Социальная адаптация заключенных в местах лишения свободы: Дис.... канд. Социол. Наук. Ростов н/Д, 2008. С. 122–143.

[74] Луговой А.С., Разумова Е.М. Социально-психологическая адаптация заключенных к местам лишения свободы // Научные исследования: от теории к практике. 2014. № 1. С. 201–205

дит единого синдрома и не действует одинаково на всех. Ее эффект зависит от преморбида, срока, поддержки, статуса и уже существующей патологии. Понятие пенитенциарного стресса поэтому требует клинической конкретизации, а не универсального объяснения любого неблагополучия.[75]

Психология сотрудников раскрыла вторую сторону пенитенциарной среды. Постоянная готовность к угрозе, профессиональная ригидность, эмоциональное выгорание и снижение эмпатии влияют на то, как персонал распознает симптомы и реагирует на жалобы. Клиническая картина формируется не только внутри пациента, но и в системе взаимодействий: недоверие усиливает сокрытие переживаний, а грубая конфронтация может ускорить декомпенсацию. Исследования реабилитации напомнили, что поддерживающая среда способна изменять течение состояния. Качество психиатрической помощи зависит от институциональной культуры не меньше, чем от формальной доступности врача.[76]

Выделение специальных контингентов разрушило представление об однородном объекте исправления. Несовершеннолетние, пожилые, лица с длительными сроками, зависимостями, сексуальными и насильственными преступлениями различаются по уязвимости, рискам и способам адаптации. Однако правовая или демографическая группа не является клинической типологией. Внутри каждого контингента встречаются разные расстройства и механизмы поведения. Психология поставила вопрос о дифференцированном сопровождении, а психиатрия должна была дополнить его синдромальной, нозологической и прогностической оценкой.

Пенитенциарная психология подробно описала личность, мотивацию, группу и среду, но не могла заменить клиническую диагностику. Психологические шкалы выявляют тревогу, агрессивность, особенности адаптации и суицидальные маркеры, однако не разграничивают психоз, органическое расстройство, депрессивный эпизод и личностную декомпенсацию без психиатрического исследования. Институционализация психологической службы сделала этот предел особенно заметным. Возникла практическая зона совместной работы, где психологическое описание уточняет контекст, а медицинское заключение определяет клинический механизм. Неразличение компетенций ведет либо к пропуску болезни, либо к необоснованной психиатризации поведения.

Наблюдаемое поведение всегда зависит от отношений с тем, кто наблюдает. Осужденный может скрывать симптомы из страха стигмы, усиливать жалобы ради защиты или использовать психологический язык как доступный способ сообщить о неблагополучии. Сотрудник, ожидающий манипуляции, замечает подтверждающие признаки и пропускает изменение состояния. Психологический и медицинский выводы должны учитывать эту взаимную регуляцию. Повторные беседы в разных ситуациях, сведения от нескольких служб и реакция на помощь надежнее единичного впечатления.

Главный методологический вклад дисциплины состоит в средовом способе мышления. Лишение свободы — не отдельный стрессор, а режим психического существования с ограничением субъектности, пространства, времени и близости. Он способен маскировать симптомы, менять их выраженность и создавать новые формы декомпенсации. Комплексная оценка предикторов адаптационных расстройств показывает необходимость учитывать личность и конкретные условия одновременно. Пенитенциарная психология очертила патогенную среду; ПП получила задачу исследовать внутри нее клиническую динамику и границы между приспособлением, страданием и болезнью.[77]

---

[75] Сандомирский М.Е. Психическая адаптация в условиях пенитенциарного стресса и личностно-типологические особенности осужденных. Уфа, 2001

[76] Воловик В.М. Проблемы ранней реабилитации психически больных и некоторые пути ее практического решения // Ранняя реабилитация психически больных. – Л., 1984. – С. 5–15.

[77] Петров В.И. и соавт. Комплексная оценка предикторов развития расстройств адаптации у осужденных // Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2006. Т. 5, № 4. С. 109–116.

Ресоциализация возвращает анализ к вопросу о переносимости свободы после длительной институционализации. Навыки, обеспечивавшие безопасность в колонии, могут мешать инициативе, близости и доверию вне нее. Психологическая готовность к освобождению не совпадает с редукцией психопатологических симптомов, но взаимодействует с ней. Риск декомпенсации возрастает при разрыве поддержки, неопределенности жилья и лечения. Пенитенциарная психология описывает переход сред, а ПП должна обеспечить клиническую преемственность и раннее распознавание срыва.

Предпосылки выделения ПП в самостоятельную дисциплину

ПП выделяется не вследствие нового названия, а из-за устойчивого научно-практического дефицита. Общая психиатрия описывает расстройства вне специфики режима, судебная психиатрия сосредоточена на экспертном вопросе, пенитенциарная психология — на личности и адаптации. Ни одна из этих областей отдельно не объясняет длительное существование психической патологии в условиях принудительной изоляции. Новый предмет возник там, где клиника, среда, риск, лечение и организационные ограничения начали образовывать повторяющуюся систему проблем. Самостоятельность дисциплины определяется именно этой связностью, а не административной границей учреждения.

Судебная психиатрия дала клинико-экспертный анализ личности и состояния, но ее центральный временной фокус ограничен деянием и экспертизой. После процессуального решения начинается другая клиническая история: арест, этапирование, адаптация к отряду, конфликты, лечение и годы режима. Экспертные данные сохраняют ценность как ретроспектива, однако актуальное состояние требует нового исследования. Судебно-психологический и психиатрический инструментарий подготовил язык, но не описал весь последующий путь пациента. Этот разрыв между экспертным эпизодом и длительным наблюдением стал первым основанием самостоятельности ПП.[78]

Пенитенциарная психология показала, что изоляция активно перестраивает поведение и внутреннюю жизнь. Режим, субкультура, депривация и институционализация изменяют формы проявления болезни, доступность жалоб и способы компенсации. Психиатрические задачи при этом включены в систему безопасности и надзора, что создает особые ограничения для диагностики. Клинический симптом может скрываться за режимной характеристикой, а нормальная защитная реакция — ошибочно трактоваться как патология. Средово-клинический анализ возник из необходимости различать эти пересекающиеся уровни.[79]

Практика УИС обнаружила нозологически и поведенчески неоднородный контингент. В одном учреждении наблюдаются психозы, органические расстройства, зависимости, интеллектуальная недостаточность, личностная патология, суицидальные состояния и расстройства сексуального предпочтения. Их феноменология меняется под влиянием страха, стигмы и неформальной иерархии: психотические переживания скрываются, депрессия проявляется раздражительностью, а личностная декомпенсация принимает субкультурную форму. Накопленные отечественные наблюдения показали, что гражданские описания нельзя переносить в колонию без учета среды. Специальная дисциплина потребовалась для систематизации этих клинических конфигураций.[80,81]

---

[78] Спасенников Б.А. Судебная психология и судебная психиатрия. Общая часть. Архангельск, 2002.

[79] Тактические и организационные аспекты обеспечения режима и надзора в отношении лиц с психическими расстройствами, содержащимися в ИУ: учебное пособие / И. Л. Бедняков, С. А. Копыткин, С. В. Марченко, С. П. Мишустин, А. Г. Севостьянова. Самара: Самарский юридический институт ФСИН России, 2017. 115 с.

[80] Антонян Ю.М. Личность осужденных, имеющих психические аномалии и их поведение в местах лишения свободы // Проблемы повышения эффективности применения основных средств исправления и перевоспитания осужденных: Сб. На-уч. тр. – Рязань, ВШ МВД СССР, 1984. – С. 64–77.

Одного диагноза недостаточно для решения повседневных задач врача УИС. Требуется понимать, как человек реагирует на иерархическое давление, переносит взыскание, взаимодействует в отряде и использует симптомы в коммуникации. Контекст не отменяет нозологию, а уточняет механизм компенсации и декомпенсации. Ошибка возникает в двух направлениях: поведение полностью объясняют средой либо любое отклонение выводят из болезни. ПП удерживает клинический и институциональный уровни как взаимодействующие гипотезы и проверяет их длительным наблюдением.

Психическая цена лишения свободы образовала отдельную исследовательскую проблему. Даже без исходной тяжелой патологии заключение способно провоцировать тревожные, депрессивные, дисфорические, регрессивные и суицидальные состояния. При уже существующем расстройстве среда изменяет выраженность симптомов, ускоряет декомпенсацию или закрепляет защитную ригидность. Патопластика здесь означает не общий вред тюрьмы, а конкретное преобразование клинической картины определенными условиями. Ее исследование требует сопоставлять преморбид, этап наказания, режимные события, лечение и последующую динамику.

Специальные контингенты выявили пределы единой модели помощи. Сексуальные правонарушители, лица с зависимостью, органическим дефицитом, длительными сроками или насильственным поведением имеют разные клинические уязвимости. Уголовная квалификация не заменяет диагностику, но определяет социальный контекст, уровень стигмы и некоторые риски. Общественно опасное деяние психически больного также нельзя объяснить одним диагнозом без анализа личности и ситуации. ПП соединяет клиническую дифференциацию с пониманием того, как конкретный контингент существует внутри учреждения.[82]

Организационная специфика работы психиатра сформировала собственный круг профессиональных задач. Врач выявляет расстройства, наблюдает динамику, оценивает суицидальный и агрессивный риск, различает болезнь и симуляцию, организует лечение и перевод, взаимодействует с психологами и администрацией. Эти функции выполняются при ограниченной автономии пациента и постоянном присутствии режимных интересов. Правовой статус медицинского работника не устраняет конфликт между клинической конфиденциальностью, безопасностью и требованиями учреждения. Теоретическое осмысление такой практики стало условием профессиональной ответственности.[83]

Ограниченная субъектность пациента образует отдельную этическую и клиническую проблему. Обращение к врачу может быть добровольным лишь частично, конфиденциальность имеет установленные пределы, а отказ от лечения интерпретируется внутри режимной системы. Эти обстоятельства влияют на доверие и содержание жалоб. ПП должна описывать не только болезнь, но и условия, при которых клиническая информация возникает и передается другим службам. Защита медицинской роли становится частью диагностической надежности, поскольку пациент не раскрывает переживания специалисту, которого воспринимает как продолжение надзора.

Междисциплинарность превращается в основание новой дисциплины только при наличии собственного объекта. Для ПП таким объектом является психическая патология в условиях лишения свободы, а предметом — закономерности ее диагностики, течения, модификации, лечения и профилактики. Право определяет рамку принуждения, психология описывает адаптацию, криминология — поведение и риск, но клиническая интеграция принадлежит

---

[81] Калистратов В.Б. Психогенные расстройства у осужденных мужчин в пенитенциарных учреждениях // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сб. Ст. – Пенза, 1998. – Вып. 2. – С. 32–33.

[82] Спасенников Б.А. Общественно опасные деяния больных психическими расстройствами // Вестник института: преступление, наказание, исправление. 2012. № 4 (20). С. 8–11.

[83] Павленко, А. А. Правовой статус медицинского работника исправительного учреждения [Текст]: монография / А. А. Павленко; под ред. В. А. Уткина. – Иркутск, 2014. – 247 с.

психиатрии. ПП не присваивает компетенции смежных областей. Она организует их данные вокруг вопроса о состоянии пациента и профессиональном решении в конкретной пенитенциарной ситуации.

Собственная методология ПП строится на сопоставлении источников и временных срезов. Жалобы, психический статус, поведение, документация, экспертные материалы и сведения персонала имеют разную доказательную ценность и собственные искажения. Ни один источник не получает автоматического приоритета. Расхождение данных становится предметом исследования: оно может отражать симуляцию, диссимуляцию, изменение состояния или конфликт наблюдателей. Длительность контакта дает преимущество только при систематической фиксации динамики, иначе привычный образ пациента вытесняет новые клинические факты.

Международные направления *prison psychiatry, correctional mental health* и *forensic mental health in custody* подтвердили существование общего проблемного поля. В разных системах повторяются психозы, суициды, зависимости, дефицит помощи, конфликт медицинской и режимной логики. Зарубежные модели нельзя переносить механически, поскольку правовые и институциональные условия различаются. Опыт тюремной службы других стран важен как источник сравнения организационных решений и профессиональных границ. Российская ПП нуждается в собственной концептуализации, способной участвовать в международном диалоге без утраты контекста.[84]

Отдельным основанием самостоятельности служит длительный временной горизонт. Судебная экспертиза реконструирует момент деяния, психологическая служба отслеживает адаптацию, а пенитенциарный психиатр наблюдает месяцы и годы клинической жизни. За это время меняются симптомы, критика, когнитивные функции, суицидальный риск, личностная ригидность и способность к социальной связи. Длительность позволяет проверять первоначальные гипотезы, но одновременно создает институционализацию и хронические формы неблагополучия. ПП исследует не отдельный срез, а траекторию состояния через этапы наказания и подготовки к освобождению.[85]

Образовательный дефицит сделал разрозненность знания особенно заметной. Врачу приходилось соединять руководства по общей и судебной психиатрии, пенитенциарной психологии, суицидологии, зависимостям, сексологии и нормативные документы с собственным опытом. Такое соединение зависело от индивидуальной подготовки и не формировало единого профессионального стандарта. ПП собирает эти источники вокруг общей исследовательской программы: клинической динамики в режиме изоляции. Дисциплина становится самостоятельной там, где способна формулировать собственные вопросы, методы наблюдения, объяснительные модели и проверяемые практические решения.

Научная программа дисциплины должна проверять собственные утверждения, а не только систематизировать опыт. Требуются продольные исследования клинической динамики, валидизация инструментов риска, сравнение режимных условий и изучение перехода после освобождения. Особенно важны данные о скрытой заболеваемости, суицидальности, коморбидности и доступности лечения. Без эмпирической проверки понятия патопластики и пенитенциарной дезадаптации останутся удобными метафорами. Самостоятельность ПП будет доказана способностью получать воспроизводимые знания и улучшать клинические решения в условиях ограниченной свободы.

---

[84] Юнкари Т. Актуальные проблемы тюремной службы Финляндии // Актуальные проблемы пенитенциарной науки и практики: Сб. Мат-лов Междунар. Науч.-практ. конф. – М.: НИИ УИС Минюста России, 2005. – С. 79-80.

[85] Актуальные вопросы пенитенциарного здравоохранения / Под ред. А.С. Кононца, А.В. Бобрика. – М.: Акварель, 2011. – 120 с.

Глава 3. ПП как самостоятельная научно-практическая дисциплина

Определение ПП

Пенитенциарная психиатрия (ПП) — специальная область психиатрического знания и практики, исследующая психические и поведенческие расстройства у лиц в условиях лишения свободы. Ее интересуют не только диагнозы, но и возникновение, манифестация, патопластика, течение и исход состояний внутри учреждения УИС. Клиническая оценка связывается с лечением, динамическим наблюдением, прогнозом и предупреждением опасных кризисов. Принудительная изоляция входит в предмет анализа как активный фактор, а не как нейтральное место оказания помощи. Такое определение задает дисциплине собственную клинико-средовую оптику.

От общей психиатрии ПП наследует нозологию и клинико-психопатологический метод, но применяет их к состояниям, измененным режимом, субкультурой и редукцией автономии. Судебная психиатрия реконструирует психическое состояние в юридически значимый момент, тогда как ПП наблюдает человека после приговора на протяжении месяцев и лет. Экспертное заключение для нее служит исходным материалом, а не окончательной характеристикой пациента. Диагноз, вменяемость и опасность принадлежат разным аналитическим задачам и не подменяют друг друга. Граница с судебной психиатрией проходит между процессуальной оценкой и длительным клиническим сопровождением.[86]

Пенитенциарная психология описывает адаптацию, защитные механизмы, групповые отношения, тюремную идентичность и институционализацию. ПП использует это знание, когда различает нормативный дистресс и депрессивный эпизод, режимную настороженность и бред, характерологическую ригидность и личностную декомпенсацию. Психологическое объяснение раскрывает переживание и функцию поведения, но не устанавливает нозологический статус. Психиатрическая квалификация, в свою очередь, теряет точность без анализа среды и биографии. Разделение компетенций создает рабочую преемственность, а не конкуренцию двух дисциплин.[87]

Внутреннюю конструкцию ПП образуют четыре линии знания. Клинико-психопатологическая линия отвечает за синдром, диагноз и лечение; судебно-психиатрическая — за доказательность, личность правонарушителя и связь состояния с деянием. Пенитенциарно-психологическая линия вводит адаптацию, субкультуру, виктимизацию и изменение личности, а организационно-правовая определяет маршрутизацию, документацию и пределы вмешательства. Каждая линия поставляет самостоятельные данные, но ни одна не описывает пациента целиком. Дисциплина возникает из их организованного соединения вокруг клинической динамики в несвободе.

Контингент учреждений УИС клинически неоднороден: психозы соседствуют с зависимостями, органическими нарушениями, интеллектуальной недостаточностью и расстройствами личности. У одного пациента часто соединяются несколько патологических механизмов, криминальная биография, травматический опыт и социальное снижение. Коморбидность меняет жалобы, комплаенс, риск и ответ на режимные воздействия. Внешне сходные конфликты поэтому могут отражать психоз, дисфорию, абстинентную динамику, страх виктими-

---

[86] Ткаченко А.А. Судебно-психиатрическая экспертиза / А.А. Ткаченко, Д.Н. Корзун. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 672 с.

[87] Антонян Е. А. Психология исправительного воздействия на осужденных в местах лишения свободы // Юридическая психология. 2006. № 1. С. 38–40.

зации либо инструментальное поведение. ПП работает прежде всего с такими смешанными клиническими конфигурациями.[88]

Принуждение воздействует через утрату приватности, постоянный контроль, регламентацию времени, разрыв связей и зависимость от иерархии. Оно способно обострить заболевание, маскировать симптом, закрепить ложную адаптацию или превратить уязвимость в поведенческий риск. Тюремная среда не производит единый синдром, поскольку ее эффект опосредуется личностью, диагнозом, сроком и положением человека в группе. Анализ должен выявлять конкретный механизм: депривацию, угрозу, стигматизацию, хроническую фрустрацию или институциональную зависимость. Средовой фактор получает клиническое значение только через доказанную связь с динамикой состояния.[89]

Патопластика объясняет, почему знакомые расстройства в колонии приобретают непривычное выражение. Депрессия может проявляться раздражительностью и соматическими жалобами, психоз — скрытностью, а органическое изменение личности — импульсивными разрядками под давлением режима. У сексуального правонарушителя патологическое фантазирование взаимодействует со стыдом, страхом разоблачения и стигматизационной изоляцией. Эти формы нельзя объявлять отдельными нозологиями, но их необходимо учитывать при диагностике и выборе помощи. ПП исследует не болезнь вообще, а способ ее клинического существования в условиях наказания.[90]

Временная ось отличает дисциплину от разовой экспертизы и эпизодической консультации. Состояние меняется при аресте, этапировании, поступлении в колонию, дисциплинарном конфликте, семейной утрате, переводе и приближении освобождения. Ранний кризис может уступить внешнему приспособлению, за которым сохраняются депрессия, психоз или патологическое влечение. Длительный срок добавляет институционализацию, соматическое истощение, старение и утрату перспективы. Профессиональный вывод поэтому строится на траектории, а не на единственном клиническом срезе.

Профилактическая функция начинается до развернутого кризиса. Психиатр выделяет динамические признаки суицида, аутоагрессии, психотической декомпенсации, импульсивного насилия и опасного сексуального поведения. Группа риска не равна группе виновных или дисциплинарно трудных лиц; она формируется по клиническим данным и пересматривается при изменении состояния. Наблюдение должно усиливаться в предсказуемые переходные периоды и ослабляться после повторной оценки, а не превращаться в постоянную стигму. Клиническая профилактика тем самым отличается от режимного контроля и дополняет его.[91]

Практическая система ПП охватывает первичное выявление, амбулаторное ведение, кризисное вмешательство, стационарное лечение и последующее наблюдение. Врач взаимодействует с психологом, медицинской частью, администрацией и службами безопасности, но сохраняет ответственность за клиническое заключение. Маршрутизация зависит от тяжести состояния, доступности лечения и риска, а не от удобства учреждения. Документирование делает ход профессионального рассуждения проверяемым и обеспечивает преемственность. Организация помощи поэтому входит в дисциплину как клинически значимый предмет.

---

[88] Тактические и организационные аспекты обеспечения режима и надзора в отношении лиц с психическими расстройствами, содержащимися в ИУ: учебное пособие / И. Л. Бедняков, С. А. Копыткин, С. В. Марченко, С. П. Мишустин, А. Г. Севостьянова. Самара: Самарский юридический институт ФСИН России, 2017. 115 с.

[89] Соломенцев В. В. К вопросу о пенитенциарной психиатрии // В. В. Соломенцев. Материалы VI Междунар. Межвуз. Науч.-практ. конф. 20 мая 2011 г. Санкт-Петербург. «Проблемы защиты прав: история и современность». СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2011. 140 с. С. 62–68.

[90] Дерягин Г.Б. Криминальная сексология: курс лекций для юрид. фак-тов. М.: Моск. ун-т МВД России; Щит-М, 2009. 552 с.

[91] Лиханова И. И. Дифференциация осужденных как способ предупреждения преступности в местах лишения свободы // Вестник Санкт-Петербургской юридической академии. 2014. № 4 (25). 101–103.

Несвобода обостряет этические противоречия психиатрической работы. Пациент ограничен в выборе среды, а обращение к врачу может влиять на его положение среди осужденных и отношения с администрацией. Конфиденциальность имеет правовые пределы, однако режим не дает права раскрывать медицинскую информацию без клинической необходимости. Отказ от лечения, недоверие и неполный комплаенс требуют анализа условий, а не автоматического истолкования как манипуляции. ПП должна одновременно защищать достоинство пациента, безопасность окружающих и независимость медицинского решения.

Клинико-средовой метод удерживает внутренний и внешний уровни одного случая. Внутренний включает синдром, личностную структуру, когнитивные функции, критику, аффект и волевую регуляцию; внешний — режим, срок, субкультуру, стигму и доступность помощи. Ошибка возникает, когда диагноз выводят непосредственно из поведения или, напротив, объясняют симптом только обстоятельствами заключения. Сопоставление уровней позволяет проверять конкурирующие гипотезы и выбирать изменяемые факторы. Такой метод противостоит и биологическому, и социальному редукционизму.[92]

МКБ-10/11 сохраняют для ПП роль общей диагностической системы. Дисциплина не создает параллельной нозологии и не превращает пенитенциарные реакции в самостоятельные болезни без клинических оснований. Ее вклад состоит в описании контекстуальной модификации признанных расстройств, сочетаний и рисков. Личностная патология, органическая недостаточность и криминогенные факторы анализируются раздельно, даже когда они взаимодействуют в поведении. Классификационная строгость защищает пациента от морализации, а врача — от произвольного расширения диагноза.[93]

Специальными объектами наблюдения становятся лица с суицидальным риском, тяжелой агрессией, органическим снижением, зависимостью, интеллектуальной недостаточностью и сексуальной патологией. В отдельный клинический фокус входят пожилые осужденные, люди с длительными сроками и пациенты, особенно уязвимые к виктимизации. Эти группы выделяются не вместо нозологий, а для учета разных траекторий декомпенсации и доступности помощи. Социально-правовой профиль дает контекст, но не определяет диагноз и прогноз автоматически. Контингентный анализ дополняет клиническую классификацию там, где среда меняет риск и наблюдаемость симптомов.[94]

Закрытая среда создает диагностическую асимметрию: персонал видит поведение, а пациент контролирует сообщение о переживаниях. Скрывать психоз или депрессию иногда выгоднее, чем искать помощь, тогда как преувеличение жалоб может облегчать режимную ситуацию. Ни доверие к самоотчету, ни приоритет внешнего наблюдения не устраняют эту проблему. Врач сопоставляет психический статус, временную динамику, документацию, лечение и независимые сведения, указывая расхождения между ними. Методологическая специфика ПП во многом определяется работой с неполными и заинтересованно представленными данными.

Два внешне одинаковых отказа от выхода из камеры могут иметь противоположный клинический смысл. В одном случае пациент избегает преследования из-за бредовой убежденности, в другом защищается от реальной угрозы виктимизации, сохраняя критику и последовательное объяснение. Поведенческий признак не решает различие, пока не исследованы переживание, контекст, изменение контакта и последствия вмешательства. Если безопасная

---

[92] Диденко А.В., Аксенов М.М. Сравнительная характеристика клинических проявлений диссоциального и эмоционально-неустойчивого расстройства личности у осужденных, находящихся в местах лишения свободы // Рос. психиатр. журн. – 2010. – № 1. – С. 4–11.

[93] Гомонов, Н. Д. Детерминанты формирования криминогенных факторов личности / Н. Д. Гомонов, В. М. Труш // Арктика. Общество и экономика; Мурм. Регион. Обществ. фонд развития науки, образования и культуры «Образование», НОУ ВПО «Мурманская академия экономики и управления». – Мурманск : МАЭУ, 2015. – № 14.

[94] Спасенников Б.А. Социально-правовая характеристика осужденных мужчин, отбывающих наказание в исправительных колониях / Б.А. Спасенников, А.М. Смирнов // Социологические исследования. — 2015. — № 9 (377). — С. 120–124

смена условий уменьшает страх без антипсихотической терапии, средовая гипотеза получает дополнительное подтверждение. Такие сравнительные случаи показывают, зачем дисциплине одновременно нужны феноменология и анализ учреждения.

Единицей исследования становится клинический эпизод, помещенный в биографический и институциональный контекст. Он включает исходное состояние, пусковой фактор, изменение симптомов, поведение, реакцию среды, вмешательство и последующий исход. Такая структура позволяет отличать устойчивую закономерность от ретроспективной интерпретации врача. Накопление сопоставимых эпизодов создает основу для типологий и проверки прогностических признаков. Определение ПП получает научную завершенность, когда его элементы переводятся в наблюдаемые исследовательские переменные.

Самостоятельность ПП определяется особым исследовательским вопросом: как психическое расстройство возникает, проявляется и изменяется внутри системы принудительной изоляции. Общая и судебная психиатрия, психология, сексология и право поставляют необходимые методы, но не заменяют этот вопрос. Ответ требует длительного наблюдения, анализа среды, дифференциальной диагностики и организационного решения. Научная логика здесь совпадает с клинической реальностью учреждений УИС. ПП поэтому правомерно определяется как клинико-средовая, динамическая и профилактически ориентированная дисциплина.

Предметное поле дисциплины

Предметное поле дисциплины должно быть достаточно широким для реальной практики и достаточно строгим для сохранения клинических границ. Простая формула «психиатрия в колонии» перечисляет место работы, но не объясняет закономерности состояния. Чрезмерное расширение, напротив, превращает всякое трудное поведение в психиатрический объект. ПП исследует расстройство, личность и поведение постольку, поскольку они клинически изменяются или приобретают особый риск в несвободе. Эта граница отделяет дисциплину от административного описания контингента.

Первый блок предмета образуют нозологические и синдромальные состояния: психозы, расстройства настроения, реакции на стресс, зависимости, органические нарушения, интеллектуальная недостаточность и расстройства личности. Диагностический перечень совпадает с общей психиатрией, но клинические вопросы меняются. Врач исследует скрываемость симптомов, устойчивость ремиссии, влияние режима и доступность терапии. Смешанные состояния оцениваются как взаимодействие механизмов, а не как сумма ярлыков. Нозологический блок задает медицинскую основу всей дисциплины.[95,96]

Второй блок составляют реакции на арест, следствие, этапирование и длительную изоляцию. Тревога, бессонница, деморализация и страх в этой ситуации могут оставаться понятным страданием, достигать уровня расстройства адаптации либо скрывать депрессивный или психотический процесс. Тяжесть определяется не необычностью обстоятельств, а глубиной нарушения функций, критики и способности к саморегуляции. Криминологический тип поведения не заменяет эту клиническую оценку. Главная проблема блока — провести границу между реакцией в ненормальной среде и болезненной декомпенсацией.[97]

---

[95] Кашинский М. Ю. Психические расстройства различной нозологической формы и преступное поведение лиц с психическими расстройствами // Вестник Академии МВД Республики Беларусь. 2021. № 1(41). С. 101–107.

[96] Саддарова К. О. Особенности осужденных, имеющих психические расстройства, не исключающие вменяемости, и работы с ними в исправительных учреждениях // Вестник Воронежского института ФСИН России. 2018. № 4. С. 205– 209.

[97] Голумб Ц. А. Типология и классификация насильственных преступников с психическими аномалиями // Совершенствование правовых мер борьбы с преступностью: межвузовский тематический сборник. Владивосток: Дальневосточный университет, 1986. С. 109–115.

Третий блок охватывает пенитенциарную патопластику уже существующего расстройства. Режим способен изменить форму жалоб, способ защиты, выраженность аффекта и наблюдаемость психотических переживаний. Скрытность может оказаться адаптивной стратегией либо проявлением бреда, а раздражительность — защитой статуса, депрессией или органической дисфорией. Диагностическая гипотеза проверяется анамнезом, продольной динамикой и независимыми наблюдениями. Исследование патопластики делает клиническое описание точнее, не создавая новых диагнозов.[98]

Четвертый блок представлен клинически значимым поведением. Агрессия, изоляция, отказ от еды, самоповреждение, демонстративность и нарушение режима становятся для психиатра данными, но не готовыми симптомами. Одно действие может выражать психоз, личностную декомпенсацию, страх, протест или расчетливую стратегию. Криминальная и личностная история уточняет смысл поведения, однако не доказывает его болезненность. ПП исследует механизм поступка и его динамику, сохраняя различие между медицинской и дисциплинарной оценкой.[99]

Суицидальность образует самостоятельную центральную зону предметного поля. Внешне сходные самоповреждения могут быть связаны с депрессией, психозом, стыдом, угрозой насилия, личностной дезорганизацией или вторичной выгодой. Наличие демонстративного компонента не исключает смертельного риска, а отсутствие прямых жалоб не доказывает безопасность. Оценка объединяет феноменологию переживаний, намерение, доступность средств, предшествующие действия и изменение среды. Профилактика требует дифференцировать механизмы, а не распределять пациентов по условным категориям «истинных» и «манипулятивных» случаев.[100,101,102]

Контингентный блок выделяет группы с разным профилем уязвимости. У зависимых ведущими могут стать постабстинентная дисфория и дефицит контроля, у пожилых — когнитивное снижение и институциональная зависимость, у лиц с интеллектуальной недостаточностью — внушаемость и неспособность распознавать угрозу. Насильственные правонарушители также неоднородны по клиническому механизму агрессии. Группа служит исходной рамкой наблюдения, но каждый вывод требует индивидуальной проверки. Контингентная типология полезна лишь тогда, когда не превращается в диагноз по социальной принадлежности.[103]

Сексуальные правонарушители требуют отдельного клинического анализа из-за пересечения психосексуальной патологии, стигмы и риска виктимизации. Расстройство сексуального предпочтения не выводится из статьи осуждения, а уголовное деяние не исчерпывает структуру личности. Оцениваются развитие влечения, фантазирование, контроль, коморбидность, отношение к деянию и изменение состояния после ареста. Изоляция может уменьшить доступ к объекту, но усилить фиксацию, депрессию и аутоагрессию. Для этой группы ПП соединяет судебно-сексологическую реконструкцию с длительным наблюдением в колонии.[104]

---

[98] Агаларзаде А.З. Психические расстройства у осужденных: Автореф. дис.... д-ра мед. Наук. – М., 1990. – 25 с.

[99] Антонян Ю.М. Личность осужденных, имеющих психические аномалии и их поведение в местах лишения свободы // Проблемы повышения эффективности применения основных средств исправления и перевоспитания осужденных: Сб. На-уч. тр. – Рязань, ВШ МВД СССР, 1984. – С. 64–77.

[100] Ботти Д. Швейцария: две трети заключённых нуждаются в помощи психиатра // Ведомости уголовно - исполнительной системы. – 2011. – №11. – С. 33 -35

[101] Вагин Ю.Р. Вопросы феноменологической суицидологии // Суицидология. – 2011. – № 3. – С. 3 -17.

[102] Положий Б.С., Панченко Е.А. Дифференцированная профилактика суицидального поведения // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 8 -12.

[103] Спадерова Н.Н., Зотов П.Б. Суицидальное поведение у подэкспертного, обвиняемого в совершении развратных действий в отношении несовершеннолетних // Медицинская наука и образование Урала. – 2013. – № 2. – С. 109 -111.

[104] Чернышкова М., Бовин Б. Распространенность и криминогенность психических аномалий у осужденных, поступающих в исправительные учреждения // Ведомости уголовно-исполнительной системы. 2004. № 4. С. 30–35.

Особая статья осуждения становится клиническим фактором через реальные последствия, а не через моральный смысл преступления. Субкультурное отвержение ограничивает обращение за помощью, усиливает скрытность и повышает уязвимость к насилию. Врач должен различать стыд, защитное отрицание, депрессивное отчаяние и продолжающееся патологическое фантазирование. Эти процессы могут сосуществовать и менять риск в противоположных направлениях. Оценка сексуального правонарушителя поэтому требует одновременно клинической точности и отказа от унижающего ярлыка.

Процессуальный блок рассматривает состояние в переходах между этапами наказания. Реакция на арест отличается от адаптации к колонии, а внешняя стабильность середины срока — от кризиса перед освобождением. Семейная утрата, перевод, изменение статуса, конфликт или соматическое заболевание способны перестроить ранее устойчивое равновесие. Изменение симптома анализируется вместе с изменением контекста и лечения. Предметом становится траектория взаимодействия личности, болезни и среды, а не статичный случай.

Дифференциально-диагностический блок пронизывает все остальные. ПП различает психоз и субкультурную подозрительность, депрессивный эпизод и деморализацию, органическое снижение и характерологическую грубость, патологическое влечение и преступное поведение без клинического расстройства. Отдельной проверке подлежат симуляция, аггравация и диссимуляция. Вторичная выгода может менять сообщение пациента, но не отменяет одновременно существующей болезни. Решение строится на сопоставлении источников и повторной оценке, а не на доверии к одному впечатлению.

Организационно-клинический блок включает доступность осмотра, маршрутизацию, лечение и преемственность. Одно и то же состояние приобретает разный исход в зависимости от скорости выявления, возможности госпитализации и качества наблюдения. Демографическая или правовая характеристика контингента помогает планировать помощь, но не заменяет клинического решения. Ошибка системы может выглядеть как устойчивость болезни или дисциплинарная неуправляемость пациента. ПП исследует организацию помощи постольку, поскольку она меняет диагностику, лечение и прогноз.[105]

Прогностический блок сосредоточен на динамических предикторах суицида, агрессии, психотического срыва и повторной декомпенсации. Диагноз задает возможный диапазон, но редко определяет индивидуальный исход без учета критики, поддержки, лечения и текущей ситуации. Краткосрочный риск отличается от долговременной вероятности, а клиническая опасность — от режимной неудобности. Предупреждение правонарушений у лиц с психическими девиациями требует медицинских, психологических и социальных данных. ПП вносит в безопасность клиническое объяснение, не превращаясь в службу тотального прогнозирования.[106]

Теоретическое ядро предмета образует триада «патология — личность — среда». Болезнь без контекста дает абстрактный диагноз, среда без личности — социологическую схему, а личность без психопатологии — психологизацию клинического случая. Каждый фактор способен усиливать либо ограничивать действие двух других. Анализ устанавливает их относительный вес в конкретный момент и определяет доступную точку вмешательства. Триада превращает множество наблюдений в единую исследовательскую модель.

В предмет ПП входят латентные, недовыявленные и диссимулируемые состояния. Скрытая депрессия, малозаметный психоз или органическое снижение могут долго объясняться характером и нарушениями режима. Раннее выявление требует повторного интервью, наблюдения динамики, анализа документации и сведений разных специалистов. Настороженность

---

[105] Датий А.В. Общая характеристика осужденных к лишению свободы (по материалам специальной переписи 2009 г.) // Уголовно-исполнительное право. 2013. № 2. С. 89-93.

[106] Кулаков А. В. Профилактика преступности осужденных с психическими девиациями в местах лишения свободы: монография. Самара: Самарский юридический институт ФСИН России, 2018. 128 с.

не должна вести к массовой гипердиагностике, поскольку риск ошибки существует в обе стороны. Предмет дисциплины включает саму проблему наблюдаемости расстройства в закрытом учреждении.[107]

Блоки предметного поля пересекаются, но не являются взаимозаменяемыми. Суицидальная попытка одновременно относится к поведению, риску и профилактике, однако ее клинический механизм может лежать в депрессии, психозе или личностной декомпенсации. Организационная ошибка способна усилить кризис, не становясь его диагнозом. Раздельное описание уровней предотвращает причинную путаницу и показывает, на каком звене возможно вмешательство. Классификация служит картой исследования случая, а не набором изолированных рубрик.

Предмет ПП включает не только пациента, но и профессиональное наблюдение за ним. Частота контакта, условия интервью, доступ к анамнезу и позиция персонала влияют на то, какие симптомы становятся видимыми. Однократный формальный осмотр систематически недооценивает колебания состояния и скрываемые переживания. Исследователь обязан описывать способ получения данных так же точно, как клиническую картину. Эта рефлексивная часть отличает доказательное наблюдение от уверенного пересказа впечатлений.

Граница предмета проверяется практическим вопросом: ведет ли анализ к медицинскому пониманию и обоснованному решению. Сведения о субкультуре важны, когда объясняют скрытность, риск или доступность лечения; без такой связи они остаются социальным описанием. Криминальная биография включается, если уточняет развитие личности, механизм деяния или прогноз, но не используется как доказательство болезни. Административная управляемость сама по себе не является клиническим исходом. Дисциплина сохраняет фокус, связывая контекст с психическим состоянием через наблюдаемый механизм.

Предметное поле можно представить пятью взаимосвязанными блоками: клиническим, реактивно-патопластическим, поведенческо-рискологическим, организационным и профилактическим. Клинический блок определяет расстройство, второй объясняет его изменение в несвободе, третий связывает состояние с поступком и опасностью. Организационный блок описывает условия помощи, а профилактический переводит знание в предупреждение кризиса. Такая классификация не дробит пациента, а распределяет вопросы, которые специалист обязан решить. Целостность дисциплины создается проверяемыми переходами между блоками.

Теоретические основания ПП

Теория ПП должна объяснять не перечень диагнозов, а закономерности их существования в принудительной институциональной среде. Ее центральная единица — динамическое состояние человека, в котором соединены болезнь, личность, деяние, время, риск и доступность помощи. Механическое сложение психиатрии, психологии и права оставляет эти связи неразличимыми. Теоретическая модель нужна для проверки причинных гипотез и выбора вмешательства. Самостоятельность дисциплины определяется наличием такого объяснительного каркаса.

Базовая модель включает три уровня анализа. Психопатологический уровень описывает синдром, глубину расстройства, критику, когнитивные функции и волевую регуляцию; личностный — преморбид, травматический опыт, зависимости, способы защиты и криминальную биографию. Средовой уровень включает режим, иерархию, угрозу виктимизации, стигму, контроль и дефицит интимности. Ни один уровень не получает заранее главного статуса. Их взаимодействие реконструируется для конкретного эпизода и периода наблюдения.

---

[107] Насруллаев Ф.С. Раннее выявление психических расстройств у осужденных: Методические рекомендации. – М., 1996. – 20 с.

Пенитенциарная версия биопсихосоциальной модели выделяет институциональное принуждение как самостоятельный модификатор. Оно отличается от обычного социального стресса длительностью, невозможностью свободно выйти из ситуации и регламентацией повседневных действий. Ограничение субъектности меняет жалобы, комплаенс, конфликты и способы самозащиты. Духовные и смысловые ресурсы могут поддерживать адаптацию, но не нейтрализуют структурное давление учреждения. Теория должна измерять конкретные эффекты среды, избегая романтизации и тотального объяснения тюрьмой.[108]

Принцип патопластики рассматривает среду как участника клинического формообразования. Режим не меняет нозологическую природу болезни автоматически, но перестраивает поведенческое выражение симптомов, структуру контакта и доступность наблюдения. Психопатизация личности при длительном сроке также протекает неодинаково и зависит от исходной структуры, статуса и поддержки. Продольное сравнение отделяет временную модификацию от устойчивого ухудшения. Патопластическая гипотеза считается обоснованной лишь при связи изменения симптомов с изменением условий.[109]

Клинико-динамический принцип организует четыре временные плоскости. Преморбидная плоскость включает развитие и предшествующую патологию; криминальная — состояние и мотивацию в период деяния; посткриминальная — изменения после ареста и экспертизы. Пенитенциарная плоскость охватывает адаптацию, длительный срок, дисциплинарные воздействия, старение и подготовку к освобождению. Эти этапы не складываются в прямую линию и могут менять значение прежних данных. Текущий вывод получает силу через реконструкцию переходов между ними.

Личностно-структурный принцип нужен там, где граница между нормой, акцентуацией, расстройством личности и болезнью особенно подвижна. Импульсивность, подозрительность, инфантильность и ригидность влияют на адаптацию, но не образуют диагноз без устойчивой структуры и нарушения функционирования. Органическое изменение характера, зависимость и интеллектуальная ограниченность могут усиливать сходные внешние черты разными механизмами. Личность рассматривается как посредник между болезнью и режимом, а не как универсальная причина проступка. Это сохраняет клиническую дифференциацию сложного поведения.

Клинико-поведенческий принцип исходит из того, что в колонии поступок часто становится заметен раньше жалобы. Агрессия, изоляция, отказ от пищи и резкое изменение контакта требуют психиатрической интерпретации, но не кодируются как симптомы автоматически. Значение поведения определяется предшествующей динамикой, аффектом, целью, критикой и последствиями. Сведения персонала расширяют наблюдение, хотя могут отражать режимную перспективу и нуждаются в сопоставлении. Поведение служит источником клинических данных, а не заменой психического статуса.

Риск-ориентированный принцип переводит диагностику в вероятностный прогноз. Оцениваются суицид, аутоагрессия, психотический срыв, импульсивное насилие и сексуально опасное поведение, причем для каждого исхода строится отдельная гипотеза. Статические факторы задают фон, динамические показывают приближение кризиса, а защитные ограничивают его реализацию. Риск меняется после лечения, конфликта, перевода или семейного события. Прогноз должен вести к наблюдаемому решению и пересматриваться, а не превращаться в неизменный ярлык.

Разграничение реакции, расстройства и режимно обусловленного поведения защищает дисциплину от двух симметричных ошибок. Гиперпатологизация медицинализирует страх,

---

[108] Сочивко Д.В., Полянин Н.А., Голышева Ю.Н. Мужской и женский путь духовности в местах лишения свободы // Прикладная юридическая психология. 2012. № 1. — С. 60–75.

[109] Бурцев А.О., Сочивко Д.В. Психопатизации личности осужденных мужчин в период отбывания наказания в ИУ (структурно-функциональная психодинамика) // NovaInfo.Ru. 2015. Т. 2. № 30. С. 369–374.

протест и недоверие, закономерные в несвободе; депатологизация списывает депрессию, психоз или органический дисконтроль на характер и манипуляцию. Наличие вторичной выгоды не доказывает отсутствия болезни, как наличие диагноза не объясняет любой поступок. Решение требует функционального и временного критериев, а также независимых данных. Зрелая ПП удерживает неопределенность до достаточной клинической проверки.

Принцип коморбидности признает смешанную конфигурацию обычной клинической реальностью УИС. Зависимость может соединяться с расстройством личности и органическим снижением, а патологическое сексуальное влечение — с депрессией, интеллектуальной недостаточностью и аутоагрессией. Вклад каждого компонента различается по времени и по отношению к конкретному риску. Лечение одного звена способно изменить картину, но редко устраняет всю систему уязвимости. Модель случая поэтому должна показывать структуру связей, а не только несколько параллельных диагнозов.

Судебно-психиатрическая преемственность сохраняет культуру доказательного клинического вывода. Экспертные материалы раскрывают состояние при деянии, мотивацию, личностную структуру и психосексуальное развитие, но описывают иной временной вопрос. После приговора клиника может измениться под влиянием лечения, изоляции, возраста и новых кризисов. ПП сопоставляет исходную реконструкцию с последующей динамикой и проверяет, какие механизмы сохранились. Экспертное прошлое становится частью анамнеза, а не пожизненным прогнозом.

Принцип ограниченной субъектности объясняет, почему обычные категории комплаенса и выбора требуют пересмотра. Пациент остается субъектом права и носителем собственной истории, однако не может свободно менять среду, врача и способы защиты приватности. Отказ от терапии может отражать страх стигмы, побочные эффекты, недоверие или патологию, а формальное согласие — зависимость от администрации. Интерпретация учитывает реальный диапазон доступных решений. Клиническая помощь должна расширять сохранную субъектность, не отрицая режимных ограничений.

Гуманистический принцип имеет методологический, а не декоративный смысл. Моральное отвращение к деянию способно исказить интервью, снизить точность диагностики и превратить лечение в продолжение наказания. Особенно высок этот риск при работе с сексуальными и жестокими насильственными правонарушителями. Клиническая нейтральность не оправдывает преступление, но отделяет правовую ответственность от права на помощь. Достоинство пациента становится условием достоверного наблюдения и профессиональной независимости врача.

Этапность связывает теорию с практикой раннего распознавания. Переход от свободы к аресту, от СИЗО к колонии, от адаптации к институционализации и от срока к освобождению создает разные кризисные механизмы. Тяжелое состояние часто формируется через малозаметные изменения сна, контакта, жалоб и поведения. Систематическое наблюдение позволяет увидеть продром, пока он еще не превратился в суицид, психоз или агрессивный срыв. Процессуальная модель делает временной переход единицей профилактического анализа.

Причинная гипотеза в ПП требует большего, чем временное совпадение симптома и режимного события. Оцениваются биологическая и психологическая правдоподобность связи, предшествующая уязвимость, дозозависимость воздействия и изменение после коррекции условий. Если ухудшение сохраняется вне конфликта или прогрессирует независимо от среды, возрастает вес эндогенного либо органического механизма. Если симптом воспроизводится при сходных переходах и уменьшается после адресного вмешательства, средовая модель укрепляется. Такой подход переводит разговор о влиянии тюрьмы из метафоры в проверяемое клиническое объяснение.

Теория должна учитывать два взаимных контура. Первый описывает, как среда изменяет психическое состояние; второй — как состояние перестраивает отношения человека со средой

и вызывает новые режимные реакции. Подозрительность может провоцировать конфликт, дисциплинарная санкция усиливает тревогу, а усиленная тревога закрепляет подозрительность. Линейное объяснение теряет эту обратную связь и ошибочно назначает единственную причину. Анализ контуров помогает выбрать точку, где лечение, изменение наблюдения или коррекция условий способны разорвать патологическую последовательность.

Междисциплинарность ПП не должна становиться эклектикой. Психиатрия, психология, криминология, сексология и право отвечают на разные вопросы и используют разные критерии доказательства. Их данные объединяются вокруг центральной проблемы существования психической патологии в несвободе. Клиническая модель указывает, какое знание объясняет механизм, какое задает контекст, а какое ограничивает вмешательство. Такая иерархия сохраняет целостность дисциплины и автономию медицинского решения.

Междисциплинарные связи

Междисциплинарность ПП вытекает из устройства ее предмета. Осужденный одновременно выступает пациентом, субъектом права, носителем криминальной биографии и участником закрытой социальной системы. Эти измерения нельзя свести к единому словарю без потери различий. Задача дисциплины состоит в согласовании данных при сохранении границ компетенции. Пересечение наук становится методом только тогда, когда каждый вывод отвечает на определенный вопрос.

Общая психиатрия дает нозологию, синдромологию, психофармакотерапию и клинико-динамический метод. Судебная психиатрия добавляет реконструкцию состояния при деянии, экспертную доказательность и различение болезни, личностной аномалии и симуляции. ПП наследует обе традиции, но переносит анализ в длительное течение после приговора. Нозологический диагноз не предсказывает автоматически поведение в колонии, а экспертное заключение не заменяет текущего осмотра. Связь с двумя областями является фундаментом, но не исчерпывает специальную задачу дисциплины.

Пенитенциарная психология раскрывает адаптацию, тюремную идентичность, защитные механизмы, групповое давление и виктимизацию. Без этих данных психиатр легко принимает режимно обусловленную реакцию за симптом либо пропускает болезнь под видом трудного поведения. Психолог описывает механизм переживания и межличностную функцию, психиатр определяет клинический статус, риск и лечение. Общий случай требует согласования наблюдений, а не смешения ролей. Продуктивная граница проходит по типу профессионального вопроса.

Криминология предоставляет данные о деянии, рецидиве, криминальной траектории и социальных факторах преступного поведения. Эти сведения помогают понять контекст агрессии, зависимости и личностной патологии, но не устанавливают психиатрическую причинность. Судебная сексология особенно важна при оценке развития влечения, фиксации, фантазирования и контроля у сексуальных правонарушителей. Она отличает расстройство предпочтения от девиации и юридического факта, а ПП прослеживает последующую динамику в изоляции. Соединение криминологической и сексологической перспектив углубляет анализ, не превращая профиль преступления в диагноз.

Наркология объясняет абстинентные, постабстинентные, аффективные и когнитивные последствия зависимости. Неврология и нейропсихология помогают различать органическое изменение личности, когнитивный дефицит, последствия травм и псевдопсихопатические формы поведения. В пенитенциарном контингенте эти механизмы часто соединяются и усиливают импульсивность либо дисфорию. Анализ анамнеза, неврологического статуса и динамики предупреждает моральное толкование церебрально обусловленного поведения. Смежные медицинские дисциплины уточняют механизм, оставаясь частью единой клинической модели.

Суицидология и агрессиология переводят общую оценку опасности в анализ отдельных исходов. Для суицида исследуются безысходность, стыд, утрата, намерение и доступность средств; для агрессии — психоз, дисфория, органический дисконтроль, цель и провокация. Самоповреждение и нападение могут выполнять разные функции у одного человека в разные периоды. Профилактический план поэтому строится раздельно для каждого риска. ПП интегрирует эти данные с лечением и условиями наблюдения.

Право задает статус пациента, пределы конфиденциальности, основания лечения, перевода и госпитализации. Оно не определяет диагноз, но ограничивает способы реализации клинического решения. Биоэтика рассматривает конфликты между автономией, безопасностью, требованиями режима и интересами администрации. Врач обязан объяснять необходимость передачи информации и оставлять за медициной собственные критерии. Юридическая грамотность и этическая рефлексия защищают пациента и профессиональную независимость специалиста.

Социология описывает тюрьму как систему власти, стратификации, стигмы и неформальных норм. Социальная психиатрия возвращает в клиническую историю бедность, травму, семейную дисфункцию и маргинализацию, предшествующие заключению. Геронтопсихиатрия добавляет старение, соматическую отягощенность, когнитивное снижение и институциональную зависимость при длительном сроке. Эти факторы не образуют самостоятельный диагноз, но меняют проявление болезни и доступность помощи. Социальный и возрастной анализ расширяет клинику, не растворяя ее в описании среды.

На практике междисциплинарность реализуется командой. Психолог оценивает адаптацию, врач — синдром и лечение, оперативная служба наблюдает риск, администрация знает режимную ситуацию, юрист определяет правовые пределы. Каждый источник содержит полезные сведения и собственные профессиональные искажения. Психиатр сопоставляет данные, отделяет наблюдение от интерпретации и отвечает за медицинский вывод. Командная модель усиливает клиническое решение только при ясном распределении ответственности.

Сложный случай показывает конституирующий характер этих связей. Депрессия у стигматизированного сексуального правонарушителя может зависеть от психосексуальной истории, положения в группе, угрозы насилия, семейной утраты и личностной структуры. Ни одна дисциплина не охватывает весь узел, но психиатрическая модель должна организовать его вокруг состояния и риска. Данные смежных специалистов проверяют и уточняют клинические гипотезы. Междисциплинарность здесь становится способом повысить доказательность, а не способом размыть диагноз.

Источники междисциплинарной информации имеют разную доказательную силу. Непосредственный осмотр раскрывает актуальную феноменологию, продольные записи — динамику, психологическое исследование — структуру адаптации, а режимные сведения — наблюдаемое поведение в естественной среде учреждения. Ни один источник не получает автоматического приоритета, поскольку каждый ограничен условиями получения. Совпадение независимых линий усиливает гипотезу, а противоречие требует дополнительного наблюдения. Такая иерархия данных делает командное обсуждение клинически продуктивным.

Конфликт интерпретаций сам становится диагностически значимым материалом. Администрация может видеть умышленное нарушение, психолог — протестную реакцию, а психиатр — начало аффективной или психотической декомпенсации. Быстрое голосование между версиями лишь закрепляет профессиональные стереотипы. Команда должна перечислить факты, критерии каждой гипотезы и наблюдения, способные их различить. Совместная проверка превращает разногласие в исследовательскую процедуру и уменьшает риск как наказания больного, так и медицинализации сознательного поступка.

Граница дисциплины определяется последним профессиональным решением. Если вопрос касается диагноза, терапии, госпитализации или медицинского прогноза, ответствен-

ность остается клинической. Психологическое, криминологическое и правовое знание меняет аргументацию, но не подменяет медицинский критерий. Режимная потребность не превращает человека в больного, а клиническая уязвимость не отменяет требований безопасности. Сохранение этой границы делает сотрудничество устойчивым и защищает ПП от административного поглощения.

Клинические, экспертные, организационные и профилактические задачи

Система задач ПП соединяет клинику, экспертную оценку, организацию помощи и профилактику. В закрытом учреждении лечение невозможно отделить от наблюдения, наблюдение — от риска, а риск — от правовых условий. Эта взаимосвязь не дает права смешивать функции, но требует согласовывать решения. Каждая задача должна завершаться проверяемым профессиональным действием. Практическая логика дисциплины проявляется именно в переходе от диагноза к сопровождению и предупреждению кризиса.

Клинический блок начинается с раннего выявления состояний, скрытых за конфликтами, изоляцией, нарушением режима или соматическими жалобами. Первичный осмотр не исчерпывает задачу, поскольку болезнь может манифестировать после этапирования, утраты или длительного стресса. Диагностика устанавливает синдром, нозологию, выраженность, критику, коморбидность и функциональные последствия. Дифференциальный анализ отделяет эндогенный процесс от реакции, органический дефект от характерологической грубости, а психоз от субкультурной настороженности. Повторная оценка ограничивает как недодиагностику, так и медицинализацию дисциплинарных проблем.

Клинико-динамическое наблюдение отслеживает изменения после лечения, конфликта, перевода, семейного события и смены статуса. Внешняя упорядоченность может означать ремиссию, псевдоадаптацию или более успешную диссимуляцию. Терапия применяется по общепсихиатрическим стандартам, но учитывает ограниченную автономию, дефицит приватности, недоверие и социальные последствия обращения за помощью. Психофармакологическое решение сопоставляется с риском, соматическим состоянием и возможностью контроля приема. Эффективность оценивается по клинике и функционированию, а не только по режимной управляемости.

Ответ на лечение может уточнять механизм состояния, хотя не используется как самостоятельный диагностический тест. Уменьшение психотической напряженности после адекватной терапии поддерживает клиническую гипотезу, но не исключает одновременного влияния безопасных условий и контакта. Отсутствие эффекта требует проверить приверженность, дозу, соматические факторы и первоначальную квалификацию. Изменение поведения без изменения внутренних переживаний может отражать лишь внешнее приспособление. Терапевтическая динамика входит в доказательство случая только вместе с феноменологией и независимыми наблюдениями.

Прогностическая задача различает течение болезни и вероятность конкретного неблагоприятного исхода. Хронизация, суицид, агрессия, психотический срыв и когнитивное ухудшение имеют разные предикторы и временные горизонты. Диагноз задает фон, а текущая критика, лечение, поддержка и средовой конфликт изменяют риск. Психиатр формулирует условия, при которых прогноз ухудшается или улучшается. Такой вывод направляет наблюдение и остается открытым для пересмотра.

Экспертный способ мышления нужен и вне процессуальной судебной экспертизы. Заключение о декомпенсации, госпитализации, симуляции, диссимуляции или состоянии после суицидальной попытки должно опираться на факты и альтернативные гипотезы. Врач различает психотическую агрессию, органический дисконтроль, аффективный срыв, личност-

ную декомпенсацию и инструментальное действие. От этого различия зависят лечение, маршрутизация и уровень наблюдения. Документ фиксирует основания решения, но не превращает вероятностный вывод в категорическое предсказание.

Работа с сексуальными правонарушителями требует оценивать структуру влечения, фантазирование, контроль, коморбидность и отношение к деянию. Статья осуждения не доказывает расстройства предпочтения, а диагноз не устанавливает неизбежность рецидива. Наблюдение после экспертизы показывает, сохраняется ли фиксация, как меняются депрессия, стыд, изоляция и готовность к лечению. Риск повторного сексуального поведения соотносится с доступом к объекту, критикой и защитными факторами. Экспертная преемственность здесь соединяется с длительной клинической динамикой.

Организационная задача начинается с защиты медицинской роли внутри режимной системы. Психиатр учитывает безопасность учреждения, но не выдает дисциплинарную оценку за диагноз и не использует лечение как санкцию. Этические конфликты особенно остры при отказе от терапии, передаче информации и работе с морально осуждаемыми деяниями. Профессионализм требует одновременно клинической независимости, уважения достоинства и ясного объяснения правовых ограничений. Эти принципы определяют доверие и качество получаемых данных.[110]

Маршрутизация строит непрерывный путь от выявления до стационарного лечения и возвращения под наблюдение. Тяжесть состояния, необходимость круглосуточного контроля и возможность терапии определяют уровень помощи. Методические критерии госпитализации уменьшают зависимость решения от случайной доступности места или административного давления. После перевода клиническая информация должна сопровождать пациента без разрыва. Организационная зрелость проявляется в преемственности, а не в количестве формальных направлений.[111]

Алгоритмы нужны для редких, но опасных ситуаций: психотической декомпенсации, тяжелой депрессии, отказа от еды, нарастающей агрессии и сексуальной виктимизации. Они распределяют признаки, сроки повторной оценки, ответственных специалистов и основания срочного вмешательства. Режимные инструкции обеспечивают безопасность, однако не заменяют клинического анализа механизма. Алгоритм должен допускать индивидуальное решение и обязательное документирование отклонений. Стандартизация делает помощь воспроизводимой, не превращая врача в исполнителя чек-листа.[112]

Медицинская документация является проверяемой формой клинического мышления. В ней разделяются жалобы, наблюдаемые факты, сведения других служб, интерпретация, риск и план. Последовательные записи позволяют увидеть скрытую динамику и оценить эффект вмешательства. Междисциплинарная координация использует только тот объем информации, который нужен для помощи и безопасности. Методические правила и опыт психогенных расстройств поддерживают общий язык служб, сохраняя клиническую автономию психиатра.[113,114]

Качество организации оценивается по клиническим исходам и надежности процессов. Значимы сроки первого осмотра, повторной оценки после кризиса, доступность госпитализа-

---

[110] Нравственные вызовы профессионализму врачей-психиатров, наркологов и психотерапевтов : учеб.-метод. пособие / А.М. Карпов [и др.]. Казан. гос. Мед. Акад. – Казань: ИД Меддок, 2015. – 28 с.

[111] Малкин Д.А. Психические расстройства у осужденных, требующие стационарного психиатрического лечения. Методические рекомендации. – Москва, 2011. – 22 с.

[112] Курс лекций по обеспечению безопасности, порядка исполнения и отбывания наказания в ИТУ / Под ред. А.Г. Перегудова. – Уфа: Уфимская высшая школа МВД России, 1996.

[113] Методические рекомендации по организации лечебно-профилактических мероприятий в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции РФ от 18.04.2004 № 18/22-629.

[114] Калистратов В.Б. Психогенные расстройства у осужденных мужчин в пенитенциарных учреждениях // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сб. Ст. – Пенза, 1998. – Вып. 2. – С. 32–33.

ции, непрерывность терапии и полнота передачи информации. Количество поставленных диагнозов или проведенных консультаций без анализа исходов мало говорит об эффективности службы. Неблагоприятное событие требует разбора не только действий пациента, но и пропущенных сигналов, задержек и разрывов маршрута. Такая обратная связь превращает организационную задачу в предмет научного улучшения.

Профилактика суицида начинается с распознавания кризисных переходов, а не с ожидания прямого признания. После ареста, при семейной утрате, стигматизации, угрозе насилия и известии о сроке риск может измениться за часы. Самоповреждение с коммуникативной функцией также требует оценки смертельности и психического состояния. Медицинские и психологические данные объединяются в индивидуальный план наблюдения, лечения и ограничения доступа к средствам. После кризиса повторная оценка предупреждает как преждевременное снятие мер, так и бессрочную стигматизацию.[115,116]

Профилактика агрессии направлена на клинические механизмы, способные привести к срыву. Дисфория, психотическая напряженность, органический дисконтроль, унижение и групповое давление требуют разных вмешательств. Наказание может временно подавить поведение, но усилить патологическую динамику, если не устранена причина. Психиатр оценивает ранние изменения контакта, сна, аффекта и угроз, после чего предлагает лечение, наблюдение или госпитализацию. Клиническая профилактика дополняет режимные меры там, где насилие связано с расстройством.[117]

Предупреждение повторного опасного поведения имеет более длительный горизонт. Расстройство личности, зависимость, органическая недостаточность, сексуальная фиксация и отсутствие критики учитываются раздельно, поскольку их прогностическое значение неодинаково. Конфликтная ситуация внутри колонии может раскрыть устойчивый механизм либо создать временную реакцию. ПП не заменяет криминологический прогноз и реабилитацию, а вносит данные о лечении, динамике симптомов и способности к контролю. Этот вклад делает профилактику индивидуальной и клинически обоснованной.[118]

Уязвимые контингенты требуют профилактики медленно нарастающей декомпенсации. У пожилого осужденного она может проявляться утратой навыков и когнитивным снижением, у лица с длительным сроком — институциональной зависимостью и потерей будущего, у сексуального правонарушителя — скрытой депрессией и виктимизацией. Трудное поведение часто заслоняет постепенное изменение состояния. Продольное наблюдение и сведения нескольких служб позволяют вмешаться до катастрофического исхода. Профилактический успех измеряется сохранением функций и уменьшением кризисов, а не отсутствием жалоб.[119]

Перспективы развития дисциплины в России

Развитие ПП в России требует перехода от разрозненной практики к институционально оформленной дисциплине. В учреждениях УИС накоплен значительный клинический материал, но он остается фрагментированным между локальными инструкциями, статьями и лич-

---

[115] Степанова Э. В., Макушкина О. А. Медицинские аспекты профилактики повторного криминального поведения осужденных к лишению свободы // Российский психиатрический журнал. 2017. № 2. С. 23–30.

[116] Вальздорф Е.В., Иванова О.В. Психологическая характеристика подследственных, совершивших аутоагрессивные действия // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 6. – С. 40.

[117] Минкова Е. А. Социально-психологические факторы, детерминирующие совершение осужденными насильственных преступлений в условиях отбывания наказания в виде лишения свободы // Человек: преступление и наказание. 2015. № 2(89). С. 90–94.

[118] Мокрецов А. И. Предупреждение конфликтных ситуаций в среде осужденных. М., 2007. 165 с.

[119] Шмаров И. В., Галкин Е. Б., Поздняков А. Д. Конфликты среди осужденных и профилактика правонарушений в местах лишения свободы. М., 1981. 178 с.

ным опытом врачей. Научное признание должно опираться не на декларацию уникальности, а на воспроизводимые понятия, методы и результаты. Качество помощи, безопасность и гуманизация наказания образуют практические критерии этого развития. Институционализация имеет смысл постольку, поскольку улучшает клинические решения.

Первой задачей остается понятийное самоопределение. Необходимо уточнить объект, предмет, методы, границы с судебной психиатрией и психологией, а также статус клинико-средовых понятий. Параллельно должна формироваться научная школа, способная воспроизводить общий язык и стандарты описания. Индивидуальные наблюдения превращаются в дисциплину через обсуждаемые типологии, программы исследований и критическую проверку гипотез. Профессиональное сообщество важнее формального названия кафедры или курса.

Образовательная база должна соединить общую и судебную психиатрию с психологией лишения свободы, суицидологией, сексологией, правом и организацией помощи. Молодой врач не должен собирать эту систему случайно после поступления на работу. Монографии, руководства, циклы повышения квалификации и модули ординатуры зададут общий минимальный стандарт. Обучение обязано включать разборы реальных случаев, динамику и этические конфликты, а не только перечни диагнозов. Специалист формируется через особый способ клинического мышления, а не через знание режимной документации.

Стандартизация нужна в раннем выявлении, документировании, оценке риска, кризисном реагировании и маршрутизации. Различия между учреждениями не должны определять, будет ли распознана депрессия, психоз или когнитивное снижение. Протокол задает минимальный набор данных и сроки действий, оставляя врачу возможность индивидуального решения. Его качество проверяется исходами, клинической применимостью и отсутствием избыточной стигматизации. Бюрократическая унификация без обратной связи лишь скрывает реальные различия помощи.

Эмпирическая программа должна перейти от описательных впечатлений к продольным и сопоставительным данным. Перспективны регистры диагнозов, кризисов, госпитализаций, лечения и исходов с учетом возраста, срока, статьи, преморбида и условий учреждения. Стандартизированное описание не заменяет феноменологию, а делает случаи сравнимыми. Особенно важны исследования скрытой заболеваемости, суицида, коморбидности и доступности помощи. Без таких данных понятия патопластики и дезадаптации останутся убедительными, но трудно проверяемыми конструкциями.

Многоцентровое исследование должно учитывать различия режима, размера учреждения, кадров и маршрутизации. Иначе наблюдаемая частота кризисов будет ошибочно приписана контингенту, хотя она может зависеть от доступности выявления и помощи. Единый набор переменных сочетается с подробным описанием организационного контекста каждой площадки. Продольный дизайн позволяет отделять исходные особенности пациента от изменений во время срока. Такая архитектура исследований создаст данные, пригодные и для науки, и для управленческих решений.

Клинико-типологическое направление может связать диагноз с личностной структурой, адаптацией и динамическим риском. Типология полезна, если помогает выбирать наблюдение и лечение, а не распределяет осужденных по жестким категориям. Ее признаки должны быть операционализированы и проверены на независимых выборках. Отечественный материал позволяет учитывать особенности правовой системы и организации УИС. Сравнение с зарубежными моделями покажет, какие закономерности универсальны, а какие зависят от среды.

Исследование сексуальных правонарушителей способно стать одним из сильных направлений российской ПП. Судебно-сексологическая традиция дает качественную реконструкцию психосексуального развития, но длительная динамика после приговора описана слабее. Требуются данные о фантазировании, критике, стигме, виктимизации, депрессии, лечении и изменении риска. Статья осуждения и диагноз должны анализироваться раздельно. Продольное

наблюдение позволит связать экспертное знание с профилактикой и подготовкой к освобождению.

Пенитенциарная суицидология нуждается в собственных моделях переходов и посткризисного сопровождения. Особое внимание требуют первые дни после ареста, известие о сроке, семейные утраты, стигматизация и приближение освобождения. Исследование должно различать механизм самоповреждения, но не обесценивать риск при демонстративности. Эффективность многоуровневой профилактики оценивается не только числом завершенных суицидов, но и повторными кризисами, доступностью помощи и качеством наблюдения. Практический результат здесь может быть получен быстрее, чем полное теоретическое оформление дисциплины.

Геронтопсихиатрическое направление становится актуальнее по мере увеличения длительных сроков и возраста контингента. Старение в колонии соединяет соматическую отягощенность, когнитивный дефицит, депрессию и институциональную зависимость. Обычные тесты функций требуют интерпретации с учетом образования, депривации и многолетней регламентации быта. Наблюдение должно отвечать, какие изменения обратимы, какие связаны с болезнью и какие отражают утрату навыков вне свободной среды. Эти данные необходимы для ухода, лечения и подготовки к освобождению.

Цифровая инфраструктура может объединить клинические и организационные данные без подмены врача алгоритмом. Регистры позволят выявлять повторяющиеся кризисные траектории, сравнивать учреждения и оценивать результаты лечения. Модели поддержки решения допустимы только при прозрачных признаках, проверенной точности и защите медицинской информации. В закрытой системе особенно опасно превращать статистическую вероятность в автоматический режимный ярлык. Цифровизация должна усиливать наблюдение и исследование, сохраняя право на индивидуальную клиническую оценку.

Этика данных в УИС требует усиленных гарантий из-за невозможности пациента свободно отказаться от многих процедур. Исследовательское согласие, медицинская помощь и режимный учет должны быть организационно разделены. Доступ к регистру ограничивается профессиональной задачей, а аналитические выборки обезличиваются до передачи исследователям. Алгоритмический прогноз не должен автоматически ухудшать условия содержания без клинической проверки и возможности пересмотра. Доверие к цифровой системе зависит от прозрачности ее последствий для конкретного человека.

Междисциплинарная интеграция требует устойчивых процедур совместного разбора сложных случаев. Психологическая служба, психиатрия, наркология, неврология, сексология и право должны обмениваться данными по ясным правилам. Формальная команда без распределения ответственности воспроизводит противоречивые оценки и размывает решение. Психиатрический компонент обязан сохранять центральную роль в диагностике и лечении, а не претендовать на управление всеми аспектами режима. Интеграция измеряется согласованностью действий и клиническим исходом.

Отечественные рекомендации должны охватывать суицидальный риск, психозы, органически обусловленную агрессию, расстройства личности, сексуальных правонарушителей и пожилых осужденных. Общепсихиатрические стандарты сохраняют силу, но нуждаются в уточнении маршрутов и наблюдения внутри УИС. Документ должен отделять обязательный минимум от решений, зависящих от случая. Регулярный пересмотр по данным исследований предотвратит превращение рекомендаций в неизменную инструкцию. Такой каркас повысит сопоставимость помощи и профессиональную защищенность врача.

Международный опыт *prison psychiatry* и *correctional mental health* важен как источник сравнения, а не готовая модель для копирования. Правовые системы, структура учреждений и доступность лечения различаются, поэтому эффективность решения зависит от контекста. Подготовка кадров должна учить критически сопоставлять зарубежные протоколы с россий-

ской клинической традицией и реальными ресурсами УИС. Специалист соединяет клинициста, эксперта, аналитика среды и организатора помощи, не смешивая эти роли. Кадровая политика становится условием внедрения любых рекомендаций и исследований.[120]

Научная коммуникация должна сделать российские данные сопоставимыми с международными исследованиями. Для этого требуются ясные определения контингентов, диагнозов, исходов и организационных условий, а также публикация отрицательных результатов. Перевод терминов не может скрывать различия между *prison psychiatry, forensic mental health* и отечественной системой медицинского обеспечения УИС. Двуязычный понятийный словарь облегчит сравнительные проекты и предотвратит ложные эквиваленты. Международная видимость дисциплины будет следствием методологического качества, а не декларации национальной уникальности.

Долгосрочная цель — национальная модель ПП, связывающая клинические контингенты, патопластику, адаптацию, риск и организацию помощи. Ее нельзя утвердить одним нормативным актом или монографией; она должна вырасти из данных, профессиональной дискуссии и проверки практикой. Модель станет основой образования, протоколов и многоцентровых исследований, если сохранит связь с индивидуальным случаем. Российская специфика не отменяет международной сопоставимости, а требует ясно описывать условия получения выводов. Переход от рассеянного опыта к воспроизводимому знанию завершит дисциплинарное оформление ПП.[121]

[120] Датий А.В. Проблемы медицинского обеспечения осужденных // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2014. № 1 (4). С. 52–60.

[121] Датий А.В. Правовое регулирование и организация медицинского обеспечения осужденных в исправительных учреждениях: монография. М.: Российский новый университет, 2004. 268 с.

Глава 4. Международный опыт пенитенциарной психиатрии

Формирование пенитенциарной психиатрии в зарубежных странах

Зарубежная пенитенциарная психиатрия выросла не столько из отвлеченной академической конструкции, сколько из практической необходимости отвечать на один и тот же повторяющийся вопрос: каким образом лечить, наблюдать и защищать психически неблагополучного заключенного в условиях, которые сами по себе способны усиливать или даже продуцировать психическое страдание.[122]

Исторические исследования Cox C. Marland H. показывают, что уже с 1840-х годов в Англии и Ирландии отдельное содержание рассматривалось не только как средство дисциплины и нравственного исправления, но и как источник психических срывов, суицидов, тяжелой тревоги, спутанности и поведенческой дезорганизации. Тем самым ранняя история пенитенциарная психиатрия на Западе началась не с готовой модели помощи, а с признания того, что сама современная тюрьма может быть патогенной по отношению к психике и что охрана порядка не отменяет обязанности распознавать и лечить психические расстройства у заключенных.[123]

По данным Fovet T. 2020, первые специализированные психиатрические службы обследования в тюрьмах Франции начали создаваться еще в первой половине XX века - в 1927 году в Loos-lès-Lille и в 1936 году в La Santé. Позднее эта линия получила организационное оформление в виде региональных медико-психологических служб, первоначально центров, которые, как отмечают Arrive M. 2022, создавались во Франции с 1977 года и были ориентированы на профилактику, лечение психических расстройств и зависимостей, а также на организацию психиатрической преемственности после освобождения. Французский опыт особенно важен тем, что он показывает переход от эпизодической тюремной психиатрической помощи к более устойчивой службе внутри пенитенциарной системы, работающей как с острой патологией, так и с длительным сопровождением заключенных.[124]

Как показывает Yanofski J. 2010, поворотным моментом стало дело Cooper v. Pate 1964 года, открывшее заключенным более широкий доступ к защите своих конституционных прав в суде. Gamble 1976 года, закрепившее недопустимость «сознательного безразличия» к медицинским нуждам заключенного, и Vitek v. Jones 1980 года, установившее процессуальные гарантии при принудительном переводе заключенного в психиатрический стационар. Американская модель тем самым формировалась как система, в которой тюремная психиатрия развивалась не только из медицинской логики, но и из судебного признания того, что психически больной заключенный обладает правом на лечение, на защиту от произвольного обращения и на определенные процедуры при психиатрическом вмешательстве.[125]

---

[122] Алферов Ю.А. Международный пенитенциарный опыт и его реализация в современных условиях. – Домодедово: РИПК, 1993.

[123] Nijman H. Nature and antecedents of psychotic patients' crimes / H. Nijman, M. Cima, H. Merckelbach // The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology. – 2003. – Vol. 14. – P. 542-553.

[124] Belfrage H. Treatment Effects on Forensic Psychiatric Patients Measured With the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme / H. Belfrage, K. S. Douglas // International Journal of Forensic Mental Health. – 2002. – Vol. 1, № 1. – P. 25-36.

[125] Young M. H. Assault in prison and assault in prison psychiatric treatment / M. H. Young, J. V. Justice, P. Erdberg // J. Forensic Science. – 2004. – Vol. 49 (1). – P. 1-9

В работах Wilson S. 2004 и Till A. 2014 этот принцип определяется как требование предоставлять заключенным такой уровень и такое качество медицинской, в том числе психиатрической, помощи, которые эквивалентны помощи, доступной населению вне тюрьмы. В Англии и Уэльсе важным этапом стало опубликованное в 1999 году решение о формальном партнерстве тюремной службы и Национальной службы здравоохранения, а с 1 апреля 2003 года - переход оказания медицинской помощи в тюрьмах под управление NHS. На этом этапе тюремная психиатрия все заметнее стала рассматриваться не как внутреннее дело пенитенциарного ведомства, а как часть общей системы здравоохранения, что существенно изменило язык обсуждения проблемы: от «тюремной медицинской службы» к «службы охраны здоровья в тюрьмах», от карательной логики к логике общественного здоровья и клинической преемственности.

В европейском пространстве важнейшую роль сыграла Рекомендация Комитета министров Совета Европы R(98)7, прямо связавшая тюремное здравоохранение с теми же этическими принципами, которые действуют в обычной медицине, и закрепившая идею эквивалентной профилактической и лечебной помощи заключенным. Затем эта линия была продолжена в Европейских тюремных правилах 2006 года, где специально оговорены перевод заключенных, нуждающихся в специализированной помощи, в соответствующие учреждения или гражданские больницы, а также необходимость психиатрического лечения и внимания к профилактике суицида. На глобальном уровне значимым рубежом стали пересмотренные в 2015 году Правила ООН, известные как Правила Нельсона Манделы, где подчеркивается государственная ответственность за медицинскую помощь заключенным и недопустимость содержания лиц с тяжелыми психическими нарушениями там, где им не может быть обеспечено надлежащее лечение.

Как показывают Gatherer A. И соавт. 2005, после международной встречи 1995 года в Европе ВОЗ запустила проект «Здоровье в тюрьмах», позднее программу HIPP, исходя из идеи, что здоровье заключенных является частью общественного здоровья, а тюрьма - не изолированным «вне-медицинским» пространством, а особой точкой пересечения медицины, прав человека и социальной политики. В новейший период данная логика получила дальнейшее развитие: в феврале 2023 года Совет Европы принял отдельную рекомендацию по продвижению и защите психического здоровья заключенных и пробационных контингентов, специально подчеркнув необходимость скрининга, протоколов реагирования на самоповреждения и суицидальные попытки, а также обучения персонала вопросам психического здоровья.[126,127]

Психиатрическая помощь и судебно-психиатрические задачи в местах лишения свободы

Зарубежная практика различает лечебное и экспертное направления. Первое охватывает клиническую и психологическую помощь в тюрьмах, следственных изоляторах и иных местах принудительного содержания; второе отвечает на юридически сформулированные вопросы. Такое разграничение уменьшает смешение терапевтических, экспертных и режимно-контрольных функций.[128]

---

[126] Marshall W. L. Sexual sadism in sexual offenders. An elusive diagnosis / W. L. Marshall, P. Kennedy // Aggression and Violent Behavior. – 2003. – Vol. 8. – P. 1-22.

[127] Варушкин А. Организация обучения сотрудников пенитенциарной системы Финляндии // Ведомости уголовно-исполнительной системы. – 2007. – № 12. – С. 35.

[128] Гавор К. Система обучения и повышения квалификации кадров в школах тюремной службы в Польше в 2004–2005 гг. // Проблемы исполнения уголовных наказаний, не связанных с лишением свободы, и применения иных мер уголовно-правового характера в отношении несовершеннолетних: Сб. Мат-лов Междунар. Науч.-практ. конф. – Вологда, 7 декабря 2005 г.: в 2 т. – Вологда: ВИПЭ ФСИН России, 2006. – С. 129-134.

Пенитенциарная психиатрическая помощь — не отдельный кабинет внутри тюрьмы, а система выявления, оценки, лечения и наблюдения лиц с психическими расстройствами на всех этапах лишения свободы. Ее качество определяется не только клиническими решениями, но и доступностью помощи, преемственностью маршрута и способностью учреждения предупреждать кризисы.

Теоретическое основание современной пенитенциарной помощи — принцип эквивалентности. Он означает не формальное равенство объемов, а клиническую справедливость: более высокая распространенность психических расстройств, зависимостей, травматизации и суицидального риска требует доступной, непрерывной и нередко более интенсивной помощи при сохранении независимости медицинской службы.

Наиболее развитые многоуровневые модели созданы в Великобритании, Ирландии, Канаде, Австралии и странах Западной Европы. Они объединяют приемный скрининг, работу выездных психиатрических команд, междисциплинарное ведение лиц с множественной уязвимостью и перевод в специализированный стационар. Оценка охватывает симптомы, когнитивное функционирование, зависимость, виктимизацию и риск самоповреждения, суицида и насилия.[129]

Важной особенностью современных зарубежных моделей является стремление расширить пути выявления психической патологии за пределы формального медицинского отбора. Практика показала, что традиционный приемный скрининг часто недооценивает скрытую депрессию, психоз, расстройства личности, когнитивные нарушения и суицидальный риск. Исследование Hopkin G. 2016 в Англии и Уэльсе показало, что такая модель увеличивала количество выявленных случаев и позволяла лучше обнаруживать лиц без ранее известного психиатрического анамнеза.

Особенно хорошо эта логика прослеживается в ирландском опыте, где служба ранней тюремной помощи и взаимодействия с судами создавалась для того, чтобы максимально рано выявлять психозы и иные тяжелые состояния у лиц, помещенных в следственный изолятор, и обеспечивать им доступ к специализированной помощи или переводу в подходящее лечебное учреждение McInerney C. 2013; O'Neill C. 2016. Для ПП этот опыт принципиален, поскольку показывает, что качественная помощь начинается не внутри уже сформировавшегося тюремного маршрута, а на самых ранних этапах соприкосновения лица с системой правосудия.

Лечащий психиатр ориентирован на терапевтический альянс, лечение и непрерывность наблюдения; судебно-психиатрический эксперт сохраняет процессуальную дистанцию и отвечает на юридически сформулированные вопросы. Различение ролей особенно важно при решении о переводе в стационар, процессуальной способности, опасном поведении и интерпретации состояния лица под стражей.

Работа с лицами под стражей обостряет проблему двойной лояльности — конфликта обязанностей перед пациентом и учреждением. Для ПП это не только этический, но и клинический вопрос: без предсказуемых границ конфиденциальности и минимального доверия пациент скрывает симптомы, а помощь теряет эффективность.

Тяжелое психическое расстройство, выходящее за пределы возможностей тюремной службы, требует своевременного перевода в специализированный психиатрический стационар. Такой маршрут связывает учреждение исполнения наказания с общей и судебной психиатрией и не позволяет подменять необходимое лечение усилением режима. [130]

Первая отвечает на вопрос, как выявлять, лечить, наблюдать и сопровождать психически неблагополучного заключенного в повседневной жизни исправительного учреждения. Там, где

---

[129] Redlich A. D. General Pressures to Adhere to Psychiatric Treatment in the Community / A. D. Redlich, J. Monahan // International Journal of Forensic Mental Health. – 2006. – Vol. 5, № 2. – P. 125-131.

[130] Soloff P. H. Psychopharmacology of borderline personality disorders / P. H. Soloff // The psychiatric clinic of North America. – 2000. – Vol. 1. – P. 169-192.

эти плоскости смешиваются, возникают этические конфликты, подмена лечения контролем и снижение доверия. Там, где они грамотно разграничены, появляется возможность построить более зрелую модель ПП, в которой клиническая помощь и судебно-психиатрическая оценка сохраняют связь, но не подменяют друг друга Simpson A.I.F. 2022; Senior J. 2014; Pont J. 2012.

Для отечественного читателя принципиально важно, что международный опыт в этой области не предлагает единой универсальной формулы, но отчетливо демонстрирует несколько устойчивых выводов. Во-первых, психиатрическая помощь в исправительных учреждениях должна быть непрерывной, многоуровневой и встроенной в общую систему здравоохранения. Во-вторых, экспертные и лечебные функции должны быть различимы. В-третьих, приемный скрининг, оценка риска, маршрутизация и перевод в психиатрический стационар требуют специальных регламентов. В-четвертых, без учета этической проблемы двойной лояльности любая ПП рискует утратить свою медицинскую сущность.

Организация психиатрической помощи заключенным в разных странах

Организация психиатрической помощи заключенным в разных странах показывает, что современная пенитенциарная психиатрия развивается не по единой универсальной модели, а в рамках нескольких организационных типов, различающихся по ведомственной подчиненности, способу финансирования, структуре уровней помощи, порядку направления в стационар и степени интеграции с гражданским здравоохранением. Наиболее устойчивыми считаются такие модели, в которых пенитенциарное здравоохранение не замыкается внутри тюремного ведомства, а строится в тесной связи с национальной системой общественного здравоохранения, опирается на принцип эквивалентности помощи и сочетает клиническую автономию медицинской службы с межведомственным взаимодействием. Всемирная организация здравоохранения в своем обзоре организационных моделей тюремного здравоохранения подчеркивает, что для достижения реального равенства помощи с населением вне тюрьмы руководство этой системой желательно закреплять за органами здравоохранения, а не за ведомствами юстиции, при сохранении межведомственный подход, то есть межведомственного государственного подхода.

В Англии и Уэльсе длительный переход от ведомственной тюремной медицины к интеграции с Национальной службой здравоохранения завершился тем, что с 2006 года ответственность за комиссионирование тюремного здравоохранения была передана из системы тюремной медицинской службы в систему здравоохранения, а после реформы 2012 года прямое комиссионирование перешло к NHS England. NICE 2017 специально подчеркивает, что организация помощи взрослым в контакте с системой уголовного правосудия должна включать оценку, ведение, планирование помощи, фармакологические и психологические вмешательства, а также продуманную организацию самих служб и подготовку персонала. Английский опыт важен тем, что демонстрирует переход от изолированной тюремной психиатрии к модели, встроенной в национальную систему здравоохранения и совместно координируемой медицинскими и пенитенциарными структурами Hayton P. 2006; NICE 2017; Steel J. 2007.[131]

Североевропейская модель последовательно отделяет медицинскую ответственность от функций исполнения наказания. В Норвегии тюремная помощь передана системе здравоохранения; в Финляндии ее организует специальное подразделение общественного здравоохранения. Заключенный сохраняет статус пациента и получает помощь по общим медицинским принципам, несмотря на лишение свободы.

[131] Gudjonsson G. H. Management of psychiatric in-patient violence: patient ethnicity and use of medication, restraint and seclusion / G. H. Gudjonsson, S. Rabe-Hesketh, G. Szmukler // British Journal of Psychiatry. – 2004. – Vol. 184. – P. 258-262.

С другой стороны, с 1985 года психиатрическая помощь в тюрьмах обеспечивается специалистами психиатрических больниц общего профиля, находящимися в подчинении Министерства здравоохранения, а не пенитенциарной администрации. Амбулаторная психиатрическая помощь осуществляется в тюремных медицинских подразделениях, более специализированная психиатрическая помощь с возможностью дневной госпитализации сосредоточена в SMPR - региональных медико-психологических службах, существующих лишь в части учреждений, а с 2010 года были последовательно открыты девять UHSA - специально адаптированных госпитальных психиатрических отделений для заключенных общей емкостью 440 коек. Французская модель тем самым соединяет амбулаторный тюремный компонент, дневную специализированную помощь и полноценную стационарную психиатрическую госпитализацию для заключенных, причем последняя организована уже не внутри классической тюрьмы, а в специализированных больничных структурах Fovet T. 2020; Fovet T. 2022.

Канадская система охватывает весь пенитенциарный маршрут — от скрининга при поступлении до сопровождения при освобождении. Между амбулаторной помощью и стационаром действуют подразделения промежуточной помощи, а острые и подострые состояния ведут региональные лечебные центры. Такая многоуровневость позволяет соотносить интенсивность лечения с клинической потребностью.

Американские федеральные стандарты закрепляют обязательный минимум: скрининг при поступлении, диагностику и лечение, кризисное вмешательство, профилактику суицида, психофармакотерапию и перевод в лицензированное психиатрическое учреждение, если потребность превышает возможности тюрьмы. Сильная сторона этой модели — стандартизированная приемная оценка и развитая суицидологическая инфраструктура.

Сравнение этих моделей позволяет выделить несколько основных организационных принципов, которые повторяются вне зависимости от страны:

Во-первых, психиатрическая помощь в местах лишения свободы в развитых системах почти всегда строится по ступенчатой схеме: первичный скрининг, амбулаторная помощь, специализированные команды или отделения для более сложных случаев, кризисные вмешательства и возможность перевода в стационар.

Во-вторых, особое значение придается преемственности помощи: внутри учреждения, между учреждениями, при переводе в больницу и при освобождении.

В-третьих, наиболее устойчивыми считаются модели, где медицинская служба институционально приближена к общему здравоохранению и сохраняет профессиональную автономию относительно режима.

В-четвертых, практически во всех системах выявлена одна и та же трудность: даже при наличии формально выстроенной структуры сохраняются проблемы недовыявления психической патологии на входе, дефицита кадров, неравномерности доступа к специализированной помощи и перегрузки служб, особенно в отношении лиц с расстройствами личности, зависимостями и сочетанной социальной уязвимостью ВОЗ 2020; NICE 2017; Fovet T. 2020.

Для российской ПП международный опыт важен не как образец механического копирования, а как источник организационных ориентиров. Он показывает, что наиболее продуктивными являются модели, в которых ПП рассматривается не как эпизодическое консультирование внутри режима, а как непрерывная, многоуровневая и межведомственно обеспеченная система. В этих моделях психиатр работает не только как диагност или назначающий терапию врач, но и как участник сложного маршрута, включающего скрининг, кризисную интервенцию, оценку риска, маршрутизацию, взаимодействие с больничной сетью и подготовку к освобождению.[132]

[132] Feeney A. Dangerous severe personality disorders / A. Feeney // Advanced in psychiatry treatment. – 2003. – Vol. 9 (5). –

Международные подходы к оценке риска, суицидальности, агрессии и повторного насилия

В международной ПП оценка риска давно перестала пониматься как разовая формальная процедура, необходимая лишь для заполнения документации. В этой логике риск включает не только непосредственную опасность суицида или нападения, но и более широкий круг угроз: самоповреждение, виктимизацию, утрату контроля, декомпенсацию психического расстройства, сексуально опасное поведение и повторное насилие после освобождения. Зарубежные рекомендации настаивают на том, что оценка риска должна быть связана не с абстрактной «категорией опасности», а с клиническим пониманием состояния, среды и динамики конкретного человека NICE 2017.

Международная практика перешла от неструктурированного прогноза к модели структурированного профессионального суждения. Она соединяет доказательно отобранные факторы риска и защиты с клиническим анализом конкретного случая; одним из наиболее изученных инструментов этого класса остается HCR-20.

В отношении суицидальности международные рекомендации особенно подчеркивают необходимость максимально раннего выявления риска. Британские рекомендации NICE указывают, что уже первая ступень медицинской оценки при поступлении в тюрьму должна охватывать не только общую психопатологию, но и вопросы о самоповреждении и суицидальном риске. Кроме того, в оценку должны включаться не только риск для себя, но и риск для других, уязвимость к эксплуатации, роль среды, причинные и поддерживающие факторы, а также защитные ресурсы пациента NICE 2017.

Крупные международные обзоры показывают, что суицид в местах лишения свободы связан с сочетанием клинических, институциональных и криминологических факторов. Наиболее сильными клиническими ассоциациями оказались суицидальные мысли в текущий период заключения, предшествующая суицидальная попытка, анамнез самоповреждений и наличие актуального психиатрического диагноза. Тем самым международные данные убеждают, что суицидальный риск в тюрьме не сводится к наличию депрессии или вербально выраженных намерений, а формируется на пересечении психопатологии, изоляции, структуры наказания и особенностей пенитенциарной среды Fazel S. 2021.

Руководства по суицидопрофилактике в исправительных учреждениях указывают, что наиболее опасными являются первые дни и недели после поступления, период после судебного решения, предъявления новых обвинений, получения отказа в условно-досрочном освобождении, помещение в изоляцию, получение тяжелых известий о семье, переживание унижения или насилия, а также этап, предшествующий освобождению у лиц без устойчивого плана социальной адаптации. Заметная доля всех суицидов пришлась на первые недели и месяцы заключения. Следовательно, международный подход требует не только фиксировать «группу риска» при поступлении, но и учитывать событийные триггеры, периодически меняющие суицидальную опасность даже у тех заключенных, которые ранее не выглядели критически неблагополучными Radeloff D. 2021; NCCHC 2019; BOP 2007.[133]

Если суицид традиционно рассматривался как крайний исход внутренней дезадаптации, то международные исследования самоповреждений показали, что аутоагрессия в тюрьме имеет еще более сложную средовую обусловленность. Эти данные особенно важны для ПП, поскольку демонстрируют ограниченность чисто нозологического подхода: даже при отсут-

---

P. 349-358.

[133] Dvoskin J. A. On the role of correctional officers in prison mental health / J. A. Dvoskin, E. M. Spiers // Psychiatr. Q. – 2004. – Vol. 75. – P. 41-59.

ствии психоза или тяжелого аффективного эпизода среда сама может становиться мощным усилителем аутоагрессии. Следовательно, международные подходы требуют включать в оценку риска не только клинический диагноз и анамнез, но и фактические условия содержания, положение осужденного в тюремной иерархии, дисциплинарную ситуацию и опыт виктимизации Favril L. 2020.

Оценка агрессии и риска насилия в международной практике строится сходным образом: риск рассматривается как результат взаимодействия исторических, клинических, ситуационных и защитных факторов. Тем самым современный международный подход выходит за пределы простой констатации «агрессивен/неагрессивен» и требует клинической формулировки риска, где учитываются импульсивность, аффективная нестабильность, психотические переживания, интоксикация, межличностные конфликты, статус в учреждении и возможности деэскалации NICE 2017.

В этой области структурированное профессиональное суждение оказалось наиболее влиятельной моделью. Зарубежная литература подчеркивает, что SPJ-подход удобен не поскольку дает окончательную математическую истину, а поскольку систематизирует мышление специалиста и снижает риск ошибок, свойственных интуитивным решениям в условиях неопределенности. В тюремной и судебно-психиатрической среде это особенно важно, поскольку риск редко бывает статическим: он меняется вместе с психическим состоянием, конфликтной ситуацией, лечением, режимом и социальными обстоятельствами Guy L.S. 2012; Bowden J. 2023.

Историческое развитие зарубежной пенитенциарной психиатрии показывает: медицинская служба становится эффективной лишь тогда, когда ее клиническая независимость сочетается с ясной ответственностью перед пациентом и системой общественного здравоохранения.

Показательно, что наряду с крупными универсальными инструментами появляются и более короткие тюремно-специфические скрининговые решения. В Нидерландах, например, был внедрен Risk Screener Violence (RS-V), предназначенный для быстрой оценки опасений по поводу насилия и агрессии в период пребывания в тюрьме. Показало, что этот инструмент способен с умеренной и даже высокой точностью различать лиц с более высоким и более низким риском агрессивных инцидентов в ходе заключения, особенно по отношению к персоналу. Эта деталь принципиальна: международный опыт движется не к однократному «ярлыку опасности», а к повторной динамической переоценке Smeekens M.V. 2023.

В отношении повторного насилия и рецидива международная коррекционная практика также опирается на структурированные инструменты, но с важной оговоркой. Американские обзоры подчеркивают, что структурированные подходы в целом дают более надежные и согласованные оценки, чем субъективные решения без формальной рамки. При анализе инструментов, используемых в коррекционных учреждениях США, Sarah Desmarais и соавт. Из этого следует важный международный вывод: системы оценки риска должны не только внедряться, но и валидироваться на собственных популяциях, а их результаты должны интерпретироваться с учетом локального контекста, состава контингента и целей применения Desmarais S.L. 2013; Desmarais S.L. 2016.

Международные подходы к оценке риска, суицидальности, агрессии и повторного насилия можно свести к нескольким принципиальным положениям:

Во-первых, оценка риска должна быть ранней, повторной и динамической.

Во-вторых, она обязана учитывать не только диагноз и анамнез, но и конкретную пенитенциарную среду, одиночное содержание, виктимизацию, дисциплинарное давление, юридические события и дефицит социальной опоры.

В-третьих, наиболее зрелая модель сочетает структурированные методы с содержательным клиническим анализом, не подменяя врача шкалой.

В-четвертых, любая оценка риска имеет смысл лишь тогда, когда она непосредственно переводится в план наблюдения, лечения, деэскалации, защиты и профилактики. NICE 2017; Fazel S. 2021; Favril L. 2020.

Работа с психозами, зависимостями, расстройства личности и сексуальными правонарушителями

Международный опыт пенитенциарная психиатрия показывает, что клиническая работа в местах лишения свободы все в меньшей степени строится по модели изолированного ведения отдельных диагнозов и все в большей степени - по модели интегрированной помощи, где на первый план выдвигаются коморбидность, динамика состояния, риск и преемственность между тюремной и внешней медицинской системой. Всемирная организация здравоохранения, в свою очередь, настаивает на том, что в каждом пенитенциарном учреждении должны быть доступны квалифицированные специалисты по психиатрии и психологии, работающие с полной клинической независимостью, а преемственность лечения должна обеспечиваться не только при переводах между учреждениями, но и при выходе человека во внешний мир Simpson A.I.F. 2022; ВОЗ 2021.[134]

В отношении психотических расстройств международные подходы исходят из принципа эквивалентности помощи: заключенный с шизофренией, шизоаффективным расстройством, острым психотическим эпизодом или хроническим бредовым расстройством должен иметь доступ к такому же уровню специализированной психиатрической помощи, какой он получил бы вне тюрьмы. В международной практике это означает раннее выявление психотической симптоматики, срочное психиатрическое обследование при подозрении на бред, галлюцинаторные расстройства или тяжелую дезорганизацию поведения, своевременное назначение антипсихотической терапии, наблюдение за приверженностью и обязательное планирование маршрута после освобождения NICE 2017; ВОЗ 2021.[135]

Клиническое наблюдение подтверждает, что у лиц с психозом тюремная дезадаптация развивается быстрее, чем у заключенных без психотического расстройства; медикаментозное лечение без коррекции среды и восстановления непрерывности помощи дает ограниченный эффект.

Еще более отчетливо интегративный принцип проявляется в работе с сочетанием психоза и зависимости. Руководство NICE по сочетание тяжелого психического расстройства и зависимости от ПАВ последовательно отвергает традиционную ошибку «двойного исключения», когда психиатрические службы отказываются лечить пациента из-за злоупотребления веществами, а наркологические - из-за психоза. Более того, NICE требует всесторонней мультидисциплинарной оценки, учитывающей не только психопатологию и употребление вещества, но и жилье, семейную ситуацию, социальный контекст, готовность к изменениям и риск взаимодействия психотропных препаратов с алкоголем или наркотиками NICE 2011. [136]

Документы ВОЗ и UNODC рассматривают opioid agonist treatment как наиболее эффективное лечение опиоидной зависимости и подчеркивают, что его инициирование или продолжение в тюрьме способствует профилактике передозировок, особенно в критический период после освобождения, когда снижается толерантность и резко возрастает риск смерти. Наряду с

---

[134] Hare R. D. Manual for the Revised Psychopathy Checklist / R. D. Hare. – Toronto, ON, Canada: Multi-Health Systems, 2003. – P. 84.

[135] Andrews D. A. The psychology of criminal conduct and effective treatment / D. A. Andrews, J. McGuire (Ed.) // What works: Reducing reoffending: Guidelines from research and practice. – New York: Wiley, 1995. – P. 35-62.

[136] Cauffman E. Predicting first time involvement in the juvenile justice system among emotionally disturbed youth receiving mental health services / E. Cauffman, S. H. Scholle, E. Mulvey, K. Kelleher // J. Psychological Services. – 2005. – Vol. 2. – P. 28-38.

этим подчеркивается, что лечение зависимости в исправительном учреждении не должно сводиться к краткому детоксикационному эпизоду: требуется долгосрочная модель care, включающая психосоциальную помощь, работу с коморбидной психопатологией, сопровождение при переводах и передачу пациента внешним службам после освобождения. В отношении больных с психозом и зависимостью NICE отдельно рекомендует, чтобы плановая детоксикация проводилась в inpatient setting, а при выписке пациент обязательно информировался о риске передозировки при возврате к употреблению, особенно опиоидов UNODC, ВОЗ 2020; ВОЗ 2014; NICE 2011.[137]

Подход к расстройствам личности прошел наиболее заметную эволюцию. Современные рекомендации предпочитают не карательную, а поддерживающую и поощряющую модель с регулярными индивидуальными встречами, работой с кризисами, мотивацией, тревогой и депрессией. Переход МКБ-11 от жестких типов к оценке тяжести и доменных черт лучше отражает клиническую неоднородность этого контингента.

Показательный пример — британская программа сопровождения правонарушителей с расстройствами личности (OPD Pathway), объединяющая психологически информированные службы здравоохранения и исполнения наказаний. Ее цель — одновременно снижать риск повторного деяния и улучшать психическое здоровье; это требует не только диагноза, но и специально организованной терапевтической среды.[138]

Работа с сексуальными правонарушителями должна учитывать уровень риска, интеллектуальные возможности, психические симптомы, травматический опыт, мотивацию и социальную поддержку. Предпочтительны когнитивно-поведенческие, социально-обучающие и навыковые методы, встроенные в модель «риск — потребности — восприимчивость», с междисциплинарным сопровождением после освобождения.[139]

При этом международная литература в отношении сексуальных правонарушителей становится все более научно осторожной. Однако вторичные обзоры и крупные метааналитические обобщения указывают, что более современные программы, особенно построенные на когнитивно-поведенческих и RNR-принципах, в среднем ассоциированы с более низкими показателями сексуального и общего рецидива, а завершение лечения улучшает прогноз, тогда как прерывание существенно ухудшает исход. Это требует от клинициста двойной позиции: с одной стороны, не преувеличивать доказанность отдельных методик, с другой - не отказываться от структурированного лечения там, где оно построено на современной оценке риска, динамических факторов и мотивации NICE 2017; Hanson R.K. 2009; Lösel F. Schmucker M. 2005; Office of Justice Programs 2015.[140]

Отдельное место в международной работе с парафилиями занимает биологическая и комбинированная терапия. Руководство WFSBP по лечению парафилий предлагает алгоритм ступенчатого ведения, где психотерапия рассматривается как компонент помощи всем правонарушителям, а у лиц с высоким риском повторного сексуального насилия фармакологическое лечение может использоваться как терапия первой линии. Для ПП это особенно значимо, поскольку показывает: в международной клинической логике лечение сексуально опасного

---

[137] Belfrage H. Treatment Effects on Forensic Psychiatric Patients Measured With the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme / H. Belfrage, K. S. Douglas // International Journal of Forensic Mental Health. – 2002. – Vol. 1, № 1. – P. 25-36.

[138] Cauffman E. Predicting first time involvement in the juvenile justice system among emotionally disturbed youth receiving mental health services / E. Cauffman, S. H. Scholle, E. Mulvey, K. Kelleher // J. Psychological Services. – 2005. – Vol. 2. – P. 28-38.

[139] Olver M. E. Therapeutic responses of psychopathic sexual offenders: Treatment attrition, therapeutic change, and long-term recidivism / M. E. Olver, S. C. P. Wong // J. Consulting and Clinical Psychology. – 2009. – Vol. 77 (2). – P. 328-336.

[140] Andrews D. A. The psychology of criminal conduct and effective treatment / D. A. Andrews / J. McGuire (Ed.) // What works: Reducing reoffending: Guidelines from research and practice. – New York: Wiley, 1995. – P. 35-62.

поведения может включать психотерапевтический, психофармакологический и риск-менеджментный компоненты одновременно.[141,142]

Международный опыт позволяет выделить несколько общих принципов работы с психозами, зависимостями и сексуально опасным поведением:

Во-первых, это обязательный ранний скрининг и признание высокой коморбидности.

Во-вторых, это отказ от взаимного исключения пациента разными службами и переход к интегрированной модели лечения.

В-третьих, это понимание тюрьмы как среды, способной как усиливать патологию, так и создавать возможности для клинического воздействия, если в ней выстроены терапевтические, а не только режимные механизмы.

В-четвертых, это перенос акцента с абстрактного «опасен/не опасен» на индивидуализированную формулировку риска, потребностей, защитных факторов и условий рецидива.

В-пятых, помощь не завершается освобождением: без преемственности с гражданскими службами достигнутая в учреждении стабилизация остается непрочной.

Возможности адаптации международного опыта к российской уголовно-исполнительной системе

Корректнее говорить о переносе не готовых форм, а базовых принципов, доказавших свою устойчивость в разных странах: принципа эквивалентности психиатрической помощи, принципа непрерывности лечения, принципа уважения человеческого достоинства, а также принципа межведомственной ответственности за психическое здоровье заключенного. Европейские пенитенциарные правила и новая Рекомендация Совета Европы 2023 года специально подчеркивают, что лица в местах лишения свободы должны получать психиатрическую помощь качества, сопоставимого с помощью в общей популяции, а система обязана обеспечивать непрерывность помощи как во время заключения, так и при подготовке к возвращению в общество. Эти принципы, а не внешние институциональные детали, и представляют наибольшую ценность для российской ПП как предмет адаптации Rec(2006)2; CM/Rec(2023)2.

Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» закрепляет правовые и организационные принципы оказания психиатрической помощи, а статья 101 УИК РФ прямо предусматривает медико-санитарное обеспечение осужденных, наличие в уголовно-исполнительной системе лечебно-профилактических учреждений и медицинских частей, а также организацию помощи в соответствии с законодательством РФ. Статья 18 УИК РФ, в свою очередь, предусматривает применение мер медицинского характера к осужденным с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, обязательное лечение отдельных категорий больных и специальный порядок освидетельствования некоторых осужденных по сексуальным преступлениям. Наконец, Федеральный закон о пробации 2023 года создал новый нормативный контур, связывающий исправительное учреждение, ресоциализацию и постпенитенциарное сопровождение, что имеет прямое значение для лиц с психическими расстройствами Закон РФ № 3185-1; УИК РФ ст. 101; УИК РФ ст. 18; Федеральный закон № 10-ФЗ 2023.

Первым и, вероятно, наиболее реалистичным направлением адаптации международного опыта следует считать внедрение поэтапного психиатрического скрининга и динамической

[141] Timmerman I. G. The effects of cognitive-behavioral treatment for forensic inpatients / I. G. Timmerman, P. M. Emmelkamp // International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. – 2005. – Vol. 49. – P. 590-606.

[142] Greeven P. G. J. Personality disorders in a Dutch forensic psychiatric sample: changes with treatment / P. G. J. Greeven, C. de Ruiter // Crim. Behav. Mental Health. – 2004. – Vol. 14. – P. 280-290.

стратификации риска. Зарубежные рекомендации исходят из того, что уже с момента поступления в учреждение заключенный должен быть осмотрен квалифицированным медицинским работником, а лица с признаками психоза, тяжелой депрессии, синдрома отмены, выраженной суицидальности или когнитивной несостоятельности должны без промедления маршрутизироваться на углубленную оценку. Такая модель не требует немедленного копирования иностранной организационной инфраструктуры, но требует единых алгоритмов наблюдения, валидизированных форм фиксации риска и подготовки персонала, способного отличать дисциплинарную проблему от нарастающей психопатологии CM/Rec(2023)2; ВОЗ Рамочная программа ВОЗ по охране здоровья в тюрьмах; Малкин Д.А. 2014.

Для России это особенно важно, поскольку обрыв терапии после освобождения нередко означает быстрый возврат к употреблению психоактивных веществ, дестабилизацию психотического пациента, утрату комплаенса и рост риска повторного насилия или дезадаптации. Введение института пробации создает новое окно возможностей: клинический эпикриз, перечень принимаемых препаратов, оценка суицидального и агрессивного риска, рекомендации по наркологическому и психотерапевтическому сопровождению, а также информация о необходимости наблюдения по месту жительства должны становиться частью не только медицинской, но и ресоциализационной логики. В этом пункте российская система объективно может воспринять международный опыт не декларативно, а практически, поскольку нормативная база постпенитенциарного сопровождения уже создана Rec(2006)2; CM/Rec(2023)2; Федеральный закон № 10-ФЗ 2023; Яковлева М.А. 2023.

Для российской УИС данное положение имеет особую практическую значимость, так как психиатр, психолог, администрация учреждения, оперативные подразделения и воспитательная служба традиционно действуют рядом, но не всегда как единая клинико-профилактическая команда. Международный опыт показывает, что эффективность повышается там, где существует ясное разграничение компетенций: психиатр отвечает за диагностику, нозологическую квалификацию по МКБ-10/11, психофармакотерапию, оценку психотической симптоматики, суицидального и агрессивного риска; психолог - за патопсихологическую и личностную диагностику, психокоррекционную работу, оценку адаптации и поведенческого функционирования; администрация - за условия безопасности и исполнения режима при уважении медицинской автономии. В российских условиях этот принцип особенно важен, поскольку без него психическое расстройство легко редуцируется либо к «характерологической трудности», либо к чисто режимному инциденту CM/Rec(2023)2; УИК РФ ст. 101; Малкин Д.А. 2014.

Четвертым направлением адаптации выступает создание отдельных клинико-организационных маршрутов для наиболее значимых контингентов: лиц с психозами, лиц с зависимостями, осужденных с выраженной личностной патологией, а также лиц, совершивших сексуальные преступления. Следовательно, следующим шагом должна стать разработка единых клинических протоколов внутри пенитенциарной медицины: отдельно для острых психотических состояний, отдельно для синдромов отмены и зависимости, отдельно для декомпенсаций расстройства личности, отдельно для осужденных с расстройствами сексуального предпочтения и высоким риском сексуального рецидива УИК РФ ст. 18; CM/Rec(2023)2.

Для России плодотворным было бы не простое заимствование иностранных шкал, а их локальная клиническая апробация и создание комбинированной модели, где структурированная оценка сочетается с клинико-психопатологическим анализом, анамнезом, поведенческим наблюдением и данными о пенитенциарной адаптации. Особенно это касается суицидального поведения, самоповреждений, дисфорических вспышек, повторной агрессии и сексуально опасного поведения. Совет Европы в рекомендации 2023 года прямо указывает на необходимость специальных политик по профилактике самоповреждения и суицида, идентификации риска, кризисных интервенций и систематического сбора обезличенных данных; подобная логика вполне совместима с потребностями российской системы и может быть развита в

форме ведомственных алгоритмов CM/Rec(2023)2; ВОЗ Рамочная программа ВОЗ по охране здоровья в тюрьмах.

Европейские пенитенциарные правила предписывают врачу обращать особое внимание на состояние лиц, содержащихся в изоляции, посещать их ежедневно и сообщать администрации, если продолжение таких условий серьезно угрожает психическому здоровью; рекомендация Совета Европы 2023 года дополнительно подчеркивает, что заключенный не должен помещаться в одиночное содержание только по причинам психического здоровья. Для российской УИС адаптация этой позиции могла бы означать обязательное клиническое участие психиатра в оценке лиц, длительно находящихся в условиях строгой изоляции, а также разработку правил, по которым выраженное психическое расстройство рассматривалось бы не как повод к простой изоляции, а как основание к переводу на иной режим наблюдения, кризисному вмешательству или госпитализации. Международный опыт особенно важен как коррекция традиционного соблазна отвечать на клиническую дезорганизацию лишь усилением режима Rec(2006)2; CM/Rec(2023)2.

Международные документы прямо связывают качество пенитенциарная психиатрия с регулярным обучением тюремного и пробационного персонала, а также с систематическим сбором обезличенных данных о распространенности психических расстройств, суицидах, попытках суицида, самоповреждениях и эффективности вмешательств. С одной стороны, без подготовки врачей-психиатров, медицинских работников, психологов, начальников отрядов и оперативного персонала невозможно формирование общего профессионального языка, позволяющего своевременно распознавать психоз, суицидальную кризисность, симуляцию, декомпенсацию расстройство личности или синдром отмены. Отечественные авторы, анализирующие как организацию пенитенциарной психиатрической помощи, так и развитие ресоциализационных и психологических направлений, фактически подводят к тому же выводу: служба нуждается не только в нормативном, но и в исследовательском укреплении Малкин Д.А. 2014; Яковлева М.А. 2023; CM/Rec(2023)2.

Российская пенитенциарная система отличается территориальным масштабом, колонийной организацией, неоднородностью кадрового и ресурсного обеспечения, значительной распространенностью лиц с зависимостью, личностной патологией и социально запущенным анамнезом. В этой логике международный опыт не противопоставляется российской традиции, а становится источником методологического усиления уже имеющихся правовых и клинических оснований. Задача состоит не в том, чтобы сделать российскую систему похожей на иностранную, а в том, чтобы на основе международно признанных принципов сформировать собственную, внутренне согласованную модель ПП, работающую в условиях отечественной УИС и совместимую как с МКБ-10, так и с перспективой более широкого использования категориально-дименсионального инструментария МКБ-11 Rec(2006)2; CM/Rec(2023)2; Закон РФ № 3185-1; УИК РФ ст. 101; Федеральный закон № 10-ФЗ 2023.

ЧАСТЬ II. ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ СРЕДА КАК ПАТОПЛАСТИЧЕСКИЙ И ПСИХОГЕННЫЙ ФАКТОР

Глава 5. Лишение свободы как особая психотравмирующая и патопластическая среда

Психологический и психиатрический смысл изоляции

Переходя от анализа международного опыта к рассмотрению самой пенитенциарной среды как патопластического и психогенного фактора, необходимо остановиться на психологическом и психиатрическом смысле изоляции. Изоляция составляет ядро лишения свободы как уголовно-правовой и социально-психологической реальности. Международные стандарты обращения с заключенными подчеркивают, что сама по себе тюремная среда порождает особые вызовы для психического здоровья, а жесткие формы изоляции требуют особой осторожности, поскольку способны усиливать психическое неблагополучие.[143]

Психологический смысл изоляции состоит в насильственном разрыве между личностью и ее привычным жизненным миром. Человек лишается не только физической свободы, но и целого комплекса поддерживающих структур: семейных контактов, профессиональной роли, привычного ритма жизни, возможности самостоятельно определять границы общения, степень уединения, способы удовлетворения потребностей и формы эмоциональной разрядки. Отечественные авторы, исследующие условия изоляции, подчеркивают, что социальная и сенсорная депривация действуют одновременно: ограничивается разнообразие раздражителей, снижается интенсивность значимой информации извне, а общение либо резко сужается, либо приобретает вынужденный и качественно деформированный характер.[144]

Для психически здорового человека помещение в исправительное учреждение означает резкую перестройку системы внутреннего и внешнего контроля, а для лица с преморбидной личностной уязвимостью, зависимостью, органическим фоном, расстройством личности или эндогенной предрасположенностью изоляция может выступать фактором декомпенсации. Лишение свободы следует рассматривать не как нейтральный фон, на котором «проявляются» уже имеющиеся расстройства, а как активную среду, способную усиливать тревогу, депрессию, дисфорию, подозрительность, аутоагрессивные тенденции, нарушения сна, поведенческий контроль и критические способности. В отечественной литературе используется категория пенитенциарного стресса, включающая психическую дезадаптацию, психопатизацию, тюремизацию и синдром тюремной социальной депривации.[145]

В центре оценки находится то обстоятельство, что изоляция затрагивает не только сферу общения, но и всю систему переживания времени, пространства и самого себя. В обычной жизни психика регулируется множеством микрорешений, незаметных для человека: когда встать, что съесть, куда пойти, с кем общаться, когда побыть одному, когда сменить обстановку,

---

[143] Бабурин С.В. Проблемы стресса и адаптации в пенитенциарной психологии // Вестник института: преступление, наказание, исправление. 2014. № 1 (25). С. 46–50

[144] Чернышева Е. В. К вопросу о социально-психологической адаптации осужденных // Прикладная юридическая психология. 2015. № 3. С. 46–56.

[145] Бабурин С.В. Психолого-педагогические условия адаптации и дезадаптации заключенных: Дис.... канд. психол. Наук. СПб., 1999

как дозировать внешние впечатления. Опыт показывает, что изоляция от общества затрагивает широкий спектр сфер жизни осужденного: от свободы передвижения и возможностей самореализации до характера межличностных контактов, сна, питания и общего психического состояния. Изоляция должна пониматься как многомерное воздействие, меняющее саму психическую форму существования личности.[146]

Психологически это переживается как утрата субъективной целостности и резкое сужение жизненного мира. Лишенный свободы человек сталкивается с обостренным чувством зависимости от внешней воли, с ощущением несамостоятельности, с унижением привычной взрослой позиции и с переживанием собственной заменимости внутри учреждения. Все эти варианты в равной степени укладываются в представление об изоляции как о мощном психогенном событии, на которое личность отвечает не абстрактно, а через свой преморбидный склад, уровень зрелости, прежний опыт насилия, степень зависимости от внешней поддержки и наличие психической патологии.[147]

В пенитенциарной среде речь идет не только о социальной депривации, но и о сенсорной, эмоциональной, ролевой и экзистенциальной. Социальная депривация выражается в резком сокращении качественно значимых контактов и в принудительном общении с ограниченным кругом лиц. Сенсорная депривация проявляется в обеднении внешних впечатлений, однообразии пространства, звуков, маршрутов, ритмов и предметной среды. Эмоциональная депривация связана с недостатком доверительных связей, поддержки, интимности и человеческого тепла. Совокупность этих форм депривации делает изоляцию столь клинически значимой.[148]

Психиатрический смысл изоляции особенно отчетливо раскрывается через ее влияние на лиц с уже имеющимся психическим неблагополучием. Для пациентов с психотическим уровнем расстройств тюремная среда может усиливать подозрительность, идеи отношения, чувство преследования, интерпретативную напряженность и поведенческую дезорганизацию. Для пациентов с расстройством личности изоляция нередко становится ареной декомпенсации: при диссоциальных вариантах усиливаются манипулятивность и агрессивность, при эмоционально-неустойчивых - импульсивность и аутоагрессия, при параноидных - конфликтность и недоверие, при шизоидных - уход в отчуждение и редукция контакта. Современная ПП рассматривает изоляцию не только как условие содержания, но и как клинически значимый фактор риска, требующий постоянного психиатрического учета.

С одной стороны, лишение свободы ограничивает внешний хаос, прерывает криминальную активность, временно отсоединяет человека от деструктивной среды, психоактивных веществ и непосредственных криминогенных стимулов. С другой стороны, эта же среда создает собственные, специфические стрессоры: скученность, подчинение, неопределенность, стигматизацию, угрозу насилия, дефицит уединения, конфликтность, нарушение сна, информационный голод и эмоциональное истощение. Ее значение определяется взаимодействием с личностью осужденного, типом учреждения, режимом содержания, качеством медицинской и психологической помощи, наличием поддерживающих связей с семьей и отношением персонала к человеку как к субъекту, а не лишь к объекту надзора. Этот диалектический характер изоляции особенно важен для ПП, поскольку клиницисту необходимо видеть в одной и той же среде и дисциплинирующий, и патопластический потенциал.[149]

---

[146] Луговой А.С., Разумова Е.М. Социально-психологическая адаптация заключенных к местам лишения свободы // Научные исследования: от теории к практике. 2014. № 1. С. 201–205

[147] Семке В. Я., Диденко А. В., Аксенов М. М. Тюремная субкультура и адаптация осужденных с расстройствами личности в местах лишения свободы // Судебная психиатрия. Пенитенциарная психиатрия и психология / под ред. Т. Б. Дмитриевой. М.: ФГУ «ГНЦССП Росздрава», 2009. Вып. 6. С. 189–204.

[148] Лапшина Т. Ю. Исследование одиночества в условиях групповой (тюремной) изоляции // Известия ТРТУ. 2006. № 14 (69). С. 245– 249.

[149]

Важнейшей особенностью изоляции является то, что она изменяет не только текущие психические состояния, но и личностную динамику. Изоляция порождает не только острый стресс, но и более глубокие феномены тюремизации и институциональной перестройки личности. Отечественные исследования подчеркивают, что пенитенциарная среда способна деформировать адаптационные механизмы, а длительный стресс - выступать основой патологической адаптации, психосоматических нарушений и поведенческой деструкции.[150]

Международные стандарты, в частности Правила Нельсона Манделы, рассматривают одиночное содержание как меру исключительного характера, применимую лишь как крайнее средство и на минимально возможный срок, причем при психических расстройствах или иных состояниях, которые могут ухудшиться вследствие такой меры, ее использование должно быть запрещено. Сам факт включения этих положений в универсальные правила обращения с заключенными отражает накопленное в мировой практике понимание: чем меньше у человека значимых социальных контактов, тем выше риск декомпенсации, дезорганизации, тревожно-депрессивных и аутоагрессивных состояний. Для ПП этот тезис принципиален, поскольку позволяет рассматривать изоляцию не только в правовом, но и в психогигиеническом измерении.[151]

Психологический и психиатрический смысл изоляции наиболее полно раскрывается тогда, когда она понимается как системное воздействие на всю личность, а не только как ограничение свободы. Изоляция меняет структуру потребностей, характер общения, ритм адаптации, образ собственного тела, переживание времени, самооценку, уровень тревоги, степень агрессивной готовности, характер сна, пищевого поведения и телесного самочувствия. Только при таком подходе возможно различить, где перед нами закономерная реакция на экстремальную ситуацию, где - декомпенсация личностной патологии, где - дебют клинического расстройства, а где - формирование хронической пенитенциарной деформации.[152]

В ПП изоляцию следует считать базовым психотравмирующим фактором, объединяющим правовое принуждение, социальную депривацию, средовую перестройку и клинический риск. Она ограничивает не только передвижение, но и субъектность, привычные связи, приватность и возможность самостоятельно регулировать повседневную жизнь.

Утрата свободы, депривация и ограничение субъектности

Лишение свободы — не единичный стрессор, а целостная система депривaций: утрата автономии, разрыв значимых связей, подчинение режиму, дефицит приватности и постоянная угроза насилия взаимно усиливают друг друга.

Утрата свободы в условиях исправительного учреждения имеет более широкий смысл, чем физическое ограничение передвижения. С правовой точки зрения осужденный действительно лишается возможности свободно выбирать место пребывания, образ жизни, режим дня, круг общения и формы участия в социальной жизни. Бурый В.Е. подчеркивал, что изоляция от общества затрагивает не только свободу перемещения, но и право выбора рода жизнедеятельности, образа жизни и способов удовлетворения важнейших потребностей личности. Возникает феномен депривации, который в пенитенциарной среде носит комплексный характер. В отечественных работах показано, что на этой почве формируются нарушения само-

[150] Обросов И.Ф. Расстройства личности у осужденных в местах лишения свободы (клинико-динамический и медико-социальные аспекты): Автореф. дис. … д-ра мед. Наук. М., 2004

[151] Алферов Ю.А. Международный пенитенциарный опыт и его реализация в современных условиях. – Домодедово: РИПК, 1993.

[152] Бурцев А.О., Сочивко Д.В. Психопатизации личности осужденных мужчин в период отбывания наказания в ИУ (структурно-функциональная психодинамика) // NovaInfo.Ru. 2015. Т. 2. № 30. С. 369–374.

чувствия, апатия, депрессивные и тревожные переживания, расстройства контакта с окружающими, искажение восприятия времени и общая деформация внутренней психологической структуры личности.[153,154]

Особую значимость для ПП имеет то, что депривация в местах лишения свободы не является эпизодическим явлением. По наблюдению Бурого В.Е. и соавторов, тюремная социальная депривация выступает одной из ведущих причин пенитенциарного стресса и связана с психической, эмоциональной и сенсорной депривациями. Бурый В.Е. в связи с этим рассматривал пенитенциарный стресс как фактор психогенных и психосоматических расстройств, а также как основу дезадаптивного поведения в исправительном учреждении.

Если депривация описывает дефицит значимых условий существования, то категория субъектности позволяет понять, что теряет человек как деятельная личность в условиях заключения. Бурый В.Е. анализируя феномен ограничения субъектности осужденного, показывает, что в пенитенциарном учреждении эта способность систематически редуцируется: активность определяется режимом, распорядком, инструкциями и требованиями персонала; жизнедеятельность проходит под жестким внешним контролем; возможности свободного самовыражения и самоопределения резко сокращаются. В таком положении личность постепенно перестает переживать себя как автономный центр активности и все чаще функционирует в логике внешне заданных предписаний.[155]

Страдает активность как таковая: осужденный не может самостоятельно организовывать значительную часть своей жизни, поскольку его повседневность предписана извне. Человек начинает воспринимать себя не столько как уникальную личность, сколько как носителя статуса, режима, срока и набора обязанностей. Наконец, нарастает зависимость от учреждения и его сотрудников в вопросах питания, быта, медицинской помощи, связи с внешним миром, решения юридических и семейных вопросов. Бурый В.Е. связывает это с утратой независимости, ограничением самореализации и ослаблением прежних социальных связей, что в дальнейшем может подготавливать пассивность и зависимость уже после освобождения.

Клинически ограничение субъектности принципиально важно поскольку оно превращает депривацию из внешнего неблагоприятного условия во внутренне переживаемое состояние беспомощности, унижения и отчуждения. Личность, лишенная привычных каналов самореализации и возможности влиять на собственную судьбу, начинает жить в пространстве хронически фрустрированных потребностей. В работах, посвященных изоляционному воздействию, описаны нарушения сна, трудности сосредоточения, возбуждение, страх, ухудшение самочувствия, снижение смысловой перспективы и утрата жизненных ориентиров, что особенно важно для понимания механизмов дальнейшей дезадаптации.

Для ПП особенно важно, что утрата свободы и ограничение субъектности обладают не только психогенным, но и патопластическим действием. Они способны определять клиническую форму уже существующих расстройств и влиять на их течение. У лиц с расстройствами адаптации по МКБ-10/11, тревожными и депрессивными состояниями дефицит контроля над жизненной ситуацией, переживание безвыходности и обеднение значимых связей могут поддерживать или усиливать симптоматику. Следовательно, речь идет не просто о «неудобстве» заключения, а о средовом факторе, клинически значимом для разных нозологических групп. [156]

---

[153] Диденко А. В. Проблемы медико - социальной реабилитации осужденных с расстройствами личности в условиях исправительных учреждений // Вестник Кузбасского института. 2013. № 3 (16). С. 7 – 14.

[154] Петров В.И. и соавт. Комплексная оценка предикторов развития расстройств адаптации у осужденных // Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2006. Т. 5, № 4. С. 109–116.

[155] Бурый В. Е. Ресоциализация и социальная адаптация осужденных к лишению свободы: монография. Могилев: Могилевский институт МВД, 2016. 172 с.

[156] Кашинский М.Ю. Психические расстройства различной нозологической формы и преступное поведение лиц с психическими расстройствами // Вестник Академии МВД Республики Беларусь. 2021. № 1(41). С. 101–107.

С одной стороны, уголовно-исполнительная система ставит задачу ресоциализации, формирования ответственности и возвращения человека к правомерной жизни. Кашинский М.Ю. в клиническом анализе пенитенциарного стресса прямо ставит вопрос о том, способствуют ли тяжелые моральные страдания и депривационные условия ресоциализации либо, напротив, подрывают ее. Этот вопрос имеет не только гуманитарное, но и строго клиническое значение: чем сильнее личность привыкает жить только в логике внешнего контроля, тем труднее ей восстановить субъектную позицию после освобождения.

Осужденный продолжает действовать, приспосабливаться, искать способы влияния на окружение и вырабатывать формы выживания. Она все чаще становится ситуативной, реактивной, подчиненной режиму, неустойчивой и ориентированной на минимизацию угроз, а не на свободное развитие личности. В результате возможно формирование особой деформации активности: человек либо уходит в пассивное подчинение и зависимость, либо реализует себя преимущественно через неформальные и часто деструктивные механизмы - конфликт, оппозицию, манипуляцию, криминальную субкультуру, протестные формы поведения. В обоих случаях страдает зрелая субъектная организация, способная к внутренне опосредованному и социально продуктивному поведению.[157]

Режим, иерархия, насилие, угроза и постоянный контроль

Одной из ключевых особенностей лишения свободы как особой среды является то, что психотравмирующее воздействие осуществляется не только через сам факт изоляции, но и через ежедневно воспроизводимую систему режимных, статусных и поведенческих ограничений. Если утрата свободы и депривация создают общий фон несвободы, то режим, иерархия, насилие, угроза и постоянный контроль образуют уже конкретную психологическую среду пенитенциарного существования. Для ПП данные феномены имеют не вспомогательное, а центральное значение: они определяют как повседневный эмоциональный тонус личности, так и клиническое своеобразие многих психических расстройств, возникающих или обостряющихся в местах лишения свободы.[158]

Режим в исправительном учреждении с юридической точки зрения представляет собой установленный законом и подзаконными актами порядок исполнения и отбывания наказания, обеспечивающий охрану, надзор, безопасность, дисциплину и выполнение обязанностей осужденных. Время подъема и отбоя, прием пищи, труд, передвижение, контакты, обращения, проверки, построения, досмотры и санкции создают среду, где произвольная саморегуляция в существенной мере вытесняется регламентацией. В результате режим перестает быть только инструментом управления и начинает выступать как фактор длительной психической нагрузки, особенно для лиц с уже сниженной стрессоустойчивостью, повышенной тревожностью, ригидностью или аффективной неустойчивостью.

Психологическое значение режима состоит, в том, что он систематически ограничивает спонтанность поведения и вынуждает личность существовать в условиях хронической внешней оценки. Осужденный постоянно должен учитывать требования администрации, правила режима, санкционные последствия нарушений и наблюдаемость почти любого значимого действия. В клиническом смысле режим может быть понят как фактор, поддерживающий состояние затяжного напряжения и дефицита внутренней свободы.

---

[157] Бурцев А.О., Сочивко Д.В. Психопатизации личности осужденных мужчин в период отбывания наказания в ИУ (структурно-функциональная психодинамика) // NovaInfo.Ru. 2015. Т. 2. № 30. С. 369–374.

[158] Диденко А. В. Расстройства личности у осужденных, отбывающих наказания в местах лишения свободы: учеб. пособие / под общ. Ред. В. Я. Семке. Томск, 2010.

Не менее важным элементом пенитенциарной среды является иерархия, причем речь идет как об официальной вертикали власти, представленной администрацией, персоналом и системой дисциплинарного воздействия, так и о неформальной иерархии осужденных, связанной с тюремной субкультурой, статусами, стратификацией и неофициальными нормами. Сочетание этих двух вертикалей делает пенитенциарную среду особенно психологически сложной. Как показывают исследования тюремной субкультуры, неформальная иерархия задает особые правила общения, подчинения, дистанции, допустимого и недопустимого поведения, а нарушение этих правил может влечь унижение, вытеснение, насилие и стойкую виктимизацию.[159]

Психиатрически значимо то, что иерархия в колонии переживается не только как социальный порядок, но и как постоянная система оценки собственной безопасности и статуса. Особенно тяжело такие условия переносятся лицами, имеющими низкий субкультуральный статус, выраженную сенситивность, тревожно-депрессивную симптоматику, психастенические черты, расстройства личности или интеллектуальную недостаточность. В этом отношении пенитенциарная иерархия становится самостоятельным патогенным фактором, который может формировать вторичную психотравматизацию и поддерживать хроническое чувство беззащитности.[160]

Феномен насилия в местах лишения свободы также не может быть сведен только к зарегистрированным физическим посягательствам. В пенитенциарной среде насилие имеет многоуровневый характер и включает прямое физическое воздействие, угрозы, психологическое подавление, принуждение, сексуализированное насилие, статусное унижение, групповое давление и иные формы виктимизирующего отношения. Для психики существен не только сам факт насилия, но и постоянная вероятность его наступления. Такой режим переживания создает основу для гипервигильности, раздражительности, нарушений сна, дисфорических реакций, вспышек аффекта, протестного или, напротив, избегающего поведения.

Постоянная угроза насилия особенно значима для понимания психического состояния осужденного поскольку она изменяет базовое восприятие социальной среды. На этом фоне быстро нарастают недоверчивость, подозрительность, тенденция к сверхконтролю поведения, готовность к упреждающей агрессии или, напротив, к социальной изоляции и поведенческому замиранию. Для лиц с расстройствами личности это может означать декомпенсацию по параноидному, диссоциальному, эмоционально-неустойчивому или шизоидному типу. Следовательно, насилие и угроза в колонии не просто осложняют поведение, а способны модифицировать клиническую картину расстройства.[161]

В условиях исправительного учреждения он проявляется через наблюдение со стороны сотрудников, систему проверок и досмотров, ограниченность личного пространства, невозможность уединения, мониторинг контактов, оценку дисциплинарного поведения и высокую предсказуемость санкций за отклонение от заданных правил. С точки зрения психологии личности постоянный контроль разрушает или резко сужает сферу интимного, личного и автономного. Осужденный привыкает к тому, что почти любое действие может быть замечено, оценено, прокомментировано и интерпретировано как значимое с точки зрения режима. Для части лиц такая ситуация становится источником хронической психической истощаемости, поскольку требует непрерывного самоконтроля и адаптационного напряжения.

---

[159] Гомонов, Н. Д. Детерминанты формирования криминогенных факторов личности / Н. Д. Гомонов, В. М. Труш // Арктика. Общество и экономика; Мурм. Регион. Обществ. фонд развития науки, образования и культуры «Образование», НОУ ВПО «Мурманская академия экономики и управления». – Мурманск: МАЭУ, 2015. – № 14.

[160] Аксенова Г. И., Аксенова П. Ю. Проблема адаптации личности в отечественной психологии // Прикладная юридическая психология. 2012. № 4. С. 28–36.

[161] Тактические и организационные аспекты обеспечения режима и надзора в отношении лиц с психическими расстройствами, содержащимися в ИУ: учебное пособие / И. Л. Бедняков, С. А. Копыткин, С. В. Марченко, С. П. Мишустин, А. Г. Севостьянова. Самара: Самарский юридический институт ФСИН России, 2017. 115 с.

С одной стороны, он объективно необходим для обеспечения безопасности, профилактики побегов, насилия, суицидов и иных чрезвычайных ситуаций. Чем менее контроль сочетается с уважением к человеческому достоинству, клинической дифференцировкой и психиатрическим пониманием состояния осужденного, тем выше риск того, что он будет переживаться не как защитный, а как преследующий, унижающий и провоцирующий. Современные подходы к психическому здоровью в местах лишения свободы подчеркивают необходимость клинической независимости психиатрической службы, раннего выявления уязвимых лиц, профилактики суицида и соблюдения базовых прав, включая достаточное пространство, доступ к свежему воздуху и снижение средовых стрессоров.

В совокупности режим, иерархия, насилие, угроза и постоянный контроль образуют ту микросоциальную матрицу, в которой формируется феномен хронического пенитенциарного напряжения. Эта матрица действует ежедневно, многократно и на разных уровнях: телесном, эмоциональном, поведенческом, межличностном и смысловом. Пенитенциарная среда действует не эпизодически, а как длительно существующий патопластический комплекс, видоизменяющий структуру психопатологии.

Хронический стресс и его психопатологические последствия

Хронический стресс в условиях лишения свободы следует понимать не как кратковременную реакцию на отдельный травмирующий эпизод, а как длительное состояние вынужденной психофизиологической мобилизации, возникающее вследствие непрерывного воздействия изоляции, режимной регламентации, социальной депривации, угрозы насилия, дефицита приватности и ограниченности жизненной перспективы. Бабурин С.В. подчеркивал, что пенитенциарный стресс является не частным психологическим переживанием, а системным фактором дезадаптации, затрагивающим психическую, поведенческую и соматическую сферы личности. Аналогичную позицию развивают Луговой А.С. и Разумова Е.М. связывая тюремную депривацию с хроническим психоэмоциональным напряжением и широким спектром патологических сдвигов у заключенных.[162,163]

Клинически принципиально важно различать острый стресс поступления в изоляцию и хронический стресс длительного пребывания в ней. Если на начальных этапах доминируют шок, тревога, растерянность, страх и аффективная дезорганизация, то затем формируется иное состояние - более вязкое, менее яркое внешне, но зачастую более разрушительное по своим последствиям. Психологические исследования условий изоляции показывают, что переживание такого стресса в той или иной форме становится практически неизбежным для человека, оказавшегося в среде принудительного лишения свободы, а характер его дальнейшей динамики зависит от личностных особенностей, преморбидной уязвимости, срока заключения, условий содержания и качества доступной помощи.

Хронический характер пенитенциарного стресса делает его особенно значимым для психиатрии. В работах российских исследователей указывается, что в условиях социальной тюремной изоляции у осужденных наблюдаются явления глубокой психопатизации личности, а также глобальные изменения основных физиологических регулирующих систем, что позволило ряду авторов говорить о своеобразном синдроме тюремной социальной депривации. Это означает, что хронический стресс в колонии нельзя рассматривать лишь как фон: он становится актив-

[162] Бабурин С.В. Проблемы стресса и адаптации в пенитенциарной психологии // Вестник института: преступление, наказание, исправление. 2014. № 1 (25). С. 46–50

[163] Луговой А.С., Разумова Е.М. Социально-психологическая адаптация заключенных к местам лишения свободы // Научные исследования: от теории к практике. 2014. № 1. С. 201–205

ным патогенетическим и патопластическим механизмом, изменяющим эмоциональную сферу, поведение, когнитивные процессы и соматовегетативную регуляцию.

На уровне психопатологии хронический пенитенциарный стресс чаще всего проявляется тревожными, астеническими, депрессивными, дисфорическими и смешанными состояниями. В пенитенциарной практике это особенно важно, поскольку клиницист часто сталкивается не с «чистым» синдромом, а с наложением ситуационно обусловленного стресса на уже существующие расстройства личности, зависимость, органическую недостаточность или психотическую уязвимость. Международные обзоры подтверждают, что в тюремной популяции особенно часто встречаются депрессивные, тревожные, психотические и аддиктивные расстройства, причем сама среда заключения способна усиливать или поддерживать их выраженность Gómez-Figueroa H. et al. 2022; Cunha O. et al. 2023.

Одним из наиболее типичных последствий хронического стресса является формирование устойчивой тревожной готовности. Осужденный начинает жить в режиме непрерывного внутреннего сканирования опасности: прислушивается к интонациям, отслеживает изменения в отношениях, оценивает риск нападения, наказания, унижения, перевода, ухудшения статуса. Такая гипервигильность нередко сопровождается нарушениями сна, раздражительностью, вспыльчивостью, снижением концентрации внимания, соматовегетативными жалобами и истощаемостью. Отечественные исследования также фиксируют высокий уровень тревожности и неустойчивой психологической адаптации у различных групп осужденных.[164]

Не менее закономерным последствием хронического пенитенциарного стресса является депрессивизация психического состояния. Она может выражаться как в форме клинически очерченных депрессивных эпизодов, так и в виде длительно существующего сниженного фона настроения, ангедонии, чувства внутреннего опустошения, безнадежности, утраты жизненной перспективы и снижения энергетического потенциала. Международные данные также указывают на высокую распространенность депрессии среди заключенных и на связь психопатологии с насилием, виктимизацией, аутоагрессией и снижением способности участвовать в повседневной жизни учреждения Gómez-Figueroa H. et al. 2022; Cunha O. et al. 2023.

Хронический стресс повышает аутоагрессивный и суицидальный риск не только при тяжелой депрессии. Опасность формируется при сочетании тревоги, безысходности, унижения, изоляции, бессонницы, виктимизации и утраты контроля. Поэтому международные стандарты требуют раннего выявления, оценки при поступлении, усиленного наблюдения и своевременного подключения специалистов.

У одних осужденных он формирует заторможенность, пассивность, снижение инициативы и выученную беспомощность; у других - усиливает раздражительность, конфликтность, дисфоричность, подозрительность и готовность к агрессивной разрядке. Эти полярные формы реагирования в действительности могут быть различными клиническими масками одного и того же дезадаптационного процесса. В условиях длительной изоляции часть лиц начинает воспринимать любое изменение как угрозу, а любое требование - как враждебное давление, что повышает риск нарушений режима, межличностных столкновений и повторных актов насилия. В исследованиях по психологии изоляции и пенитенциарному стрессу эти явления связываются с деструктивными формами поведения и нарушением адаптационных механизмов.[165]

Хронический стресс в колонии редко действует на «психически здоровую» почву. У лиц с расстройствами личности он ведет к декомпенсации по параноидному, диссоциальному, эмоционально-неустойчивому, тревожно-избегающему или зависимому типу. При наличии зави-

---

[164] Петров В.И. и соавт. Комплексная оценка предикторов развития расстройств адаптации у осужденных // Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2006. Т. 5, № 4. С. 109–116.

[165] Семке В.Я., Диденко А.В., Аксенов М.М. Адаптация осужденных с расстройствами личности в пенитенциарной среде: клинико-динамические и социально-психологические параллели // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 72-78.

симости хронический стресс нередко становится фоном для усиления патологического влечения, конфликтности и вторичной депрессивной симптоматики. Одна из основных задач ПП состоит не просто в фиксации стресса как общего фона, а в клиническом распознавании того, каким образом он модифицирует конкретное расстройство у конкретного осужденного.

Длительное существование в условиях ограничения выбора, дефицита доверия, постоянного напряжения и бедности позитивных подкреплений ведет к деформации системы смыслов, мотивации и межличностных установок. Человек привыкает жить в сокращенном горизонте времени, ориентироваться не на развитие, а на выживание, не на сотрудничество, а на избежание ущерба, не на внутреннюю автономию, а на ситуативное приспособление к давлению среды. Постепенно это может формировать эмоциональное огрубление, отчужденность, цинизм, ригидность, снижение эмпатии и ослабление конструктивной социальной мотивации.

Колония как фактор деформации личности и поведения

Рассматривая исправительное учреждение как особую психотравмирующую и патопластическую среду, необходимо сделать следующий шаг и признать, что колония воздействует не только на текущее эмоциональное состояние осужденного, но и на более глубокие уровни его личностной организации и поведенческой регуляции. Речь идет не просто о стрессе, тревоге или депрессии как реакциях на лишение свободы, а о постепенном формировании специфических изменений личности, установок, способов общения, самовосприятия и моделей реагирования. Уже классические работы указывали, что длительное пребывание в системе принудительной регламентации, унификации ролей и постоянного контроля неизбежно изменяет внутренний мир человека, его способы адаптации и социальное поведение.

С клинико-психологической точки зрения колония является средой вторичной социализации, но социализации особого рода. На первый план выходят закрытость, настороженность, дозирование информации о себе, повышенная чувствительность к унижению, демонстрация внутренней твердости, готовность к защите и умение ориентироваться в неформальной стратификации. Российские авторы подчеркивают, что неформальные отношения и тюремная субкультура во многом становятся проводником таких личностных изменений.[166]

Деформация личности в колонии не должна пониматься упрощенно, как исключительно моральное падение или автоматическое «огрубление» каждого заключенного. Часть этих изменений носит первоначально защитный характер: подозрительность помогает избежать риска, эмоциональная сдержанность уменьшает уязвимость, демонстрация силы снижает вероятность виктимизации, а отказ от откровенности защищает внутренние границы. В этом состоит главный парадокс пенитенциарной среды: то, что помогает выживать в колонии, нередко мешает жить за ее пределами.

Одним из центральных механизмов личностной деформации выступает пенитенциаризация, то есть постепенное усвоение «обычаев, нравов и общей культуры пенитенциария». Исследования адаптации к лишению свободы показывают, что на формирование этих изменений влияют как депривационные факторы самой изоляции, так и то, что человек приносит с собой в колонию из прежней жизни: личностные особенности, опыт маргинализации, криминальные установки, уровень образования, качество семейных связей. Колония не создает личность заново, а вступает в сложное взаимодействие с уже имеющейся структурой личности, усиливая одни качества, ослабляя другие и формируя новые деформации.

---

[166] Семке В. Я., Диденко А. В., Аксенов М. М. Тюремная субкультура и адаптация осужденных с расстройствами личности в местах лишения свободы // Судебная психиатрия. Пенитенциарная психиатрия и психология / под ред. Т. Б. Дмитриевой. М.: ФГУ «ГНЦССП Росздрава», 2009. Вып. 6. С. 189–204.

Общение становится более инструментальным, менее эмпатическим, более настороженным и кодированным. Особенно заметно это в среде длительных сроков, где закрепляются деформации общения, сужение эмоционального репертуара и тенденция к выученной беспомощности либо, напротив, к ригидной компенсаторной доминантности. Российские исследования прямо указывают, что длительное наказание ведет к утрате интереса к жизни, ослаблению социальной перспективы, деформации общения и формированию поведенческих стратегий, обусловленных хроническим дефицитом контроля над собственной судьбой.[167]

Жизнь в колонии организована режимом, но этот режим при всей внешней упорядоченности часто субъективно переживается как время, лишенное подлинного движения, индивидуального смысла и возможности самостоятельного проектирования будущего. У осужденного сужается горизонт планирования, снижается вера в возможность качественных изменений, усиливается фиксация либо на прошлом, либо на ближайшем выживании, а будущее начинает восприниматься как неопределенное, малодоступное или вовсе психологически вытесняется. Для ПП это особенно важно, поскольку подобная деформация времени тесно связана с депрессивностью, апатией, снижением мотивации и риском дезадаптивного поведения.[168]

Отдельного анализа требует влияние тюремной субкультуры как фактора личностной деформации. Для части осужденных, особенно пришедших из маргинальной среды, такая система оказывается не чуждой, а привычной и понятной; в колонии она лишь получает более жесткое и концентрированное выражение. Но в обоих случаях существует риск, что тюремные правила общения и самопрезентации будут интериоризированы и сохранятся после освобождения. В работах российских авторов подчеркивается, что воздействие тюремной субкультуры ведет к общей деформации личности, а профилактика ее влияния требует создания альтернативных каналов общения, идентификации и ценностной ориентации.[169,170]

С психиатрических позиций особенно важно, что деформация личности в колонии может внешне напоминать психопатологию, хотя по происхождению она нередко является ситуационно сформированной или патопластически модифицированной. Подозрительность может усиливаться без формирования бреда; эмоциональная холодность - без истинного дефекта; пассивность и безынициативность - без эндогенного апатоабулического синдрома; агрессивная готовность - без манифестного расстройства личности как такового. Эта граница имеет не только клиническое, но и экспертное значение, поскольку ошибочная психиатризация тюремной адаптации так же опасна, как и игнорирование подлинного психического расстройства Дхами М.К. И соавт. 2007; Gómez-Figueroa H. et al. 2022; Спасенников Б.А. 2015.

Однако нельзя игнорировать и обратную сторону проблемы: колония не просто формирует новые поведенческие стереотипы, она способна утяжелять уже существующие личностные девиации. У лиц с диссоциальными, эмоционально-неустойчивыми, параноидными и ананкастными чертами условия лишения свободы нередко приводят к усилению жесткости, подозрительности, аффективной нестабильности, манипулятивности или мстительности. У зависимых осужденных возрастает значимость суррогатных форм контроля напряжения, а у склонных к депрессии - чувство безнадежности и утраты перспективы.

---

[167] Семке В.Я., Диденко А.В., Аксенов М.М. Адаптация осужденных с расстройствами личности в пенитенциарной среде: клинико-динамические и социально-психологические параллели // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 72-78.

[168] Семке В.Я., Диденко А.В., Аксенов М.М. Расстройства личности у осужденных: Моногр. Томск, 2012

[169] Селиверстов В. И. Исправление или ресоциализация осужденных: спор о терминах или изменение сущности [Текст] / В. И. Селиверстов // VI Пермский конгресс ученых - юристов (Пермь, 16 – 17 окт.2015 г.): избр. Материалы / отв. Ред. В. Г. Голубцов, О. А. Кузнецова. – М., 2016. – 448 с.

[170] Датий А.В. Научно-методическое сопровождение эксперимента по совершенствованию медико-санитарного обеспечения осужденных // Ведомости уголовно-исполнительной системы. 2012. № 9. С. 16-21.

Для отечественной УИС особое значение имеет то обстоятельство, что деформация личности в колонии затрагивает не только осужденного как индивида, но и всю систему его последующей социальной адаптации. Колония может парадоксально воспроизводить условия, затрудняющие исправление, если внутри учреждения не создаются компенсаторные механизмы - труд, обучение, психокоррекционная работа, альтернативные формы общения, поддержание семейных связей, профилактика субкультуральной интоксикации. Современная ПП должна рассматривать деформацию личности не как абстрактное моральное явление, а как конкретный клинико-психологический и организационный риск, требующий раннего выявления и системной профилактики.

Патопластическое влияние условий заключения на течение психических расстройств

Если в предыдущих разделах колония рассматривалась как источник хронического стресса, депривации и деформации личности, то в настоящем подразделе необходимо подчеркнуть еще один принципиально важный аспект: пенитенциарная среда не только способствует возникновению психогенных реакций, но и существенно модифицирует уже имеющиеся психические расстройства. В условиях лишения свободы одно и то же расстройство может протекать иначе, чем на свободе: тревога приобретает черты постоянной настороженности, депрессия - оттенок безысходности и утраты жизненной перспективы, психоз - более тесную связь с темами преследования, угрозы, контроля и межличносткой враждебности, а расстройства личности - большую поведенческую конфликтность и дезадаптацию. В этом состоит одна из центральных клинических особенностей ПП, которая должна учитывать не только нозологию, но и средовой модификатор, постоянно вмешивающийся в течение болезни.

К ним относятся искусственная социальная депривация, ограничение автономии, постоянное пребывание в ситуации потенциальной угрозы, сенсорная и эмоциональная бедность среды, вынужденная подчиненность режиму, дефицит приватности, нарушение доверительных коммуникаций и высокая стигматизация психических расстройств. Как подчеркивают Датий А.В. Федосеев А.А. Дикопольцев Д.Е. хронический пенитенциарный стресс сопровождается существенными патологическими сдвигами в психической сфере и способствует формированию расстройств адаптации, тревожно-депрессивной симптоматики и астенизации. В более широком международном контексте также показано, что сама среда лишения свободы действует как длительный острый и хронический стрессор, особенно для лиц, уже имеющих психические расстройства, и повышает риск ухудшения симптоматики, виктимизации, суицидальности и нарушений поведения.[171]

Наиболее очевидно патопластическое влияние условий заключения проявляется при расстройствах тревожно-депрессивного спектра и расстройствах адаптации. Сама ситуация ареста, этапирования, утраты привычных социальных связей и принудительного включения в иерархическую закрытую среду создает фон для усиления тревоги, подавленности, бессонницы, раздражительности, соматовегетативной дисрегуляции и ощущения субъективной безвыходности. В результате депрессивные и тревожные симптомы становятся не только эмоциональным, но и поведенческим фактором риска, поскольку в условиях закрытого учреждения они теснее связаны с аутоагрессией, импульсивными реакциями, отказом от сотрудничества и нарушениями режима Пономарёв С.Б. И соавт. 2017; Zhong S. И соавт. 2021; Gómez-Figueroa H. И соавт. 2022.

[171] Датий А.В., Федосеев А.А., Дикопольцев Д.Е. Характеристика осужденных, отбывающих наказание в воспитательных колониях ФСИН России // Вестник Кузбасского института. 2011. № 5 (8). С. 42–46.

При психотических расстройствах патопластическое влияние пенитенциарной среды выступает особенно сложным и клинически значимым. Это не означает, что среда создает психоз из ничего, но она может усиливать уже имеющиеся продуктивные расстройства, способствовать их более острому поведенческому выражению и затруднять клиническое различение между реальной ситуационной настороженностью и болезненной интерпретацией действительности. Одновременно стигма психического расстройства и страх перед реакцией других осужденных нередко приводят к сокрытию симптомов, отказу от жалоб и позднему обращению за помощью, что дополнительно утяжеляет течение заболевания.

Особой моделью патопластического утяжеления является содержание в условиях сегрегации и выраженной социальной изоляции. Международные систематические обзоры показывают, что при длительном или повторяющемся пребывании в одиночном или резко ограниченном контактом режиме возрастают тревога, враждебность, выраженность психотической симптоматики, а также риск самоповреждений и суицидального поведения. Для ПП это особенно важно, поскольку позволяет рассматривать жесткую изоляцию не только как дисциплинарный или режимный инструмент, но и как фактор, способный ухудшать течение психических расстройств, особенно у клинически уязвимых лиц.

У лиц с расстройствами личности патопластическое влияние колонии проявляется в учащении и утяжелении декомпенсаций. Пенитенциарная среда усиливает те черты, которые уже были присущи личности до осуждения: подозрительность, ригидность, аффективную взрывчатость, импульсивность, мстительность, склонность к конфликтному или манипулятивному поведению. Однако сама среда способна придавать этим чертам новую остроту: постоянная необходимость защищать статус, избегать унижения, считывать угрозу и демонстрировать внутреннюю твердость формирует поведенческий стиль, который начинает напоминать личностную патологию даже там, где ранее она не была клинически выраженной.

При расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ, тюремная среда также обладает выраженным патопластическим действием. В условиях лишения свободы эти симптомы усиливаются дополнительной депривацией, недоступностью привычных способов разрядки, включенностью в криминальную субкультуру и высокой распространенностью сочетанной личностной патологии. В результате течение зависимостей в колонии часто приобретает более конфликтный, аффективно нестабильный и суицидоопасный характер, а клиническая картина нередко наслаивается на расстройства адаптации, депрессивные состояния и декомпенсации личности.

При органических психических расстройствах, пограничной интеллектуальной недостаточности и иных состояниях с когнитивным дефицитом патопластическое влияние заключения проявляется через ускорение дезадаптации. В результате даже умеренно выраженные когнитивные и личностно-органические нарушения в колонии могут оформляться клинически более грубо, чем в условиях свободы: усиливаются раздражительность, аффективный дисконтроль, астения, подозрительность, склонность к импульсивным реакциям и вторичным поведенческим нарушениям. Это обстоятельство особенно важно для дифференциальной диагностики, поскольку у подобных лиц поведенческая несостоятельность нередко ошибочно интерпретируется исключительно как злостное нарушение режима, хотя в действительности она во многом определяется болезненной недостаточностью регуляторных функций.

Пенитенциарная дезадаптация формируется во взаимодействии исходной уязвимости и условий содержания. Поэтому ее нельзя объяснить ни только диагнозом, ни только режимом: клиническая оценка должна учитывать оба уровня.

Для практики это означает, что оценка психического состояния осужденного не может быть одномоментной и изолированной от контекста. Врач обязан рассматривать текущее состояние как результат взаимодействия трех групп факторов: исходной нозологии, личностного фона и среды лишения свободы. Только такая трехмерная модель позволяет понять, где закан-

чивается ситуационное утяжеление, где начинается декомпенсация заболевания, а где среда лишь маскирует, искажает или задерживает распознавание подлинной психопатологии.

Условия заключения выступают не просто внешним фоном, а активным патопластическим фактором, способным изменять феноменологию, интенсивность, динамику и социально-поведенческое выражение психических расстройств. Они могут усиливать тревогу и депрессию, окрашивать и утяжелять психотические переживания, провоцировать декомпенсации расстройств личности, осложнять течение зависимостей и органических состояний, а также затруднять диагностику и снижать приверженность лечению. Для ПП признание этого факта принципиально, поскольку без учета патопластического влияния лишения свободы невозможно ни точное клиническое понимание осужденного, ни эффективная терапия, ни надежная профилактика суицида, агрессии и повторного опасного поведения.

Глава 6. Психическая адаптация и дезадаптация в условиях лишения свободы

Этапы адаптации осужденного к исправительному учреждению

Пенитенциарный стресс не сводится к обычной эмоциональной реакции на ограничение свободы, а представляет собой развернутый процесс перестройки поведения, самовосприятия и способов психологической защиты.

В отечественной литературе одним из наиболее понятных и клинически применимых является выделение трех основных этапов адаптации к отбыванию наказания в местах лишения свободы. Первый этап описывается как стадия общей ориентированности, когда осужденный впервые сталкивается с конкретной реальностью учреждения, сверяет ожидания с действительностью, пытается понять структуру формальных и неформальных отношений, оценивает степень опасности окружающих, позицию администрации и собственные перспективы выживания в новой среде. С точки зрения ПП это период максимальной уязвимости, когда эмоциональные реакции особенно лабильны, защитные механизмы еще нестабильны, а клиническая симптоматика нередко представлена тревогой, бессонницей, чувством внутренней катастрофы, подавленностью, раздражительностью и соматовегетативными сдвигами.

Первоначальная стадия адаптации особенно значима еще и поскольку на ней происходит первый реальный контакт личности с институтом принудительной изоляции. В карантинном отделении, как показывает пенитенциарная практика, осуществляется первичная психодиагностика, оценка личностных особенностей, уровня риска, зависимости, конфликтности и потребности в помощи психолога или психиатра. Ранняя адаптация требует не только диагностической, но и поддерживающей работы, направленной на снижение дистресса, установление минимального терапевтического контакта и предупреждение суицидального, агрессивного либо резко дезорганизованного поведения.

Второй этап, который в ряде работ определяется как стадия нивелировки, развивается по мере того, как острота первого шока снижается и осужденный начинает жить по внутренней логике учреждения. По данным Макушкиной О.А. этот период нередко наступает приблизительно через пять-шесть месяцев пребывания в местах лишения свободы. Осужденный становится более осторожным, менее спонтанным, более зависимым от структуры учреждения, более подозрительным и эмоционально сдержанным.

С другой стороны, эти же черты могут означать углубление депрессии, начало негативных изменений при расстройствах шизофренического спектра, декомпенсацию расстройства личности, развитие астенодепрессивного или тревожно-дисфорического состояния, а у части осужденных - нарастающую институциональную зависимость. Макушкина О.А. указывает, что заключение в колонию нередко сопровождается отказом от автономии, гипервигильностью, межличностным недоверием, эмоциональным сверхконтролем, социальным отстранением и снижением чувства собственной ценности. В свою очередь, Полубинская С.В. Описывает «тюремный синдром» как сочетание подавленности, тоски по дому, чувства вины перед близкими, неверия в собственные силы, апатии, снижения жизненного тонуса и нарушений сна, причем выраженность этих проявлений зависит как от личностных, так и от объективных факторов среды.

Третий этап обычно связывается либо с относительным завершением адаптации, либо, напротив, с закреплением патологически измененного способа существования в колонии. Макушкина О.А пишет, что на этом этапе осужденный начинает ставить перед собой цели,

которые он пытается реализовать уже в новых условиях, а сама жизнь в учреждении приобретает более структурированный и предсказуемый характер. Первая связана с более или менее конструктивной перестройкой системы отношений: осужденный сохраняет остатки личностной автономии, поддерживает социально значимые связи, способен участвовать в труде, обучении, психокоррекционных и реабилитационных программах, не утрачивает перспективы освобождения. Завершение адаптации не всегда означает благополучие; иногда оно означает лишь завершение внутреннего приспособления к деформирующей среде.

Для ПП принципиально важно, что этапность адаптации тесно связана с клиническим состоянием осужденного. При расстройствах личности первичная ориентировка быстро сменяется конфликтным поиском статуса, сверхчувствительностью к унижению, демонстративностью или манипулятивностью. При зависимостях адаптацию осложняют абстинентные, постабстинентные и личностно-поведенческие нарушения. При шизофрении, бредовых и органических расстройствах сам процесс встраивания в тюремную среду может оказаться крайне неполным или искаженным, а подозрительность, дезорганизация, аутизация либо когнитивная несостоятельность резко повышают риск дезадаптации.

Необходимо также учитывать, что адаптация определяется взаимодействием, так называемых важных и депривационных факторов, то есть, с одной стороны, того, что человек «приносит» в тюрьму из своей предшествующей жизни, а с другой - того, что на него воздействует уже внутри тюремной среды. Этапы адаптации нельзя рассматривать изолированно от преморбидной личности, семейной истории, криминального опыта, числа предыдущих судимостей, опыта прежних заключений, уровня интеллекта, физического здоровья и способности к саморегуляции. Следовательно, одна и та же стадия по календарному времени может у разных лиц иметь совершенно различное клиническое содержание.

В прикладном отношении понимание этапов адаптации необходимо не ради абстрактной психологической типологии, а ради своевременного врачебного и организационного вмешательства. На первом этапе приоритетны скрининг острых стрессовых реакций, оценка суицидального риска, выявление лиц с тяжелой тревогой, депрессией, психозами, зависимостями и выраженной личностной нестабильностью. ПП должна мыслить процесс адаптации одновременно как клинический, личностный и средовой феномен.

Адаптация осужденного к исправительному учреждению проходит через последовательность стадий - от первоначальной ориентировки и острого психического напряжения через относительную нивелировку реакций к более устойчивой форме существования в среде лишения свободы. Он может завершиться частичным восстановлением внутренней организованности и приемлемой включенностью в режимно-социальную систему учреждения, а может привести к углублению личностной деформации, институциональной зависимости и нарастанию психопатологических нарушений. Для психиатра это означает необходимость видеть в адаптации не только приспособление, но и потенциальный путь к дезадаптации, если среда, личность и болезнь начинают взаимно усиливать друг друга.[172]

Первичная реакция на арест, следствие, этапирование и прибытие в колонию

Первичная реакция на арест, следственные действия, содержание в следственном изоляторе, этапирование и прибытие в исправительное учреждение образует особый, клинически чрезвычайно значимый отрезок пенитенциарной адаптации. Современные исследования пока-

[172] Полубинская С.В., Макушкина О.А. Организационные и правовые проблемы исполнения принудительного наблюдения и лечения у врача-психиатра в амбулаторных условиях» // Соц. и клин. психиатрия. 2014. Т. 24, № 3. С. 90.

зывают, что само поступление в изоляцию является высокочувствительным этапом, особенно для впервые лишенных свободы лиц: в первые недели заключения усиливаются тревога, чувство безнадежности, одиночества и утраты, а у части лиц уже в первый год лишения свободы отмечается существенное ухудшение психического состояния.

Арест как событие нередко переживается не только как юридический факт, но и как острое психотравмирующее вмешательство в целостность личности. В клиническом отношении на данном этапе могут наблюдаться как недифференцированные стрессовые реакции, так и вполне очерченные синдромальные состояния: острые тревожные реакции, нарушения сна, вегетативная дезорганизация, аффективная лабильность, реактивная подавленность, а у предрасположенных лиц - декомпенсация расстройств личности, абстинентные состояния, психотические срывы или суицидальные тенденции. Особую уязвимость демонстрируют лица, впервые оказавшиеся в изоляции, поскольку у них отсутствуют даже патологически адаптированные механизмы «знания тюрьмы» и минимальные навыки выживания в режимной среде.

Российские данные показывают, что, несмотря на существенно меньшую долю контингента на СИЗО приходится непропорционально высокий уровень суицидального риска. В аналитическом обзоре Губенковой Е.В. указывается, что удельный вес суицидов в СИЗО составляет примерно треть всех самоубийств в уголовно-исполнительной системе, хотя заключенные в СИЗО составляют лишь 10–15% общей численности содержащихся в изоляции лиц; по данным автора, 38% суицидентов СИЗО совершают суицид в течение первого месяца, иногда в первые дни и часы. В качестве ведущих психологических причин описываются глубокие переживания в связи с арестом, вынужденной необходимостью жить в тесном контакте с другими лицами, потеря смысла жизни, социального статуса, репутации, чувство позора и фрустрация.[173]

Для подследственного принципиально важно не только само лишение свободы, но и невозможность достоверно прогнозировать собственную правовую судьбу, сроки, квалификацию обвинения, вероятность осуждения, позицию суда, перспективу общения с семьей и дальнейшее место содержания. В русскоязычной психологической литературе прямо отмечается, что доминирующим переживанием у подследственных становится тревога за собственную судьбу, обусловленная дефицитом информации и хроническим ожиданием неблагоприятного развития событий. С клинической точки зрения эта неопределенность нередко переводит обычную стрессовую реакцию в затяжное тревожно-депрессивное, дисфорическое или аутоагрессивное состояние.[174,175]

Чирков А.М. отмечает, что клиническая картина пенитенциарной дезадаптации определяется не только силой стрессора, но и личностной структурой, предшествующим опытом и доступными способами совладания.

Прибытие в колонию не завершает первичную реакцию, а переводит ее в новую фазу - фазу первичной ориентировки в уже устойчивой институциональной среде. Российские материалы, используемые в системе подготовки специалистов ФСИН, показывают, что в отношении вновь прибывших осужденных уже в течение первого рабочего дня проводится сбор психологического анамнеза, направленный на оценку актуального эмоционального состояния; в течение 10 дней подготавливается углубленная характеристика личности, а при выявлении риска суицида или иных аутоагрессивных проявлений соответствующая информация подается в течение суток и доводится до режимных, оперативных и воспитательных служб. Эти органи-

---

[173] Губенкова Е.В. Юридико - психологические аспекты аутоагрессивного поведения осужденных в исправительных учреждениях РФ // Вестник АГТУ. – 2011. – № 1 – С. 51.

[174] Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные действия в г. Тюмени и юге Тюменской области (Западная Сибирь): динамика за 2007 - 2012 гг. // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 1. – С. 54 -61.

[175] Зотов П.Б., Родяшин Е.В., Ряхина Н.А. Системный учет суицидальных попыток: первый опыт работы суицидологического регистра в Тюменской области // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 6. – С. 44 -45.

зационные меры отражают клиническую истину: первые дни после прибытия являются периодом повышенной опасности, когда еще не сформированы устойчивые защитные механизмы, а внешне спокойное поведение может быть лишь маской тяжелого внутреннего кризиса.[176]

В крупном исследовании тюремных суицидов в Швецарии показано, что 10% суицидов происходили в течение первых трех дней после поступления в тюрьму, 25% - в течение первых 33 дней, а отсутствие предшествующего тюремного опыта повышало уязвимость к ранним суицидальным событиям. В той же работе подчеркивается рекомендация Всемирной организации здравоохранения проводить первичный скрининг факторов суицидального риска в течение первых 24 часов лишения свободы. Следовательно, первичная реакция на поступление в систему изоляции должна рассматриваться не как естественный и потому клинически незначимый стресс, а как период максимального риска, требующий активного наблюдения.[177]

Исследование I.G. Timmerman, P.M. Emmelkamp показывает, что среди впервые заключенных, нуждавшихся в острой психиатрической помощи, депрессивные состояния встречались заметно чаще, чем у лиц с повторным и длительным тюремным опытом. Авторы подчеркивают, что в первые недели лишения свободы происходит обострение тревоги, переживания безнадежности, одиночества и утраты, а тяжесть этих состояний у части лиц быстро достигает клинического уровня. В практическом смысле это означает, что отсутствие прежнего тюремного опыта следует рассматривать не как нейтральную биографическую деталь, а как самостоятельный фактор уязвимости, особенно в сочетании с зависимостью, распадом социальных связей, чувством стыда, психическим инфантилизмом и отсутствием предшествующего психиатрического наблюдения.[178]

С клинико-психопатологической позиции первичная реакция на арест, следствие, этапирование и прибытие в колонию должна оцениваться в трех основных измерениях:

Во-первых, необходимо установить, является ли наблюдаемое состояние вариантом острой стрессовой реакции и временной адаптационной дестабилизации либо уже приобрело признаки самостоятельного расстройства, требующего психиатрического вмешательства.

Во-вторых, следует выяснить, не скрывается ли за внешне нормативной реакцией декомпенсация ранее существовавшего расстройства личности, аффективного расстройства, зависимости, органической патологии или расстройства шизофренического спектра.

В-третьих, принципиально важно оценить направление дальнейшей динамики: пойдет ли человек по пути постепенной адаптации к режиму, по пути псевдоадаптации через криминальную субкультуру либо по пути дезадаптации с аутоагрессией, агрессией, отказом от сотрудничества, выраженной астенией, депрессией или психотической декомпенсацией.

Первичная реакция - это не только начальный этап приспособления, но и момент, в котором закладывается траектория последующего пенитенциарного существования.

Формы адаптации и псевдоадаптации

Психическая адаптация осужденного к условиям лишения свободы не является однородным и линейным процессом. Уже на ранних этапах пребывания в исправительном учреждении становится очевидно, что внешне сходное поведение разных лиц может иметь принципиально

---

[176] Методические рекомендации по организации лечебно-профилактических мероприятий в учреждениях уголовно-исполнительной системы Министерства юстиции РФ от 18.04.2004 № 18/22-629.

[177] Ботти Д. Швейцария: две трети заключённых нуждаются в помощи психиатра // Ведомости уголовно - исполнительной системы. – 2011. – №11. – С. 33 -35.

[178] Timmerman I. G. The effects of cognitive-behavioral treatment for forensic inpatients / I. G. Timmerman, P. M. Emmelkamp // International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. – 2005. – Vol. 49. – P. 590-606.

различную психологическую и клиническую природу. Для ПП принципиально важно различать адаптацию и псевдоадаптацию как внешне сходные, но разные формы приспособления к изоляции.[179]

В наиболее общем виде адаптацию можно понимать как процесс достижения относительного психического равновесия между личностью и новой институциональной средой. В российской пенитенциарной психологии подчеркивается, что адаптация включает не только состояние, но и процесс, в ходе которого осужденный приобретает устойчивость к влиянию новой среды, оставаясь при этом не только объектом ее воздействия, но и субъектом собственного приспособления. В этой связи наличие или отсутствие выраженной тревоги, дезорганизации и внутренней растерянности приобретает значение одного из ранних маркеров того, идет ли процесс по линии адаптации или дезадаптации.[180]

Современные подходы к проблеме тюремной адаптации показывают, что она формируется на пересечении двух групп факторов. Первая группа связана с самой пенитенциарной средой, то есть с депривацией свободы, автономии, безопасности, привычных социальных связей и личного пространства. Для практической ПП это означает, что любая адаптация всегда имеет двойную природу: она есть и ответ на давление среды, и продолжение уже существовавших личностных механизмов. Одна и та же внешняя дисциплинированность у разных осужденных может отражать либо подлинную психическую стабилизацию, либо лишь перенос в тюрьму ранее сформированных патологических способов защиты и контроля.[181]

Если исходить из клинико-психологического содержания процесса, то можно говорить о нескольких основных формах адаптации

Первая из них - относительно конструктивная, или условно нормативная, адаптация. Она не означает психологического благополучия и тем более не свидетельствует о полном принятии изоляции характеризуется постепенным снижением аффективной остроты, формированием режима повседневного существования, приемлемым подчинением правилам учреждения, восстановлением сна и аппетита, уменьшением панических и протестных реакций, а также появлением способности переносить фрустрацию без немедленного срыва. В такой форме адаптации человек не перестает страдать от лишения свободы, но его страдание перестает носить тотальный, дезорганизующий характер. Он начинает соотносить собственные действия с реальностью, меньше действует импульсивно, способен выслушивать персонал, выполнять трудовые или бытовые функции и, по крайней мере, частично, поддерживать просоциальные ориентиры. С учетом современных представлений о совладающем поведении это можно рассматривать как переход к более адаптивным формам взаимодействия со стрессовой ситуацией, когда поведение направлено не только на немедленное снижение напряжения, но и на выработку устойчивого способа существования в трудной среде.

Вторая форма - вынужденно-прагматическая адаптация. При ней осужденный приспосабливается к учреждению ради минимизации потерь и избегания наказаний, не проходя при этом глубокой внутренней переработки переживаемого опыта. Внешне это может проявляться аккуратным соблюдением требований режима, сдержанностью, бытовой организованностью, дистанцированностью от конфликтов. Внутренне такая адаптация часто остается холодной, утилитарной и эмоционально не интегрированной. Лицо не столько принимает новую реальность, сколько учится ею технически пользоваться. В определенной мере эта форма может быть

---

[179] Датий А.В., Кузнецова А.С., Юсуфов Р.Ш., Трубецкой В.Ф., Ермолаева Т.В. Проблемы медико-социальной адаптации страдающих социально значимыми заболеваниями лиц, отбывающих наказания и освобождающихся из мест лишения свободы // Российский медико-биологический вестник им. Академика И.П. Павлова. 2010. № 2. С. 150– 153.

[180] Аксенова Г. И., Аксенова П. Ю. Проблема адаптации личности в отечественной психологии // Прикладная юридическая психология. 2012. № 4. С. 28–36.

[181] Чернышева Е. В. К вопросу о социально-психологической адаптации осужденных // Прикладная юридическая психология. 2015. № 3. С. 46–56.

промежуточной и со временем трансформироваться либо в более зрелую адаптацию, либо в псевдоадаптацию. Ее клиническая особенность состоит в том, что она нередко держится на контроле, ригидности, подавлении чувств и экономии психической энергии в период дополнительного стресса - конфликта, известия из семьи, этапирования, угрозы перевода - может быстро давать трещину с развитием тревоги, дисфории или поведенческого срыва. Представляется, что эта форма особенно часто встречается у лиц с выраженными личностными чертами обсессивно-ригидного, параноидного или эмоционально отчужденного круга, хотя сама по себе не сводится к какой-либо нозологии.

Третья форма - компенсаторная адаптация через деятельность, отношения или внутреннее переосмысление. Осужденный удерживает психическое равновесие благодаря включению в относительно структурирующие виды активности: труд, обучение, религиозную жизнь, переписку с семьей, терапевтические или психологические программы, индивидуально значимые повседневные ритуалы. Зарубежные данные показывают, что в условиях длительного заключения у части лиц возникает переход от преимущественно реактивной позиции по отношению к заключению к более продуктивной форме внутренней агентности, когда человек уже не только сопротивляется обстоятельствам, но и ищет способы упорядочить собственную жизнь внутри неизбежных ограничений. Такая адаптация может иметь особенно большое значение для профилактики чувства тотальной бессмысленности и распада личностной перспективы. Она также ближе всего к тем формам совладания, которые можно рассматривать как ресурс будущей ресоциализации, поскольку они не просто уменьшают страдание, но и поддерживают связь человека с непреступными ролями и смыслами.

Наряду с адаптацией в пенитенциарной среде широко формируются формы псевдоадаптации. Под псевдоадаптацией целесообразно понимать такое приспособление к лишению свободы, которое обеспечивает внешнюю устойчивость поведения, но достигается за счет патологического, регрессивного, криминогенного или личностно-деформирующего способа внутренней перестройки. Это не подлинное восстановление равновесия между личностью и средой, а мнимая стабилизация, оплаченная усилением психопатологии, криминальной идентичности, эмоционального уплощения, отрицания либо уходом в зависимость от тюремной субкультуры.

Наиболее типичной формой псевдоадаптации является субкультурная адаптация, или адаптация через криминальную идентификацию. В таком случае осужденный снижает тревогу и неопределенность не за счет принятия правовых и просоциальных норм, а за счет включения в неформальную тюремную иерархию, усвоения языка, правил, ритуалов и ценностей криминального сообщества. Более того, данные показывают, что лишение свободы не производит само по себе реабилитирующего эффекта: связи с обычным сообществом не усиливаются автоматически, а у части лиц, особенно более молодых и менее склонных к переживанию вины, может усиливаться психологическая связанность с криминальным сообществом.[182]

Внешнее спокойствие достигается не благодаря переработке стресса, а за счет общего снижения чувствительности, эмоционального огрубления, сужения переживаний и частичного отказа от внутренней жизни. В клинической практике это может выглядеть как «привыкание» к колонии, хотя в действительности речь идет о формировании хронической внутренней опустошенности и личностного уплощения. Такое состояние особенно опасно тем, что легко принимается персоналом за благополучную стабилизацию, тогда как фактически оно может быть этапом формирования глубокой личностной деформации, утраты социальной отзывчивости и закрепления тюремной идентичности. Наблюдения за длительно заключенными показывают,

[182] Бабурин С.В. Психолого-педагогические условия адаптации и дезадаптации заключенных: Дис.... канд. психол. Наук. СПб., 1999

что сама структура тюремного опыта сильно влияет на самоощущение, а при неблагоприятном развитии начинает доминировать не внутренняя работа личности, а переживание внешнего давления, враждебности и отчуждения.

В ней осужденный быстро усваивает те модели поведения, которые позволяют избегать санкций, извлекать выгоду из взаимодействия с администрацией, психологами, медиками или другими заключенными не меняет ни базовых установок, ни отношения к совершенному деянию. Такая форма особенно характерна для лиц с выраженными диссоциальными, нарциссическими, истерическими и иными личностными чертами, при которых адаптация приобретает характер тактической игры. На клиническом уровне эта форма важна поскольку способна маскировать и высокий риск агрессии, и низкую фрустрационную толерантность, и отсутствие подлинной критики. Она также тесно связана с феноменом отрицания и рационализации, которые, как показывают современные отечественные исследования, нередко выступают у осужденных значимыми защитными механизмами снижения тревоги в психотравмирующей ситуации лишения свободы.

Можно выделить и регрессивную псевдоадаптацию, когда снижение внутреннего напряжения достигается за счет психологического упрощения поведения, отказа от ответственности, зависимости от более сильных фигур, подчиняемости, бытовой инфантилизации либо ритуализированного следования внешним правилам без их внутреннего осмысления. Такая форма чаще встречается у лиц с интеллектуальной недостаточностью, психическим инфантилизмом, органической недостаточностью, выраженной внушаемостью, а также у тех, кто в условиях стресса склонен искать не автономный способ существования, а тотальную опору во внешнем регуляторе. Для ПП это особенно важно, поскольку подобное состояние повышает риск виктимизации, включения в зависимые отношения и управляемого антисоциального поведения.

Принципиальное различие между адаптацией и псевдоадаптацией заключается не в степени внешнего благополучия, а в векторе внутренней перестройки личности. Псевдоадаптация, напротив, уменьшает острое напряжение ценой усиления деформации личности, криминальной включенности, эмоционального омертвения, манипулятивности либо регрессии. Она может быть даже опаснее явной дезадаптации, поскольку создает иллюзию стабильности там, где на самом деле происходит скрытое патологическое приспособление к тюремной среде. Она требует клинико-психопатологического анализа, учета копинг-стратегий, характера групповой идентификации, уровня критики и того, в какой мере достигнутая устойчивость работает на сохранение личности, а не на ее пенитенциарную деформацию.

Реакции дезадаптации

Реакции дезадаптации в условиях лишения свободы следует рассматривать как клинико-психологическое выражение срыва или недостаточности приспособительных механизмов личности к новой, принудительно навязанной и хронически стрессогенной среде. В отечественной литературе проблема пенитенциарного стресса и совладающего поведения осужденных прямо связывается с необходимостью постоянного ответа на ситуацию неопределенности, угрозы, ограничений и социальной перестройки, а ранний период изоляции описывается как один из наиболее напряженных и клинически уязвимых этапов пребывания в учреждении.

Дезадаптация не сводится к эмоциональной реакции на лишение свободы; это патопластически окрашенная форма взаимодействия психической уязвимости с режимом, социальной депривацией и тюремной субкультурой.

Особенно важно, что реакции дезадаптации наиболее часто развертываются не в произвольный момент, а в так называемых узловых точках пенитенциарного пути. Еще классические

наблюдения Петрова В.И. показывали, что эмоциональные расстройства, самоповреждения, суицидальные попытки и нарушения тюремного режима особенно характерны для ранних фаз приспособления к тюремной жизни. Современные метааналитические данные также подтверждают, что в периоды актуального дистресса, при наличии суицидальных мыслей, предшествующего самоповреждения и психиатрического диагноза риск тяжелой дезадаптации резко возрастает.[183]

В психопатологическом отношении реакции дезадаптации чаще всего развиваются на пересечении двух линий. Первая связана с пенитенциарной депривацией: утратой свободы, привычных социальных ролей, частной жизни, привычного ритма, доступа к поддерживающим отношениям, возможности автономного выбора. Вторая определяется тем, что сам осужденный приносит в ситуацию заключения: расстройства личности, травматический опыт, зависимость от психоактивных веществ, органическую недостаточность, интеллектуальное снижение, неразвитость совладающих стратегий, высокий уровень агрессивности или аутоагрессии. Одинаковые по внешнему событию обстоятельства - например, прибытие в колонию или помещение в штрафной изолятор - у одного лица вызывают лишь напряжение и временную растерянность, а у другого приводят к массивной тревоге, дисфории, регрессу поведения, аутоагрессии или психотической декомпенсации.

Она проявляется внутренним напряжением, ожиданием угрозы, подозрительностью, страхом перед неизвестностью, нарушением сна, соматовегетативными жалобами, повышенной настороженностью, эмоциональной лабильностью. На уровне поведения это может выражаться суетливостью, неустойчивостью контакта, плаксивостью, неуверенностью, чрезмерной ориентировкой на внешние сигналы опасности либо, напротив, в напряженной заторможенности. Российские публикации о психологической помощи в первые месяцы заключения указывают, что у значительной доли осужденных нарушения поведения и эмоционального реагирования могут рассматриваться в логике F43 МКБ-10, то есть как реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации.

Другой важной формой выступает дезадаптация протестно-поведенческого и дисфорического типа. У лиц с эмоционально-неустойчивыми, диссоциальными, параноидными или органически измененными личностными чертами подобная дезадаптация нередко принимает форму повторяющихся вспышек агрессии, дисциплинарных нарушений, угроз, провокаций, отказов от сотрудничества. Исследования факторов саморазрушающего и агрессивного поведения в тюремной среде показывают, что дисциплинарные нарушения, виктимизация и общая психиатрическая отягощенность входят в число значимых маркеров неблагоприятного течения адаптации.

В пенитенциарной среде они могут иметь различную внутреннюю структуру: от истинно суицидальных действий на фоне безнадежности, депрессии и отчаяния до аффективных, протестных, демонстративных, манипулятивных и смешанных форм самоповреждения. Даже при различии мотивации все эти реакции требуют максимально серьезной клинической оценки, поскольку границы между демонстрацией, разрядкой аффекта и реальным суицидальным риском в условиях изоляции нестабильны. Современные метаанализы показывают, что наиболее сильные ассоциации с самоповреждением и суицидом в тюрьме имеют актуальные суицидальные мысли, предшествующие попытки, любой текущий психиатрический диагноз, особенно депрессия, а также одиночное содержание, дисциплинарные взыскания и переживание физической или сексуальной виктимизации в местах лишения свободы.

Следует также выделять регрессивно-астенические и пассивно-капитулятивные формы дезадаптации. Они чаще наблюдаются у лиц с истощаемостью, инфантилизмом, интеллекту-

[183] Петров В.И. и соавт. Комплексная оценка предикторов развития расстройств адаптации у осужденных // Вестник Витебского государственного медицинского университета. 2006. Т. 5, № 4. С. 109–116.

альной недостаточностью, органической слабостью, тревожно-зависимыми личностными чертами. Методологические работы отечественных авторов указывают, что в условиях колонии инфантильные и зависимые осужденные могут искать безопасность в подчинении более сильным фигурам, что временно снижает тревогу, но повышает виктимность и способствует неблагоприятной личностной перестройке.

У части осужденных реакции дезадаптации развиваются на уже имеющейся почве психического расстройства и потому приобретают характер не просто ситуационного ответа, а декомпенсации. Так, при расстройствах личности стресс изоляции может усиливать подозрительность, ригидность, аффективную неустойчивость, манипулятивность или импульсивность; при зависимостях возрастает риск тревожно-депрессивных, дисфорических, абстинентных и поведенческих срывов; при органической патологии нарастают раздражительность, истощаемость, когнитивная дезорганизация и аффективный дисконтроль; при эндогенных расстройствах заключение может способствовать обострению бредовой интерпретации, нарастанию отчуждения и снижению способности к критической переработке происходящего. Международные обзоры последовательно подчеркивают, что заключенные с психическими расстройствами чаще вовлекаются в инциденты насилия, нарушения правил и самоповреждение, а их состояние требует раннего выявления и индивидуализированной помощи.[184]

Наконец, для практики принципиально важно отличать дезадаптацию от негативной, криминально окрашенной псевдостабилизации. Напротив, она может служить скрытой формой деформации личности и отсроченной дезадаптации. Работы последних лет о совладающем поведении осужденных и групповой идентичности показывают, что способы снижения стресса в тюрьме во многом зависят от того, к каким группам принадлежности тяготеет человек и какие нормы он интериоризирует в процессе выживания в изоляции.

Депрессивные, тревожные, дисфорические и астенические состояния в условиях заключения

Депрессивные, тревожные, дисфорические и астенические состояния образуют одно из центральных клинических содержаний пенитенциарной дезадаптации. Они чаще всего становятся первыми и наиболее заметными психопатологическими ответами на арест, следствие, этапирование, разрыв с привычной социальной средой, утрату автономии и длительное пребывание в условиях режимных ограничений. Это означает, что пенитенциарная среда не только концентрирует лиц с исходной психиатрической отягощенностью, но и создает условия для аффективной и невротической декомпенсации даже у тех, у кого до изоляции не было развернутого психического расстройства.

В МКБ-10 к ним могут относиться реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации рубрики F43, депрессивный эпизод F32, рекуррентное депрессивное расстройство F33, смешанное тревожное и депрессивное расстройство F41.2, а также тревожные и астенические состояния, входящие в структуру расстройств личности, органических психических расстройств, зависимости и постстрессовых нарушений. МКБ-11, будучи действующим международным стандартом во многих странах, также требует различать расстройства, прямо связанные со стрессом, и самостоятельные депрессивные и тревожные расстройства, что особенно важно в тюремной клинике, где ситуационный, личностный и нозологический компоненты тесно переплетаются.

[184] Cauffman E. Predicting first time involvement in the juvenile justice system among emotionally disturbed youth receiving mental health services / E. Cauffman, S. H. Scholle, E. Mulvey, K. Kelleher // J. Psychological Services. – 2005. – Vol. 2. – P. 28-38.

Их источником становится не только переживание наказания как юридического факта, но и совокупность внутренних и внешних утрат: свободы, привычной социальной роли, семейной включенности, сексуальной и эмоциональной близости, ощущения будущего и собственной субъектности. Российские исследования подчеркивают, что сама тюремная среда является депрессивным событием, а среди частых психологических эффектов заключения описываются вина, стыд, отчужденность, изоляция, страхи, панические переживания и недовольство собой; при этом Бурцев А.О. Сочивко Д.В. Специально показали роль апатии как важного компонента мужского депрессивного синдрома у заключенных. В колонии депрессия нередко проявляется не только классической печалью и заторможенностью, но и эмоциональным опустошением, скукой, внутренней пустотой, утратой мотивации и скрытым суицидальным риском.[185]

Тревожные состояния в пенитенциарной среде столь же закономерны, как и депрессивные, но в ранние периоды заключения они зачастую выступают еще более заметно. В клинической картине это выражается внутренним напряжением, тревожными опасениями, гипервигильностью, раздражительностью, бессонницей, соматовегетативными реакциями, паническими атаками, трудностью сосредоточения и ощущением утраты внутренней опоры. Русскоязычные работы по пенитенциарной психологии подчеркивают, что уже на ранних стадиях заключения для осужденных характерны повышенные уровни тревожности и депрессии, а современное обсуждение совладающего поведения фиксирует преобладание дезадаптивных копингов в ситуации лишения свободы.

Дисфорические состояния в условиях заключения особенно значимы для ПП, поскольку они часто связывают внутреннее страдание с внешне опасным поведением. Такие состояния особенно характерны для лиц с расстройствами личности, органическим психическим неблагополучием, зависимостью от психоактивных веществ и последствиями хронической стрессовой перегрузки. Российские клинико-психопатологические наблюдения показывают, что декомпенсация органического расстройства личности в местах лишения свободы тесно связана с актуальной социальной ситуацией, а исследования пенитенциарного стресса описывают его деструктивные проявления в виде агрессивности, аффективной неустойчивости и снижения устойчивости к психологическим факторам.

Астенические состояния в колонии нередко недооцениваются, поскольку внешне они могут восприниматься как «усталость», «пассивность» или «снижение интереса», в действительности астения в пенитенциарной среде часто является маркером глубокой хронической дезадаптации. Клинически это проявляется истощаемостью, слабостью, раздражительной утомляемостью, снижением концентрации внимания, замедлением мыслительных процессов, чувством внутренней опустошенности и неспособностью к длительному волевому усилию. Современные русскоязычные обзоры подчеркивают, что астения может развиваться как исход тяжелой стрессовой ситуации, а в работах о психических расстройствах у женщин в местах лишения свободы неврастения описывается через типичный астенический симптомокомплекс с быстрой утомляемостью и слабостью, затруднявший выполнение повседневной деятельности.[186]

На практике перечисленные состояния редко существуют в чистом, изолированном виде. Необходимо понимать динамику состояния, его связь с конкретными событиями пенитенциарного пути, исходной личностной структурой, наличием зависимости, органической недостаточности, расстройства личности или эндогенного процесса. Современные обзоры итмечают, что психические расстройства заключенных тесно связаны с нарушениями режима, насиль-

---

[185] Бурцев А.О., Сочивко Д.В. Психопатизации личности осужденных мужчин в период отбывания наказания в ИУ (структурно-функциональная психодинамика) // NovaInfo.Ru. 2015. Т. 2. № 30. С. 369–374.

[186] Качаева М.А., Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Качнова Н.А. Женщины в пенитенциарной психиатрии (обзор литературы). Российский психиатрический журнал. 1998; (2): 65—80.

ственными инцидентами, самоповреждением и трудностями ресоциализации, а потому требуют ранней диагностики и персонализированного сопровождения.[187]

Особую клиническую значимость депрессивные, тревожные, дисфорические и астенические состояния приобретают поскольку они часто предшествуют суицидальному поведению, аутоагрессии, отказам от приема пищи, протестным реакциям, нарушениям режима и вспышкам агрессии. Российские данные по суицидальному поведению осужденных, подозреваемых и обвиняемых указывают, что уровень суицидов в местах лишения свободы в разных странах стабильно выше, чем среди гражданского населения, а среди факторов риска и кризисных периодов особое место занимают изоляция, депрессия и иные кризисные состояния. В русскоязычных исследованиях мужского депрессивного синдрома у заключенных также подчеркивается связь депрессии, апатии, безнадежности, одиночества и суицидальной опасности.

Психопатологическая цена длительного отбывания наказания

Ведущими становятся не столько бурные, сколько затяжные, хронические, структурно более сложные изменения аффективной, волевой, личностной и поведенческой сфер. Длительное пребывание в исправительном учреждении должно рассматриваться не как простое продолжение ранней адаптации, а как особый этап психической жизни осужденного, при котором среда лишения свободы начинает выступать уже не только стрессором, но и постоянным патопластическим фактором, постепенно перестраивающим формы реагирования, систему отношений, жизненные смыслы и механизмы саморегуляции.[188]

Клинический смысл понятия «психопатологическая цена» заключается в том, что речь идет не только о формировании формально диагностируемых психических расстройств по МКБ-10/11, но и о накоплении субклинических, донозологических и патохарактерологических изменений, которые со временем могут либо перейти в очерченную психопатологию, либо закрепиться в форме стойкой личностной деформации. Длительный срок лишения свободы истощает компенсаторные механизмы, сужает диапазон социальных ролей, лишает человека привычных способов эмоциональной разгрузки, нарушает перспективное мышление и делает повседневное существование подчиненным режиму, ожиданию и выживанию. Эти изменения не всегда укладываются в одну нозологическую рубрику, в клиническом плане они имеют высокую значимость, поскольку снижают адаптационные ресурсы, искажают поведение и ухудшают прогноз как во время отбывания наказания, так и после освобождения.

Одним из наиболее типичных последствий длительного лишения свободы является хроническая депрессивизация психической жизни. Она не всегда проявляется в форме классического депрессивного эпизода по МКБ-10 F32 или депрессивного расстройства по МКБ-11, хотя и такие варианты встречаются нередко. Гораздо чаще формируется длительно текущий депрессивный фон, включающий переживание безнадежности, эмоциональную тусклость, утрату жизненной перспективы, снижение интереса к будущему, чувство внутренней остановки, ослабление мотивации и постепенное угасание потребности в активной самореализации. В этих случаях врач имеет дело не только с аффективным снижением, но и с поражением смысловой сферы личности.

Не менее важным компонентом психопатологической цены длительного отбывания наказания является хроническая тревожность, которая со временем меняет свою структуру. Она проявляется как постоянная внутренняя настороженность, готовность к опасности, ожидание

---

[187] Макушкина О.А., Гурина О.И., Голенкова В.А. Биологические основы агрессивного поведения. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2021; 13(5): 76-82. doi: 10.14412/2074-2711- 2021-5-76-82

[188] Бабурин С.В., Чирков А.М. Психолого-педагогические основы пенитенциарной стрессологии. С. 37–68.

неблагоприятного поворота событий, трудность полного расслабления, нарушение сна, повышенная чувствительность к конфликтным сигналам окружающей среды. В ряде случаев это состояние может соответствовать тревожным расстройствам, расстройствам адаптации или смешанным тревожно-депрессивным вариантам, а у лиц с травматическим опытом и исходной виктимизацией приобретать черты хронической постстрессовой симптоматики. [189]

Дисфория в тюремной среде часто становится не эпизодическим феноменом, а устойчивой аффективной позицией личности. Она особенно характерна для лиц с органическим фоном, последствиями черепно-мозговых травм, зависимостями, эмоционально-неустойчивыми и диссоциальными расстройствами личности, но может формироваться и как вторичный результат хронической фрустрации у исходно менее патологичных субъектов. При длительных сроках наказания дисфорический аффект нередко становится формой психологической защиты: он позволяет не показывать страх, уязвимость и тоску, но одновременно ведет к нарастанию конфликтности, агрессивности, подозрительности и снижению способности к конструктивному взаимодействию.

Астенизация представляет еще одну существенную составляющую психопатологической цены длительного заключения. Источником астенизации становятся не только постоянное стрессовое напряжение, но и сенсорная монотония, дефицит позитивных эмоциональных стимулов, ограниченность интеллектуальной активности, нарушения сна, соматическая коморбидность, прежний алкоголизм или наркомания, последствия травм и инфекций. В итоге даже относительно простые требования режима начинают переноситься с трудом, снижается толерантность к нагрузке, возникают вспышки раздражения на фоне слабости, а клиническая картина приобретает черты затяжного астено-депрессивного или астено-дисфорического состояния.

Одним из наиболее глубоких последствий длительного лишения свободы является так называемая институционализация, то есть формирование психической зависимости от закрытой, жестко регламентированной системы существования. С клинической точки зрения институционализация означает не просто социальную пассивность, а изменение структуры личности, при котором собственная активность, спонтанность и ответственность становятся ослабленными или даже тягостными. Этот феномен особенно значим для осужденных с длительными сроками, пожизненно осужденных, лиц с интеллектуальной недостаточностью, зависимыми и инфантильными личностными чертами, а также для пациентов с хроническими психическими расстройствами.[190]

Длительное пребывание в пенитенциарной среде формирует особый тип социального восприятия, при котором доверие постепенно уступает место подозрительности, открытость - настороженности, а эмпатия - функциональному отношению к другому человеку как к источнику угрозы, выгоды или риска. В клиническом отношении это означает закрепление ригидных защитных стилей поведения, эмоционального уплощения, снижения способности к тонкой дифференциации аффектов и ослабления естественных механизмов привязанности. Особенно резко данные изменения выступают у лиц, которые длительное время существуют внутри жесткой субкультуры, основанной на культе силы, презрении к слабости и нормативном запрете на демонстрацию уязвимости.[191]

Речь идет не только о лицах с органическими поражениями головного мозга, хотя для них тюремная среда объективно особенно неблагоприятна. Даже у осужденных без грубой орга-

---

[189] Санников А.Л. Здоровье и социальная защищенность осужденных // Рос. Мед. журн. – 1998. – № 5. – С. 10–12.

[190] Головина Г. М., Савченко Т. Н., Сочивко Д. В. Степень закрытости системы как фактор восприятия качества жизни // Прикладная юридическая психология. 2015. № 3. С. 82–90.

[191] Селиверстов В. И. Исправление или ресоциализация осужденных: спор о терминах или изменение сущности / В. И. Селиверстов // VI Пермский конгресс ученых - юристов (Пермь, 16 – 17 окт.2015 г.): избр. Материалы / отв. Ред. В. Г. Голубцов, О. А. Кузнецова. – М., 2016. – 448 с.

нической патологии многолетняя монотония, бедность развивающих стимулов, эмоциональный стресс, нарушение сна, хроническая тревога и депрессия могут вести к субъективно и объективно заметному снижению когнитивной продуктивности. Наблюдаются ухудшение внимания, снижение гибкости мышления, бедность ассоциативных процессов, трудности планирования, сужение интересов, снижение способности к долгосрочному проектированию собственной жизни. В ПП данное обстоятельство имеет важнейшее прогностическое значение, поскольку возвращение на свободу требует как раз тех функций, которые постепенно ослабляются в условиях длительной изоляции: инициативы, гибкости, способности к выбору, толерантности к неопределенности и навыков самостоятельной саморегуляции.

При расстройствах личности среда лишения свободы способствует закреплению ригидных, подозрительных, диссоциальных, манипулятивных и аффективно-неустойчивых черт. При органических психических расстройствах усиливаются дисфоричность, истощаемость, конфликтность, снижение контроля импульсов и когнитивный дефицит. При зависимостях длительное отсутствие вещества не означает исчезновения патологического влечения, а нередко сочетается с хронической аффективной опустошенностью, агрессией, снижением мотивации и высокой вероятностью рецидива после освобождения. Длительное отбывание наказания выступает универсальным патопластическим фоном, но его конкретный результат зависит от исходной структуры психического расстройства и личности.[192]

Особой проблемой является постепенное изменение отношения осужденного к самому себе и к времени. На ранних этапах заключения субъект еще сохраняет связь с прежней биографией, активно переживает событие ареста, сравнивает настоящее с прошлым и мысленно соотносит себя с будущим. Это ведет к экзистенциальной пустоте, ощущению бессмысленности, внутреннему омертвению и формированию специфического хронического страдания, которое не всегда выражается в яркой психопатологической симптоматике, но глубоко подтачивает личность. В клиническом смысле лежат истоки многих скрытых депрессий, аутоагрессивных тенденций, отказа от лечения, утраты мотивации к исправлению и последующей социальной капитуляции.

Психопатологическая цена длительного отбывания наказания имеет и важное экспертно-прогностическое измерение. Эти изменения могут проявляться как усилением агрессивности и конфликтности, так и, напротив, внешней пассивностью, утратой инициативы, зависимостью от институции, страхом перед освобождением и неспособностью к автономному существованию. Для эксперта это означает необходимость учитывать, что многолетнее пребывание в местах лишения свободы способно существенно изменить психическое функционирование субъекта и тем самым влиять на прогноз повторного правонарушения, способность к ресоциализации, суицидальный риск и потребность в длительном психиатрическом сопровождении.

Длительное отбывание наказания имеет высокую психопатологическую цену, включающую хроническую депрессивизацию, тревожную настороженность, дисфорическую готовность к аффективным срывам, астенизацию, когнитивное снижение, институционализацию, эмоциональное обеднение, деформацию межличностных отношений и сужение жизненной перспективы. Эта цена не сводится к отдельным диагнозам, хотя в ряде случаев она реализуется в форме расстройств адаптации, депрессивных и тревожных расстройств, расстройств личности, органических и зависимых состояний в терминах МКБ-10/11. ПП должна рассматривать многолетнее заключение как самостоятельный фактор риска глубокого психического неблагополучия, требующий не эпизодического, а систематического клинического наблюдения, динами-

[192] Сочивко Д.В., Щелкушкина Е.А. Проблема психодинамической типологии личности осужденных за убийство// Прикладная юридическая психология. 2010. № 1. С. 6–21.

ческой диагностики и профилактической работы, ориентированной не только на сохранение режима, но и на сохранение человеческой личности в условиях длительного лишения свободы.

Глава 7. Личность осужденного и ее трансформация в условиях пенитенциарной среды

Преморбидные особенности личности и криминальный путь

Анализ личности осужденного в ПП не может быть ограничен наблюдением за его состоянием в период отбывания наказания. Любая клиническая и экспертная оценка в условиях исправительного учреждения неизбежно сталкивается с необходимостью реконструкции того личностного фона, который предшествовал преступлению, аресту и последующему пребыванию в изоляции. Оно позволяет увидеть преступное поведение не как изолированный юридический факт, а как результат сложного взаимодействия личностной структуры, биографии, среды, психопатологии и конкретной криминогенной ситуации. [193]

Под преморбидными особенностями личности в данном контексте следует понимать относительно устойчивые свойства психики, характера, эмоционально-волевой сферы, межличностного функционирования, уровня самоконтроля, способов реагирования на стресс и конфликт, которые существовали до совершения общественно опасного деяния и, в ряде случаев, до формирования клинически выраженного психического расстройства. Эти особенности могут находиться в пределах условной нормы, проявляться как акцентуации характера, как пограничные аномальные черты либо как очерченные расстройства личности в смысле МКБ-10/11. Они не предопределяют преступление механически, создают определенную психологическую почву, на которой повышается вероятность импульсивного, агрессивного, зависимого, сексуально девиантного, манипулятивного или социально безответственного поведения.[194]

Он разворачивается как длительный процесс, в котором ранние черты характера и эмоционального реагирования постепенно вступают во взаимодействие с дисфункциональной семейной средой, школьной дезадаптацией, асоциальным окружением, травматическим опытом, употреблением психоактивных веществ, дефицитом образования, экономической нестабильностью и культурой насилия. При клиническом анализе личности осужденного необходимо избегать как биологизаторских, так и сугубо социологизирующих упрощений. Подлинно клинический подход требует рассматривать преморбид как многослойную систему, где соединяются темперамент, конституциональные особенности, ранние формы привязанности, опыт фрустрации, особенности формирования суперэго, уровень социализации, способность к эмпатии и глубина интериоризации нормативных запретов.

Одним из наиболее значимых компонентов преморбида является характер раннего эмоционального развития. В результате формируются либо ранняя недоверчивость, эмоциональная холодность и сниженная способность к привязанности, либо, напротив, аффективная неустойчивость, болезненная зависимость от внешней оценки, низкая переносимость фрустрации и склонность к примитивным защитным реакциям. Такой личностный фундамент не тождественен преступному поведению, он существенно снижает вероятность зрелой социали-

---

[193] Спасенников Б.А. Социально-правовая характеристика осужденных мужчин, отбывающих наказание в исправительных колониях / Б.А. Спасенников, А.М. Смирнов // Социологические исследования. — 2015. — № 9 (377). — С. 120–124

[194] Гомонов, Н. Д. Психологические факторы криминогенной социализации в подростковом возрасте [Электронный ресурс] / Н. Д. Гомонов, А. М. Кожина // Современные проблемы региональной экономики, управления и юриспруденции: Междунар. Науч.-практ. конф. (12–17 марта 2008 г.). – Мурманск: МГТУ, 2008. – Режим доступа: http://www.mstu.edu.ru/science/conferences/modern_problems_2008/conference.pdf

зации и повышает риск девиантных форм самоутверждения, особенно в подростковом и раннем взрослом возрасте.

Повышенная возбудимость, низкий порог аффективной разрядки, слабость произвольного торможения, потребность в интенсивной стимуляции, склонность к риску, поиску острых ощущений и немедленному удовлетворению влечений нередко обнаруживаются у лиц, совершивших насильственные, хулиганские, импульсивные, сексуальные и наркосвязанные преступления. У другой части осужденных, напротив, преморбид определяется ригидностью, подозрительностью, злопамятностью, сверхценной фиксацией на обиде, болезненным честолюбием, склонностью к накоплению внутреннего напряжения с последующей взрывной разрядкой. В первом варианте криминальное поведение чаще носит характер плохо контролируемого импульсивного акта или привычного антисоциального стиля жизни, во втором - может формироваться по механизму длительно вызревающего конфликта, мести, сверхценного реагирования или мрачной дисфорической агрессии.[195]

Особого внимания заслуживают подростковые и раннеюношеские формы девиантного поведения как индикаторы будущего криминального пути. Во многих случаях в биографии осужденных задолго до первого серьезного преступления обнаруживаются систематические прогулы, побеги из дома, ранняя алкоголизация, употребление психоактивных веществ, участие в драках, жестокость к более слабым, сексуальная расторможенность, склонность к воровству, групповые правонарушения, демонстративное пренебрежение к нормам и авторитетам. В ряде случаев им соответствуют смешанные расстройства поведения и эмоций, формирующиеся личностные аномалии, последствия минимальной мозговой дисфункции, синдрома дефицита внимания и гиперактивности, резидуально-органической недостаточности либо сочетания перечисленных факторов.

Преморбидный анализ особенно важен при оценке лиц с расстройствами личности. Диагностика расстройства личности требует осторожности, поскольку многие черты, внешне напоминающие патологию характера, могут быть вторично усилены тюремной средой. Если еще в подростковом возрасте наблюдались черствость, отсутствие чувства вины, лживость, манипулятивность, систематическое нарушение правил, агрессивность, эксплуатация других людей, криминальная групповая идентификация и неспособность к устойчивой ответственности, то это свидетельствует в пользу первичных диссоциальных личностных черт. Если же до преступления преобладали подозрительность, склонность к интерпретации нейтральных действий как враждебных, ригидность, конфликтность и сверхценная застреваемость, клинический анализ должен учитывать параноидный личностный радикал.

У значительного числа осужденных выявляется органически неполноценный фон: последствия черепно-мозговых травм, перенесенных нейроинфекций, перинатальных повреждений, хронических интоксикаций, ранней алкоголизации, эпилептиформных расстройств, сосудистых и других церебральных факторов. На таком фоне могут формироваться повышенная раздражительность, дисфории, слабость критики, бедность прогностической оценки, низкая переносимость фрустрации, снижение способности к сложному моральному выбору. Для криминального пути такой вариант особенно значим, поскольку органическая недостаточность не создает сама по себе мотива преступления, но снижает способность к его сдерживанию и критической переработке ситуации.

Следует отдельно подчеркнуть роль интеллектуальной недостаточности и пограничной когнитивной несостоятельности. Даже при отсутствии формальной умственной отсталости значительная часть осужденных характеризуется сниженным уровнем социального интеллекта, конкретностью суждений, примитивностью ценностных ориентиров, повышенной внушаемо-

[195] Кондратьев Ф.В. Криминальная агрессия — актуальная проблема судебной психиатрии. Российский психиатрический журнал. 2006; 1: 17—20.

стью, зависимостью от более сильных лидеров и ограниченной способностью к рефлексии. В сочетании с эмоциональной незрелостью, зависимостью, стремлением к признанию и страхом исключения из значимой группы это создает особый тип криминального пути, при котором преступление становится не выражением индивидуального злого умысла, а формой конформного включения в криминальную микросреду.

Немаловажен и вопрос о преморбидных особенностях сексуальной сферы, особенно когда речь идет об осужденных за половые преступления. В одних случаях в преморбиде обнаруживаются эмоциональная незрелость, дефицит нормальных партнерских отношений, стыдливость, избегание взрослой сексуальности, фиксация на инфантильных объектах, тревожно-фантазийная компенсация, нарушения полоролевой идентификации или сочетание зависимых и шизоидных черт. В других - агрессивно-садистические компоненты, нарциссическая травмированность, потребность в доминировании, дефицит эмпатии, фиксация на подчинении другого как источнике сексуального возбуждения. Отсюда следует важный вывод: криминальный путь сексуального преступника не может быть понят без анализа того, какой преморбид лежал в основе деяния - инфантильно-дефицитарный, парафильный, диссоциальный, органически ослабленный или психотически модифицированный.

Криминальный путь также тесно связан с формированием системы ценностей и представлений о допустимом. Для многих осужденных характерно раннее усвоение криминогенных норм, в которых сила ценится выше закона, обман воспринимается как допустимый инструмент, агрессия - как доказательство статуса, а уважение к правам другого человека отсутствует как внутренняя категория. Особенно часто это наблюдается у лиц, выросших в среде, где девиантное поведение было нормализовано, а социальные институты не обладали достаточным авторитетом. Для психиатра важно понять, насколько данные установки являются следствием сознательного выбора, а насколько - производными личностной деформации, дефицита развития, интеллектуальной ограниченности или аномальной эмоционально-волевой структуры.

Существенным этапом криминального пути нередко становится взаимодействие личности с психоактивными веществами. Алкоголь и наркотики могут выступать как катализаторы уже существующих личностных дефектов, как способ купирования внутреннего напряжения, как элемент субкультурной принадлежности или как часть криминальной экономики. В ряде случаев преступный путь и зависимость развиваются параллельно, взаимно усиливая друг друга; в других - зависимость становится уже вторичным осложнением исходной личностной аномалии.

Для ПП принципиально важно, что один и тот же юридический итог - преступление и осуждение - может быть конечной точкой различных личностных траекторий. Один осужденный приходит к преступлению через длительную антисоциальную эволюцию с ранними нарушениями поведения, другой - через хронический алкоголизм и эмоционально-волевую деградацию, третий - через ригидно-сверхценное накопление обиды и последующий аффективный взрыв, четвертый - через органически обусловленную слабость тормозов, пятый - через инфантильную зависимость от группы, шестой - через девиантную сексуальную фиксацию, а седьмой - через декомпенсацию скрытого психического расстройства. Его задача - выявить индивидуальную логику движения личности к преступлению, понять, какие свойства были устойчивыми и первичными, какие - вторичными и ситуационно усиленными, а какие возникли уже в процессе социальной деградации.[196]

После совершенного преступления биография осужденного нередко воспринимается как прямой путь к нему, и все ранние особенности начинают толковаться как предвестники буду-

[196] Минкова Е. А. Социально-психологические факторы, детерминирующие совершение осужденными насильственных преступлений в условиях отбывания наказания в виде лишения свободы // Человек: преступление и наказание. 2015. № 2(89). С. 90–94.

щего деяния. Не всякая акцентуация характера ведет к криминальному поведению, не всякое трудное детство формирует преступника, не всякая органическая недостаточность приводит к насилию. Преморбидные черты являются не фатальной причиной, а фактором уязвимости, который реализуется лишь при определенном сочетании внешних обстоятельств, психических нарушений, социального окружения и личностной динамики. Этот вывод имеет и важное профилактическое значение: чем раньше выявляются личностные и поведенческие отклонения, тем больше возможностей для коррекции, психотерапевтической и социальной помощи, предупреждения зависимости, школьной и семейной дезадаптации.

В условиях колонии знание преморбидных особенностей необходимо не только для понимания прошлого, но и для прогноза дальнейшего поведения. Лица с исходной диссоциальностью чаще демонстрируют манипулятивность, устойчивое пренебрежение режимом и высокий риск повторного правонарушения. Осужденные с параноидными преморбидными чертами склонны к хронической конфликтности, интерпретативной настороженности и фиксации на мнимой несправедливости. При органически ослабленном фоне возрастает вероятность дисфорий, импульсивных агрессивных разрядок, когнитивной несостоятельности и плохого комплаенса. Это взаимодействие и становится основой для дальнейшей трансформации личности осужденного.

Роль расстройств личности в преступном и пенитенциарном поведении

Рассмотрение личности осужденного в ПП неизбежно подводит к вопросу о месте расстройств личности в генезе преступного поведения и в последующей адаптации либо дезадаптации в условиях лишения свободы. В отличие от острых психозов, выраженных органических состояний или тяжелых аффективных эпизодов, расстройства личности редко проявляются в виде яркой, очевидной для любого наблюдателя симптоматики. Между тем расстройства личности во многих случаях образуют ту психологическую и психопатологическую основу, на которой строится как сам криминальный путь, так и последующее существование человека в колонии.[197]

В клиническом смысле расстройства личности представляют собой стойкие, глубоко укорененные и малоизменяемые способы переживания и поведения, отклоняющиеся от культурно ожидаемого диапазона и приводящие к личностной, социальной или профессиональной дезадаптации. В МКБ-10 они описываются через отдельные типы, параноидное, шизоидное, диссоциальное, эмоционально-неустойчивое, истерическое, ананкастное, тревожное и зависимое расстройства личности. Для ПП этот переход особенно значим, поскольку в условиях исправительного учреждения личностная патология редко укладывается в чистые классические типы, а чаще проявляется смешанными и полиморфными вариантами, где сочетаются диссоциальность, импульсивность, эмоциональная неустойчивость, подозрительность, холодность, ригидность и слабость внутреннего контроля.

При этом необходимо подчеркнуть принципиально важное обстоятельство: расстройство личности не тождественно преступности и не может рассматриваться как ее прямой эквивалент. Большое число лиц с личностной патологией не совершают преступлений, а значительная часть преступников не отвечает критериям расстройства личности. Расстройство личности повышает уязвимость субъекта к криминогенному влиянию среды, снижает качество моральной регуляции, ослабляет способность к эмпатии, прогнозированию и отсрочке импульса,

[197] Диденко А. В. Расстройства личности у осужденных, отбывающих наказания в местах лишения свободы: учеб. пособие / под общ. Ред. В. Я. Семке. Томск, 2010.

ухудшает переносимость фрустрации и усиливает готовность к примитивным формам разрешения конфликта. Клиническое значение расстройств личности состоит не в том, что они «объясняют» преступление полностью, а в том, что они придают криминальному поведению специфическую внутреннюю логику и делают понятными его повторяемость, стиль и форму.[198]

Наиболее тесная связь с криминальным поведением традиционно прослеживается при диссоциальном расстройстве личности по МКБ-10 и при доминировании диссоциальности в рамках МКБ-11. Для таких лиц характерны эмоциональная черствость, редуцированная способность к сопереживанию, безответственность, пренебрежение социальными обязательствами, хроническое нарушение правил, лживость, склонность к эксплуатации других людей и отсутствие подлинного чувства вины. В пенитенциарной среде эта группа часто демонстрирует устойчивую ориентированность на субкультурные нормы, манипулятивность по отношению к персоналу и другим осужденным, тенденцию к созданию иерархий влияния, эксплуатацию более слабых лиц и высокий риск рецидива после освобождения.

Клиническая практика показывает, что преступное поведение далеко не исчерпывается диссоциальным радикалом. Не менее значимы эмоционально-неустойчивые варианты личности, импульсивный и пограничный типы по МКБ-10, а в терминах МКБ-11 - сочетание расторможенность и негативная аффективность. Для таких осужденных характерны аффективная лабильность, низкий порог раздражительности, неустойчивость самооценки, резкие колебания от привязанности к враждебности, слабость тормозящих механизмов, болезненная реакция на отвержение, склонность к самоповреждениям, угрозам, аффективным разрядкам и деструктивному поведению. Они чаще вовлекаются в драки, демонстративно-протестные действия, аутоагрессивные эпизоды, суицидальные угрозы и самоповреждения, а также более склонны к псевдоадаптации, когда внешнее подчинение сочетается с внутренним накоплением напряжения до очередной разрядки.

Существенную роль в преступном и пенитенциарном поведении играют и параноидные личностные структуры. Клиническая трудность состоит в том, что параноидные личностные особенности в условиях реальной колонии могут внешне выглядеть как «реалистическая» настороженность, поскольку сама среда действительно содержит элементы угрозы, подчинения и насилия. Психиатру особенно важно различать адекватную осторожность и патологически фиксированную интерпретативную позицию.[199]

Шизоидные личностные черты реже оказываются в центре внимания персонала, поскольку такие осужденные нередко менее демонстративны и внешне менее конфликтны. Тем не менее, их клиническая значимость в пенитенциарной среде велика. В колонии они нередко попадают в положение «чужих», становятся объектом травли, плохо включаются в коллективные формы существования, тяжело переносят тесноту и принудительную коммуникацию, а иногда реагируют резким ухудшением состояния, нарастанием тревоги, сенситивности и даже декомпенсацией на границе с психотическим уровнем.

Ананкастные и ригидно-компульсивные черты в криминальном контингенте встречаются реже как ведущий механизм преступления, в пенитенциарном поведении они нередко приобретают значительное значение. Склонность к чрезмерному контролю, упрямству, ригидности, повышенной чувствительности к нарушению порядка, внутренней напряженности, педантизму и трудности перестройки формируют особый тип дезадаптации. В исправительном учреждении они могут быть внешне дисциплинированы, но внутренне крайне напряжены, склонны к застреванию на обидах и трудно поддаются гибкой психотерапевтической работе.

---

[198] Диденко А. В. Расстройства личности у осуждённых в условиях исправительных учреждений (социокультуральный и адаптационный аспекты): автореф. дис. … д-ра мед. Наук. – Томск., 2012

[199] Обросов И.Ф. Расстройства личности у осужденных в местах лишения свободы (клинико-динамический и медико-социальные аспекты): Автореф. дис. … д-ра мед. Наук. М., 2004

Хотя они реже ассоциируются с прямым агрессивным криминальным поведением, их роль в преступном пути может быть опосредованной, но существенной. Повышенная внушаемость, зависимость от сильной фигуры, страх одиночества, стремление к одобрению значимой группы, неспособность к самостоятельному моральному выбору, демонстративность и потребность в признании создают условия для вовлечения в групповую преступность, участие в зависимых отношениях с криминальными лидерами, а также для ложных признаний, манипулятивных суицидальных действий или ролевой эксплуатации со стороны других осужденных. В пенитенциарной среде эти лица могут внешне адаптироваться за счет подчинения более сильным, но такое подчинение зачастую оказывается формой псевдоадаптации, поскольку строится не на внутреннем принятии режима, а на страхе, зависимости и утрате субъективной автономии.[200]

Отдельно в пенитенциарной практике расстройства личности почти никогда не существуют в изоляции. Они переплетаются с зависимостями, органической недостаточностью, последствиями черепно-мозговых травм, легкими когнитивными дефицитами, невротическими расстройствами, сексуальными девиациями, а иногда и с эндогенной патологией. Диссоциальность, соединенная с алкогольной зависимостью, резко усиливает риск насильственных действий. Шизоидные особенности в сочетании с сексуальной фиксацией могут формировать изолированный, фантазийно насыщенный мир влечений, связанный с девиантными деяниями. Клиническая оценка роли расстройства личности всегда должна быть многомерной и учитывать не только тип личностной патологии, но и ее сочетание с иными психическими и поведенческими нарушениями.

Для ПП принципиально важно и то, что расстройства личности определяют не только стиль совершенного преступления, но и характер последующего существования в колонии. Один и тот же режим для разных личностных структур означает разное. Для диссоциального субъекта колония становится ареной продолжения борьбы за статус и выгоду. Для эмоционально-неустойчивого - пространством хронической фрустрации и опасности аффективного срыва. Пенитенциарное поведение в значительной мере есть продолжение личностной структуры, поставленной в экстремальные условия и лишенной привычных компенсаторных механизмов. Расстройства личности столь часто становятся центральным объектом наблюдения врача-психиатра исправительного учреждения.

Клиническая и экспертная сложность усугубляется тем, что расстройства личности в местах лишения свободы нередко подвергаются вторичной трансформации. Так, хроническая подозрительность может внешне напоминать бредовую настроенность, демонстративная аутоагрессия - тяжелую депрессию, эмоциональная холодность - шизофренический дефект, а упрямство и конфликтность - органическую грубость. Обратная ошибка тоже нередка: под видом «трудного характера» могут скрываться начинающийся психоз, органическое снижение, депрессивный эпизод или посттравматическое состояние. Это особенно важно в экспертной практике, при решении вопросов о вменяемости, способности к участию в следственных действиях, показаниям к лечению и оценке риска опасного поведения.

Расстройства личности, особенно диссоциальные, эмоционально-неустойчивые и смешанные варианты, остаются одним из наиболее значимых факторов рецидива, режимных нарушений, агрессии, аутоагрессии и низкого комплаенса. Прогноз определяется не только фактом диагноза, но и его тяжестью, структурой черт, наличием коморбидной зависимости, уровнем интеллекта, сохранностью критики, опытом терапии, возрастом, наличием поддерживающих связей и характером пенитенциарной среды. Некоторые личностные структуры с воз-

[200] Семке В.Я., Диденко А.В., Аксенов М.М. Адаптация осужденных с расстройствами личности в пенитенциарной среде: клинико - динамические и социально - психологические параллели // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 4. – С. 72-78.

растом частично сглаживаются; другие, напротив, на фоне длительной изоляции становятся более жесткими и враждебными. Для прогноза особенно значимы не отвлеченные диагностические ярлыки, а конкретные клинические параметры: уровень эмпатии, способность переносить отказ, характер реагирования на унижение, глубина диссоциальности, склонность к аффективной разрядке, наличие сверхценных идей, степень самоконтроля и способность к терапевтическому контакту.

В практическом отношении понимание роли расстройств личности необходимо для трех взаимосвязанных задач. Во-первых, для объяснения и правильной типологизации преступного поведения. Во-вторых, для организации наблюдения за осужденным в колонии, включая прогнозирование конфликтов, агрессии, самоповреждений, сексуально опасного поведения, манипуляций и нарушения режима. Психиатрическая помощь лицам с расстройствами личности редко может быть сведена только к медикаментозному лечению. Но основой всего остается точное клиническое понимание того, какую роль играет личностная патология в структуре поведения конкретного осужденного.

Расстройства личности занимают одно из центральных мест в ПП, поскольку выступают не периферическим фоном, а глубинным модификатором преступного пути, характера деяния, межличностного функционирования и адаптации к условиям лишения свободы. В колонии их значение становится еще более заметным, поскольку экстремальная среда не только выявляет, но и усиливает личностную патологию, делая ее клинически, организационно и прогностически значимой. Следующий раздел закономерно посвящен уже не исходной роли личностной патологии, а тому, как в самой колонии происходит дальнейшая деформация характера и установок осужденного под воздействием пенитенциарной среды.

Деформация характера и установок в колонии

Если в предыдущем разделе речь шла о том, что личностная структура во многом предопределяет как характер преступного поведения, так и особенности пенитенциарной адаптации, то следующий шаг анализа требует показать обратное движение: каким образом уже сама колония начинает воздействовать на личность, перестраивая ее установки, эмоциональные реакции, способы самозащиты и формы социального поведения. В этом заключается одно из важнейших положений ПП: в условиях длительной изоляции личность становится не просто носителем преморбидных черт, но объектом интенсивного средового давления, способного приводить к вторичным характерологическим изменениям, закреплению патологических способов адаптации и формированию особых установок, малопонятных вне тюремного контекста.[201]

Пенитенциарная среда устроена так, что клинические симптомы постоянно пересекаются с требованиями режима, борьбой за статус и вынужденными защитными стратегиями.

Деформация характера в колонии не должна пониматься как одномоментное событие. На втором уровне затрагиваются установки: формируется недоверие, убежденность в враждебности среды, ожидание насилия или обмана, убеждение в том, что доброжелательность опасна, а откровенность наказуема. На третьем уровне деформация достигает характерологического пласта: ригидность, подозрительность, эмоциональная огрубелость, цинизм, мстительность, зависимость от иерархии, нетерпимость к слабости и сниженная способность к эмпатии становятся относительно устойчивыми личностными образованиями. При длительных сроках эти изменения могут сохраняться и после освобождения, осложняя ресоциализацию и поддерживая риск повторного девиантного поведения.

---

[201] Агаларзаде А.З. Психические расстройства у осужденных: Автореф. дис.... д-ра мед. Наук. – М., 1990. – 25 с.

Отдельно учитывается то, что тюремная деформация практически никогда не развивается в нейтральной психологической среде. В таких условиях многие обычные личностные качества начинают восприниматься как опасные. Мягкость может трактоваться как слабость, доверчивость - как наивность, открытость - как уязвимость, сочувствие - как риск быть использованным, а рефлексивность - как внутреннее торможение, мешающее выживанию. Характерологическая деформация в колонии имеет адаптационный смысл, но эта адаптация оказывается патологической по своим психологическим последствиям.

Одним из центральных механизмов такой деформации является хроническая редукция субъектности. У одних возникает пассивно-зависимая установка, при которой субъект перестает воспринимать себя как автора решений и начинает существовать в режиме внешнего управления. У других, напротив, развивается компенсаторная гиперконтрольная позиция, когда в условиях тотального ограничения человек отчаянно пытается контролировать хотя бы мелкие элементы среды, превращаясь в ригидного, раздражительного и конфликтного субъекта. У третьих субъектность подменяется субкультурной идентичностью, где ощущение внутренней силы поддерживается не через зрелую автономию, а через принадлежность к тюремной иерархии, ритуалам и неформальным нормам.

В психиатрическом отношении важно, что деформация характера в условиях колонии редко является одинаковой для всех. Она зависит от преморбидной структуры личности, возраста, уровня интеллекта, срока наказания, криминального опыта, тяжести совершенного деяния, положения в неформальной иерархии, а также от наличия психических расстройств. У параноидных личностей усиливаются подозрительность, обидчивость, сверхценная фиксация на несправедливости и враждебная интерпретация происходящего. У тревожных и зависимых формируются конформность, страх конфликта, подчиняемость и виктимные модели существования. Колония не создает характер заново, а патологически заостряет уже имеющиеся личностные тенденции и связывает их с условиями выживания в тюремной среде.[202]

Для осужденного вопрос положения в микросоциальной структуре имеет не отвлеченное, а экзистенциальное значение. Место в иерархии определяет безопасность, доступ к поддержке, характер повседневного общения, уровень угрозы, символический статус и даже телесное самочувствие. В результате ценностная сфера личности постепенно смещается: возрастает значимость силы, способности внушать страх, умения скрывать слабость, контролировать информацию, демонстрировать жесткость и соответствовать ожиданиям референтной группы. Человек может продолжать декларативно признавать прежние моральные нормы, но фактически его поведение начинает подчиняться иной логике - логике пенитенциарного выживания.

Возникает важный феномен рассогласования между внешне демонстрируемой и внутренне переживаемой личностью. В колонии многие осужденные начинают существовать как бы в двух регистрах. Другой - внутренний или субкультурный, предназначенный для среды осужденных и построенный на иных кодах лояльности, силы и допустимости. Для психиатра это имеет огромное значение, поскольку клиническое интервью в колонии всегда проходит на фоне этой расщепленной идентичности. Диссимуляция, аггравация, ролевое соответствие ожиданиям среды и скрытые установки становятся не исключением, а типичным фоном психического функционирования.[203]

Деформация характера касается не только агрессивных или доминирующих форм поведения. Не менее распространенным вариантом является формирование пассивно-оборонительной личностной позиции. Некоторые осужденные, особенно при длительной изоляции и

---

[202] Сочивко Д.В., Крымова Ю.В. Психодинамика лояльности — толерантности: психодинамическая диагностика и эмпирическая типология // Прикладная юридическая психология. 2012. № 2. С. 28–36

[203] Диденко А.В., Аксенов М.М. Сравнительная характеристика клинических проявлений диссоциального и эмоционально-неустойчивого расстройства личности у осужденных, находящихся в местах лишения свободы // Рос. психиатр. журн. – 2010. – № 1. – С. 4–11.

слабой внутренней структуре личности, начинают жить в состоянии выученной беспомощности, эмоционального уплощения, снижения инициативы, отказа от жизненного проектирования и сужения интересов до непосредственного бытового выживания. Она особенно характерна для лиц с длительными сроками наказания, для пожилых осужденных, для лиц с когнитивным снижением и для тех, кто неоднократно переживал тяжелые утраты в период заключения.

На уровне ценностей колония нередко перестраивает саму систему нравственных координат. Общегражданские представления о справедливости, достоинстве, лояльности, вине, предательстве, силе и слабости начинают соотноситься с требованиями тюремной субкультуры и личной безопасностью. После освобождения она может сохраняться и затруднять возвращение к отношениям, построенным на иных правилах.

Для ПП особенно важно видеть, как деформация характера взаимодействует с психическими расстройствами. Если преобладают тревожные расстройства, среда закрепляет гипервигильность, ожидание угрозы и соматизированную настороженность. При расстройствах личности колония закрепляет наиболее грубые и дезадаптивные способы реагирования. При шизофреническом процессе принудительная среда может усиливать аутизацию, подозрительность и поведенческую странность.

Клиническое наблюдение показывает, что наиболее устойчиво в колонии деформируются четыре блока личностного функционирования. Второй - когнитивно-оценочный: усиливается черно-белое восприятие людей, возрастает склонность к интерпретации нейтральных событий как угрожающих, полезных или унижающих. Четвертый - межличностный: отношения становятся либо инструментальными, либо зависимыми, либо враждебно-оборонительными, а подлинно доверительный контакт резко затрудняется. Эти изменения и образуют тот клинический контур, который можно обозначить как деформацию характера и установок в колонии.

Не всякое изменение личности в условиях заключения является, безусловно, патологическим. У части осужденных можно наблюдать и противоположные процессы: временное усиление самодисциплины, развитие навыков самоконтроля, отказ от прежней хаотичности, переоценку жизненных ценностей, формирование более серьезного отношения к последствиям собственных поступков. Чаще они сосуществуют с внутренним ожесточением, недоверием, эмоциональным обеднением или скрытым страхом. Задача клинициста состоит не в моралистической оценке личности осужденного как «исправившейся» или «испорченной», а в тонком анализе того, какие компоненты личности усилились, какие ослабли и какие механизмы лежат в основе наблюдаемой перестройки.

В практическом отношении понимание деформации характера в колонии необходимо для правильной организации наблюдения, терапии и прогноза. Осужденный, ставший более ригидным, подозрительным и эмоционально грубым, требует иного стиля контакта, чем на ранних этапах заключения. Агрессивный и конфликтный осужденный может реагировать не только на актуальную ситуацию, но и на длительно сформированную установку жить в режиме обороны и превентивного нападения. В этом заключается клиническая ценность понятия «деформация характера и установок»: оно позволяет понять, каким образом среда постепенно превращается во внутренний психологический фактор.[204]

Колония воздействует на личность не только как система внешних ограничений, но и как механизм глубокого внутреннего преобразования. Анализ личности осужденного в ПП должен быть динамическим: врачу важно видеть не только то, каким человек был до заключения, но и то, каким он становится внутри колонии. Эта логика непосредственно подводит к следую-

[204] Гомонов, Н. Д. Детерминанты формирования криминогенных факторов личности / Н. Д. Гомонов, В. М. Труш // Арктика. Общество и экономика; Мурм. регион. Обществ. фонд развития науки, образования и культуры «Образование», НОУ ВПО «Мурманская академия экономики и управления». – Мурманск : МАЭУ, 2015. – № 14.

щему разделу, где деформация личности будет рассмотрена уже через наиболее характерные ее феноменологические проявления - озлобление, ригидизацию, эмоциональное уплощение и утрату доверия.

Озлобление, ригидизация, эмоциональное уплощение, утрата доверия

Одним из наиболее характерных результатов длительного пребывания личности в условиях пенитенциарной среды является не только общая деформация установок и способов поведения, но и формирование относительно устойчивого комплекса вторичных личностных изменений, в структуре которого особенно часто выступают озлобление, ригидизация, эмоциональное уплощение и утрата доверия к людям. Они позволяют понять, каким образом длительная изоляция, хронический стресс, насильственная регламентация жизни, субкультурное давление и отсутствие безопасных отношений начинают преобразовывать личность осужденного, делая ее все менее пластичной, все менее эмпатичной и все более ориентированной на защиту, настороженность и внутреннее отчуждение.

Оно проявляется устойчивым враждебным ожиданием, накопленной обидой, переживанием хронической несправедливости и готовностью отвечать агрессией на сравнительно слабый стимул. Для клинициста важно отделять такую личностную трансформацию от органической дисфории, депрессивной раздражительности и аффективной лабильности при эмоционально-неустойчивом расстройстве личности. Длительное переживание унижения, бессилия, подчинения и утраты значимых связей способно фиксировать аффект: невозможность безопасно выразить слабость или восстановить чувство контроля переводит отдельные эпизоды гнева в более постоянное недоброжелательное отношение к людям, институтам и собственной жизни.

У части осужденных оно проявляется открыто: в конфликтности, жесткости, сарказме, обесценивании других, повышенной готовности к словесной или физической агрессии. Наконец, возможна форма так называемого тотального негативизма, когда озлобление направлено не столько на конкретных лиц, сколько на всякую внешнюю власть, любую просьбу, любую форму зависимости и любой контакт, в котором субъект видит попытку подчинения. Озлобление в колонии - это не просто аффект, а способ внутренней организации личности в условиях хронически переживаемой угрозы и унижения.[205]

Под ней следует понимать нарастающую психическую и поведенческую негибкость, склонность к фиксированным способам реагирования, затруднение перестройки установок и снижение способности к спонтанной адаптации к новым условиям. Вне колонии личностная ригидность может быть лишь одной из черт характера, в условиях лишения свободы она часто усиливается и становится почти универсальным механизмом психологической самозащиты. Внутренне это выражается в черно-белом восприятии людей, моралистической или подозрительной оценке событий, застревании на обидах, повторяемости одних и тех же интерпретаций и неспособности переосмыслить даже очевидно изменившуюся ситуацию.

С точки зрения клинической психиатрии ригидизация в колонии имеет двойственное значение. С одной стороны, она выступает как защитный механизм: в мире опасной неопределенности фиксированные правила помогают выжить. Осужденный учится действовать по шаблону, избегать непредсказуемости, не доверять резким переменам и минимизировать риск ошибки. Человек теряет способность к гибкому контакту, плохо переносит новые обстоятель-

[205] Спасенников Б.А. Социально-правовая характеристика осужденных мужчин, отбывающих наказание в исправительных колониях / Б.А. Спасенников, А.М. Смирнов // Социологические исследования. — 2015. — № 9 (377). — С. 120–124

ства, с трудом принимает помощь, враждебно реагирует на иную точку зрения, слабо перестраивает планы и плохо поддается психотерапевтическому воздействию.

Эмоциональное уплощение представляет собой еще один типичный результат длительной изоляции, он требует особенно осторожной интерпретации. В пенитенциарной среде эмоциональное уплощение далеко не всегда является признаком эндогенного процесса. Оно может быть вторичным защитным образованием, возникающим вследствие хронической аффективной перегрузки, неоднократных утрат, подавления чувств, постоянной опасности и бесперспективности. Важно, что подобное уплощение может носить обратимый характер, хотя при длительных сроках и сочетании с органической недостаточностью или расстройствами личности оно нередко закрепляется.

Для клинициста принципиально важно различать эмоциональное уплощение пенитенциарного происхождения и сходные по внешнему виду состояния при шизофреническом спектре, депрессии, органическом снижении или побочном действии психотропных препаратов. При эндогенном процессе уплощение обычно сочетается с иными негативными расстройствами, снижением энергетического потенциала, аутизацией и специфическими изменениями мышления. В пенитенциарной же среде эмоциональное уплощение нередко сохраняет ситуационную избирательность: в безопасном или значимом для субъекта контексте эмоциональная реакция может кратковременно оживать, тогда как в официальном или угрожающем взаимодействии человек остается подчеркнуто бесстрастным. Эта зависимость от контекста и должна учитываться при оценке психического статуса.

Утрата доверия является, пожалуй, самым глубинным и социально значимым следствием длительного пребывания в пенитенциарной среде. Если озлобление и ригидизация могут быть заметны уже на поведенческом уровне, то разрушение доверия затрагивает базовые отношения личности с миром. Осужденный постепенно перестает воспринимать другого человека как потенциальный источник помощи, понимания или сотрудничества. Утрата доверия является не просто социальной настороженностью, а глубокой перестройкой интерперсональных ожиданий, в результате которой само поле отношений становится хронически зараженным подозрением.

Важность этого феномена трудно переоценить, поскольку доверие лежит в основе клинического контакта, психотерапевтической работы, комплаенса, профилактики суицидов и реабилитации. Осужденный, утративший доверие, не сообщает о реальных переживаниях, скрывает слабость, минимизирует истинную симптоматику или, напротив, использует жалобы инструментально. Для ПП это обстоятельство является ключевым: без учета утраты доверия любая оценка жалоб, уровня критики, отношения к болезни и прогнозов ресоциализации будет неполной.

В реальной клинической картине они образуют единый синдромоподобный комплекс вторичной личностной трансформации. Формируется замкнутый круг, в котором личность все меньше способна к гибкому, человечному и доверительному взаимодействию, все сильнее замыкается в защитной скорлупе и все чаще воспринимает мир через призму угрозы и враждебности. При длительном сроке наказания этот круг может становиться основным способом существования субъекта.

Особое значение эти изменения приобретают у лиц с расстройствами личности. При параноидном расстройстве личности пенитенциарная среда закономерно усиливает подозрительность, сверхценную фиксацию на ущемлении прав, склонность к интерпретации нейтральных действий как враждебных. При диссоциальном расстройстве личности озлобление и дефицит доверия сочетаются с холодной инструментальностью и пренебрежением к переживаниям других. При эмоционально-неустойчивом расстройстве личности хроническое напряжение, угроза отвержения и иерархическое давление провоцируют колебания между вспышками ярости и внутренним опустошением.

Не менее важно и то, что описываемые феномены влияют на поведенческий прогноз. Озлобленный и недоверчивый осужденный чаще склонен воспринимать действия окружающих как провокационные и потому быстрее переходит к агрессии. Утрата доверия делает практически невозможной раннюю профилактику кризисов, поскольку человек не сообщает о нарастающей тревоге, суицидальных мыслях, фантазиях мести или психотическом ухудшении. Данные феномены важны не только для описания личностной динамики, но и для оценки риска агрессии, аутоагрессии и рецидива.

В диагностическом отношении врачу-психиатру следует учитывать, что озлобление, ригидизация, эмоциональное уплощение и утрата доверия не всегда свидетельствуют о глубоком моральном распаде личности. Во многих случаях это вторичные адаптационно-защитные образования, возникшие в ответ на длительную травматизацию. Если врач будет воспринимать подобного осужденного только как злонамеренного, манипулятивного или «испорченного», он утратит возможность видеть динамику его страдания и, следовательно, возможность терапевтического влияния. Это не отменяет необходимости дисциплинарной и прогностической оценки, но требует более глубокого клинического взгляда.

Наконец, эти феномены имеют прямое отношение к проблеме постпенитенциарной ресоциализации. Освобождаясь, человек не оставляет колонию психологически в тот же момент, когда выходит за ворота учреждения. Озлобление переносится в семейные отношения, ригидизация препятствует освоению новых социальных ролей, эмоциональное уплощение затрудняет восстановление интимных и доверительных связей, а утрата доверия мешает обращаться за помощью и строить законопослушные формы сотрудничества с обществом.

Формирование тюремной идентичности

Формирование тюремной идентичности относится к наиболее глубоким вариантам личностной перестройки при длительной изоляции. Здесь меняются уже не отдельные реакции — подозрительность, ригидность или эмоциональная сдержанность, — а способ самоопределения человека. Осужденный начинает воспринимать принадлежность к тюремному миру как часть собственной биографии и внутренней позиции, а не только как временное внешнее обстоятельство. Чем дольше такая система выполняет функцию психологической опоры, тем труднее впоследствии перейти к идентичности, не организованной вокруг пенитенциарного опыта.

В работах Young M. H. этот процесс понимался как вхождение человека в особую субкультуру, постепенно вытесняющую прежние гражданские способы самоопределения. Позднее J. V. Justice в своей теории тотальных институтов показал, что закрытые учреждения системно разрушают прежнюю социальную идентичность и производят вторичную ресоциализацию по правилам института. В российском клинико-психологическом контексте данные подходы приобретают дополнительное значение, поскольку тюремная идентичность должна рассматриваться не только как социальный, но и как психопатологически значимый феномен, отражающий глубину личностной перестройки и степень отрыва человека от прежнего жизненного мира.[206,207]

Формирование тюремной идентичности начинается не в тот момент, когда осужденный полностью принимает нормы колонии, а гораздо раньше - с разрушения или резкого ослабления прежних идентификационных опор. Человек лишается привычной социальной роли, про-

---

[206] Young M. H. Assault in prison and assault in prison psychiatric treatment / M. H. Young, J. V. Justice, P. Erdberg // J. Forensic Science. – 2004. – Vol. 49 (1). – P. 1-9.

[207] Минкова Е. А. Социально-психологические факторы, детерминирующие совершение осужденными насильственных преступлений в условиях отбывания наказания в виде лишения свободы // Человек: преступление и наказание. 2015. № 2(89). С. 90–94.

фессионального статуса, семейной функции, бытовой автономии, свободного распоряжения временем и пространством, а вместе с этим - и привычных доказательств собственной непрерывности. Вне пенитенциарной среды субъект опирается на целый ряд устойчивых идентичностей: он может быть отцом, супругом, работником, специалистом, соседом, гражданином, хозяином своего дома. Эта позиция сначала переживается как внешняя и насильственная, при длительном сроке она может интериоризироваться и стать внутренней основой самовосприятия.

На начальном этапе личность, как правило, сопротивляется подобной трансформации. Осужденный может внутренне настаивать на том, что он «не такой, как остальные», что его пребывание в колонии случайно, временно, не затрагивает его сущности. Такая позиция выполняет защитную функцию и позволяет сохранить остатки прежнего Я. По мере длительного пребывания в учреждении, особенно в условиях повторных сроков, постоянного контакта с тюремной субкультурой, ограниченности социальных ролей и снижения интенсивности внешних связей сопротивление нередко ослабевает. Человек начинает не только подчиняться правилам тюремного мира, но и мыслить в его категориях, использовать его язык, усваивать его критерии уважения, унижения, силы, слабости, «правильного» и «неправильного» поведения.

Одним из центральных механизмов формирования тюремной идентичности является замещение прежней индивидуальной субъектности ролевой включенностью в жестко структурированную систему отношений. В колонии личность вынуждена постоянно учитывать не только требования администрации, но и неформальные ожидания среды, связанные с субкультурной иерархией, представлениями о силе, достоинстве, допустимости уступок, опасности доверия, цене откровенности. Это означает, что Я-образ становится зависимым от пенитенциарного контекста и перестраивается в направлении защитной ролевой монолитности.

С психиатрической точки зрения важно, что тюремная идентичность не является бредовым, диссоциативным или иным психотическим феноменом. Она выступает особой формой личностной адаптации к длительно действующей тотальной среде, в ряде случаев способна приобретать патологически фиксированный характер. Она как бы срастается с исходной личностной патологией, образуя новую устойчивую конфигурацию.

Тюремная идентичность имеет несколько взаимосвязанных компонентов:

Первый из них - статусный. Осужденный учится осознавать себя через принадлежность к определенной позиции внутри формальной и неформальной иерархии.

Второй - поведенческий. Личность осваивает типичные способы реагирования, обеспечивающие выживание и приемлемость в пенитенциарной среде: сдержанность, настороженность, закрытость, жесткость, селективную агрессию, контроль речи, контроль аффекта.

Третий компонент - аффективный. Постепенно изменяется эмоциональный тон отношения к миру: сочувствие ослабляется, теплота становится рискованной, доверие переживается как опасность, уязвимость - как предпосылка унижения.

Четвертый компонент - когнитивно-ценностный. Человек начинает оценивать поступки, отношения и события через призму тюремной рациональности, где значимыми оказываются сила, выносливость, непроницаемость, лояльность своей группе и готовность к ответному насилию.

Наконец, пятый компонент - временной. Будущее нередко сужается, теряет конкретность и перестает выступать как пространство свободного проектирования жизни. Настоящее начинает доминировать над будущим, а прошлое либо романтизируется, либо вытесняется как источник боли и утраты.

Важным моментом является то, что тюремная идентичность далеко не всегда формируется как добровольное принятие субкультуры. Гораздо чаще это вынужденная внутренняя перестройка, вырастающая из необходимости психологического выживания. Личность, кото-

рая в обычной жизни могла бы сохранять мягкость, доверительность или моральную рефлексию, в колонии постепенно усваивает иные механизмы самосохранения. Но она так трудно преодолевается: то, что возникло как защита, начинает восприниматься как единственно возможный способ быть собой в опасном мире.

Тюремный жаргон, специфические формы обращения, ирония, намеки, сокращенные эмоциональные формулы и система обозначения статусов создают не только коммуникативную, но и мировоззренческую рамку. Через язык закрепляются представления о «своих» и «чужих», о допустимом и унизительном, о праве на насилие и о цене слабости. Для психиатра важен не сам факт использования жаргона, а степень, в которой язык пенитенциарной среды становится базовым инструментом мышления и самопонимания. Когда субъект начинает описывать себя и других почти исключительно в этих категориях, можно говорить о значительной глубине тюремной идентификации.

В клинической практике тюремная идентичность проявляется в ряде характерных особенностей контакта. Осужденный может говорить о себе предельно скупо, как будто избегая любых высказываний, раскрывающих внутренний мир. Он демонстрирует повышенную чувствительность к вопросам о слабости, страхе, вине, стыде, привязанности. Такой стиль самопрезентации является частью идентичности и должен учитываться при клинической интерпретации жалоб.

Следует также учитывать различия между первичной и вторичной тюремной идентичностью. Первичная чаще наблюдается у лиц, впервые оказавшихся в заключении, и формируется как реакция на текущую среду. Она относительно пластична и нередко сохраняет конфликт с прежним гражданским Я. Вторичная, напротив, характерна для лиц с повторными сроками, длительным стажем жизни в местах лишения свободы, ранней криминализацией личности и глубокой включенностью в пенитенциарную субкультуру. Эта форма особенно неблагоприятна в реабилитационном отношении, поскольку освобождение воспринимается таким субъектом не столько как возвращение к нормальной жизни, сколько как выход из понятного мира в опасную и недоверительную внешнюю среду.

Проблема тюремной идентичности имеет и сугубо психиатрическое значение в контексте дифференциальной диагностики. В других случаях подчеркнутая жесткость, дефицит эмпатии и обесценивание другого могут быть приняты за сугубо диссоциальное расстройство личности, хотя на деле в них велика доля вторично сформированной тюремной идентичности. Наконец, тотальная настороженность и готовность видеть угрозу во всем иногда напоминают параноидный стиль, но при более глубоком анализе оказываются не бредовой или личностно-конституциональной подозрительностью, а следствием длительного проживания в среде, где доверие действительно может иметь высокую цену.

Тюремная идентичность тесно связана с процессами моральной переработки совершенного деяния. В этих случаях преступление рационализируется, минимизируется, перекладывается на обстоятельства, жертву, общество, состояние опьянения, судьбу или давление среды. Такие осужденные нередко демонстрируют внутреннюю раздвоенность, сочетание стыда и ожесточения, потребность в искуплении и одновременную неспособность доверять помощи. В обоих случаях тюремная идентичность влияет на прогностически значимые параметры - уровень критики, возможность психокоррекции, вероятность повторного насилия и готовность к ресоциализации.

Освобождение само по себе не гарантирует дезидентификации с тюремным миром. Более того, чем длительнее срок, чем слабее связи с семьей и чем глубже включенность в субкультурные нормы, тем выше риск того, что человек сохранит пенитенциарную идентичность и за пределами учреждения. Это проявляется в неспособности устанавливать доверительные отношения, в ожидании унижения со стороны окружающих, в болезненной чувствительности к неуважению, в ригидной системе чести и ответного насилия, в трудности подчинения граждан-

ским правилам, если они не совпадают с усвоенной внутренней иерархией значимостей. ПП должна рассматривать тюремную идентичность не как побочный социальный феномен, а как один из центральных объектов клинического, реабилитационного и прогностического анализа.

Личностная динамика при длительных сроках наказания

Личностная динамика при длительных сроках наказания относится к центральным объектов ПП, поскольку во времени наиболее отчетливо обнаруживается глубина преобразований, происходящих с человеком в условиях многолетней изоляции. В этой реальности личность перестает лишь реагировать на тюремную ситуацию и начинает существовать внутри нее как внутри долговременного, почти единственного жизненного мира. При длительном отбывании наказания следует говорить не только о стрессовых последствиях изоляции, но и о медленной, последовательной, часто малозаметной перестройке мотивационной сферы, эмоционального реагирования, межличностных установок, временной перспективы, образа Я и способов отношения к норме, власти, другому человеку и самому себе.[208]

Длительный срок наказания воздействует на личность не как единичная психотравма, а как хроническая, тотальная и структурирующая среда. В отличие от кратковременного экстремального события, которое нарушает психическое равновесие, но не обязательно изменяет ядро личности, многолетняя изоляция постепенно перестраивает саму систему личностных отношений. На место развернутой, многоуровневой жизненной перспективы приходит существование в условиях режима, где время внешне регламентировано, выбор ограничен, а социальное признание определяется специфическими критериями пенитенциарной среды.

На ранних этапах длительного срока личностная динамика еще сохраняет признаки борьбы между прежней и новой системой самоопределения. Осужденный может внутренне жить ожиданием освобождения, возвращением к семье, работой, возможностью «начать сначала». По мере увеличения срока, особенно при слабости семейных контактов, повторности осуждений, отсутствии содержательной деятельности и длительном включении в тюремную субкультуру, происходит постепенное смещение жизненного центра тяжести. Человек уже не столько строит жизнь, сколько удерживает психическую устойчивость в повторяющемся и маловариативном цикле существования.

Одним из первых стойких эффектов длительного срока становится хронизация защитных форм поведения. Те особенности, которые в начале заключения носили адаптивный, ситуационный характер, впоследствии закрепляются как черты устойчивого личностного стиля. Недоверие перестает быть реакцией на опасную среду и становится постоянной установкой. В клиническом смысле это особенно важно, поскольку грань между вторичной пенитенциарной деформацией и исходной личностной патологией со временем становится менее отчетливой.

На первых этапах преобладают аффекты страха, стыда, тревоги, тоски, унижения, отчаяния, неопределенности. Продолжительное пребывание в этих состояниях психика переносит с трудом, формируются более экономные формы эмоционального функционирования. У части осужденных развивается эмоциональное уплощение, внешняя невозмутимость, снижение выраженности тонких чувств, ослабление способности к сопереживанию. Такие варианты не являются взаимоисключающими; скорее они отражают разные траектории приспособления личности к длительно действующей психотравмирующей среде.

Вне мест лишения свободы человек, как правило, живет в связи прошлого, настоящего и будущего, постоянно соотнося текущие действия с перспективными целями. Для одних осуж-

---

[208] Антонян Ю.М. Личность осужденных, имеющих психические аномалии и их поведение в местах лишения свободы // Проблемы повышения эффективности применения основных средств исправления и перевоспитания осужденных: Сб. На-уч. тр. – Рязань, ВШ МВД СССР, 1984. – С. 64–77.

денных характерна фиксация на прошлом: они бесконечно возвращаются к моменту преступления, к судебной ошибке, к якобы несправедливому приговору, к утраченным отношениям. Для других типично сужение психической жизни до настоящего дня, до ближайшей недели, до конкретного бытового цикла. Для третьих возникает малореалистичное, фантазийное будущее, лишенное связи с реальными шагами и условиями освобождения. Во всех этих вариантах наблюдается снижение способности к подлинному жизненному проектированию. Ее утрата означает глубокое личностное изменение, имеющее прямое отношение к ПП.

Осужденный привыкает к жизни в пространстве, где большая часть решений принимается не им, а внешней системой. Режим определяет время подъема, сна, приема пищи, перемещения, контактов, труда, дисциплинарной ответственности, допустимой инициативы. Парадоксально, но многолетнее пребывание в режиме принудительной организации жизни нередко формирует не зрелую дисциплину, а зависимость от внешнего порядка. Вне колонии такой человек может испытывать не только радость освобождения, но и скрытую дезориентацию, тревогу перед множественностью выборов, неумение структурировать день и регулировать собственную активность без внешнего контроля.

У лиц с длительными сроками особенно заметно меняется отношение к другим людям. Подлинная открытость, доверительное сближение, принятие собственной зависимости от другого начинают переживаться как риск. Утрата доверия, описанная в предыдущем разделе, при длительных сроках приобретает уже не реактивный, а характер устойчивого межличностного принципа. Эта трансформация имеет большое значение для прогноза ресоциализации, поскольку после освобождения человек может оказаться неспособным к восстановлению нормальных семейных, трудовых и терапевтических отношений.

При длительном сроке у части осужденных формируется стойкая отрицательная идентичность: человек начинает воспринимать себя через призму преступления, клейма, отчуждения от обычного общества. У других, напротив, возникает защитно-компенсаторная идеализация собственного Я, в рамках которой любые ошибки и страдания объясняются исключительно внешней несправедливостью. Между этими полюсами существует множество промежуточных форм, но во всех случаях наблюдается глубокое преобразование самовосприятия. Возникает ощущение, что колония разделила жизнь на «до» и «после», причем граница между ними нередко приобретает почти экзистенциальный характер. Такая внутренняя разорванность делает личностную динамику при длительном сроке наказания особенно сложной и неоднозначной.

При этом нельзя рассматривать всех лиц с длительными сроками наказания как однородную группу. Характер личностной динамики в значительной степени определяется преморбидной структурой личности, возрастом, интеллектуальным уровнем, степенью психической сохранности, наличием расстройств личности, органического фона, зависимостей, психотических эпизодов, характером совершенного преступления, опытом прежних заключений и качеством социальных связей вне учреждения. У лиц с диссоциальными и эмоционально-неустойчивыми чертами длительный срок чаще усиливает агрессивность, цинизм, инструментальное отношение к людям и устойчивость криминальных установок. При органической недостаточности чаще усиливаются вязкость, аффективная неустойчивость, раздражительность, снижение критики и примитивизация адаптационных стратегий.

С позиций МКБ-10/11 важно, что длительный срок сам по себе не является нозологическим фактором в узком смысле, но выступает мощным патопластическим и патогенетически значимым условием для декомпенсации уже имеющихся психических и личностных нарушений. В отношении депрессивных, тревожных, стресс-связанных и адаптационных расстройств длительное пребывание в пенитенциарной среде способствует хронизации симптоматики, снижению эмоционального ресурса и формированию вторичных изменений личности. В отношении расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, лишение свободы не

устраняет автоматически патологическую зависимость, а нередко трансформирует ее в латентную мотивационную готовность к рецидиву после освобождения.

Личностная динамика при длительных сроках наказания может носить и внешне парадоксальный характер. Иногда многолетнее заключение приводит не к нарастанию открытой конфликтности, а к формированию внешне благополучной, дисциплинированной, «ровной» личности. За внешней упорядоченностью может скрываться глубокое эмоциональное обеднение, утрата интересов, редукция жизненных целей, внутренний отказ от активного саморазвития. Осужденный перестает быть проблемным не поскольку психологически вырос, а поскольку внутренне сузился и отказался от значимой части собственной субъектности.

Отдельного рассмотрения заслуживает вопрос о возможности позитивной личностной динамики при длительном сроке. Было бы методологически неверно утверждать, что всякое продолжительное заключение неизбежно ведет лишь к деградации или деформации. У части осужденных действительно наблюдаются элементы личностной переработки, усиление рефлексии, отказ от прежних криминальных установок, обращение к религиозным, нравственным или интеллектуальным формам самоподдержки. Такие случаи требуют наличия ряда условий: сохранного интеллекта, определенного уровня внутренней культуры, относительной способности к самонаблюдению, хотя бы минимальной поддерживающей среды и пространства для смысловой работы над собственной биографией.

Для практической ПП принципиально важно, что личностная динамика при длительных сроках наказания должна оцениваться не по одному моментному осмотру, а в процессе длительного наблюдения. Только динамический подход позволяет различить временную реакцию, устойчивую пенитенциарную деформацию, декомпенсацию расстройства личности, развитие депрессивного или тревожного состояния, органическое снижение либо формирование институциональной зависимости. Психиатр в учреждении исполнения наказаний должен быть не только диагностом текущего состояния, но и наблюдателем длительных траекторий личностного изменения.

Место психиатра в структуре медицинской помощи ФСИН

Переход от анализа пенитенциарной среды и личностной трансформации осужденного к вопросам организации психиатрической помощи в учреждениях УИС является внутренне закономерным. Он входит в число ключевых специалистов, обеспечивающих не только клиническое ведение психически неблагополучного контингента, но и стабильность функционирования всего учреждения в условиях повышенных рисков суицидальности, агрессии, дезадаптации, декомпенсации расстройств личности, психозов и зависимости, как отметили Датий А.В. Павленко А.А. Нормативно лечебно-профилактическая помощь осужденным организуется в соответствии с законодательством РФ, а в УИС для медицинского обслуживания осужденных предусмотрены медицинские части, больницы и специализированные психиатрические больницы.[209]

Место психиатра в структуре медицинской помощи ФСИН определяется двойственной природой самой пенитенциарной медицины. С одной стороны, психиатр включен в систему ведомственного здравоохранения и действует как врач, руководствующийся медицинскими показаниями, законом, клинической логикой и принципами охраны здоровья. Его положение следует рассматривать как узловую точку пересечения клинического, правового, организационного и профилактического контуров пенитенциарной системы. Право заключенных и осуж-

[209] Датий А.В., Павленко А.А. К вопросу о совершенствовании действующего законодательства в области пенитенциарной медицины // Человек: преступление и наказание. 2011. № 1. С. 58–61.

денных на медицинскую помощь, в том числе при необходимости в государственных и муниципальных медицинских организациях, закреплено федеральным законом, а организация такой помощи в УИС регулируется специальным порядком Минюста.

Организационно психиатрическая помощь в учреждениях УИС встроена в общую систему медико-санитарного обеспечения осужденных. Более высокий уровень образуют больницы и специализированные медицинские организации УИС, включая психиатрические больницы, предназначенные для более углубленной диагностики, стационарного лечения и наблюдения за более тяжелыми контингентами. В таком построении системы врач-психиатр может выполнять функцию специалиста первичного звена внутри медчасти исправительного учреждения, а также выступать звеном маршрутизации пациента на следующий этап оказания помощи, если амбулаторные возможности исчерпаны или состояние осужденного требует изоляции, интенсивного наблюдения либо специализированного стационарного лечения.

Он сталкивается с теми состояниями, которые могут в короткие сроки менять поведение осужденного и создают угрозу как самому пациенту, так и окружающим: острые психотические эпизоды, выраженные аффективные срывы, суицидальные тенденции, тяжелая тревога, дисфорические декомпенсации, психоорганические нарушения с импульсивностью, синдромы отмены, агрессивные реакции, грубые расстройства поведения. В этом отношении психиатр в структуре медицинской помощи ФСИН оказывается не только лечащим врачом, но и специалистом по клиническому прогнозированию риска, от своевременных решений которого зависит безопасность учреждения. Порядок оказания медицинской помощи в УИС предусматривает амбулаторный прием, неотложную и экстренную помощь без предварительной записи, сопровождение осужденных на прием, а при невозможности оказания помощи в учреждении - направление в иные подразделения медорганизации УИС или в государственные и муниципальные медорганизации.

Клиническая значимость психиатра в системе ФСИН не должна заслонять его профессиональную автономию. Одним из фундаментальных правовых принципов, имеющих особое значение в пенитенциарных условиях, является независимость врача-психиатра при оказании психиатрической помощи. В этих условиях клиническая позиция психиатра должна сохранять нормативную опору: установление психиатрического диагноза, решение вопроса о необходимости психиатрической помощи, а тем более недобровольных мер относится к исключительной компетенции врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров. При оказании психиатрической помощи врач-психиатр независим в своих решениях и руководствуется медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом.

Отсюда вытекает и особое место психиатра в иерархии ведомственной медицины: он подчинен организационной структуре медико-санитарной части и учреждения, но не может быть подменен в клиническом суждении ни администрацией, ни иными специалистами. Психиатр обязан различать нарушения режима, обусловленные личностной установкой, ситуационным протестом, субкультурной стратегией, симулятивным поведением или манипуляцией, с одной стороны, и поведение, детерминированное психическим расстройством, - с другой. Такая роль имеет прямое значение для соблюдения прав осужденных и для предотвращения как гипердиагностики, так и опасного недовыявления тяжелой психопатологии.

В структуре медицинской помощи ФСИН психиатр выполняет функцию клинической маршрутизации. Он определяет, достаточно ли наблюдения в медицинской части, требуется ли стационар, комиссионная оценка или перевод в специализированное подразделение, а также насколько срочным должно быть решение. Для острого психоза, тяжелой депрессии, выраженной абстиненции, спутанности сознания и неконтролируемого риска эта организационная функция непосредственно становится частью лечения.

Особая роль психиатра проявляется и в том, что он работает не с изолированной болезнью, а с клиническим случаем, находящимся внутри сложной социальной и режимной ситу-

ации. В УИС его постоянными партнерами становятся начальник отряда, сотрудники безопасности, оперативные подразделения, психологическая служба, воспитательный аппарат, медицинский персонал среднего звена, а в отдельных случаях - суд, прокуратура, экспертные комиссии, внешние медицинские организации. Пенитенциарный психиатр оказывается встроенным в более широкую систему наблюдения, чем врач гражданской сети, но он переводит разрозненные сигналы среды в язык клинической оценки. Порядок оказания медпомощи в УИС специально предусматривает взаимодействие медорганизации УИС и администрации учреждения при организации приема, сопровождения и круглосуточной неотложной помощи.

Не менее важно и то, что психиатр в ФСИН является носителем защитной, а не только карательно-обслуживающей функции. Сущностное место психиатра в системе ФСИН определяется тем, что он обеспечивает реализацию права на психиатрическую помощь лиц, которые по самой природе пенитенциарного статуса ограничены в свободе выбора, затруднены в свободном обращении за лечением и нередко стигматизируют собственную психическую симптоматику. Федеральный закон прямо закрепляет право лиц, отбывающих лишение свободы, на медицинскую помощь, в том числе за пределами УИС при невозможности ее оказания внутри системы, а закон о психиатрической помощи устанавливает права лиц с психическими расстройствами, добровольность обращения и сохранение врачебной тайны как базовые принципы.

При этом врач-психиатр не может существовать в структуре ФСИН изолированно от общей медицинской службы. Его место - не над системой, а внутри нее, но в положении специалиста, чьи выводы имеют особый вес. Работа психиатра опирается на медицинскую часть как базовое организационное звено, на средний медицинский персонал, на систему регистрации обращений, на порядок наблюдения, на наличие кабинета приема, доступа к лекарственной терапии, инструментальных и лабораторных исследований, возможности консультаций и перевода в профильные стационары. Номенклатура учреждений здравоохранения УИС и действующий порядок оказания медицинской помощи подтверждают наличие многоуровневой системы - от медчастей до специализированных больниц и направления во внешние медорганизации при невозможности оказания помощи внутри УИС.

ЧАСТЬ III. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЕ

Глава 8. Организация психиатрической службы в учреждениях УИС

Основные задачи врача-психиатра в исправительном учреждении

Если предшествующий подраздел был посвящен месту психиатра в общей структуре медицинской помощи ФСИН, то далее необходимо определить содержательную сторону его профессиональной деятельности, то есть круг основных задач, которые он решает в исправительном учреждении. Он работает с контингентом, для которого характерны высокая частота расстройств личности, зависимостей, органических нарушений, аффективных и тревожных расстройств, психозов, интеллектуальной недостаточности, а также значительное распространение суицидального, агрессивного, манипулятивного и аутоагрессивного поведения. Действующее законодательство исходит из того, что психиатрическая помощь в амбулаторных условиях включает профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию и диспансерное наблюдение, а в учреждениях УИС она встраивается в общую систему медико-санитарного обеспечения осужденных.

Первой и базовой задачей врача-психиатра в исправительном учреждении является своевременное выявление психически неблагополучных осужденных. Психиатрическая выявляемость в УИС опирается не только на обращаемость, но и на активное клиническое наблюдение, анализ медицинской документации, сведения от среднего персонала, психологов и администрации, оценку поведения в отряде, в конфликтных ситуациях, в период этапирования, изоляции, дисциплинарных взысканий, после получения психотравмирующих известий из дома. Пенитенциарный психиатр решает задачу раннего распознавания состояний риска раньше, чем они оформятся в развернутый психоз, тяжелую депрессию, суицидальную попытку или опасное поведение. Юридически это согласуется с тем, что установление психиатрического диагноза и принятие решения о необходимости психиатрической помощи отнесены к исключительной компетенции врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров.

Качество помощи определяется тем, насколько согласованы первичный скрининг, клиническая диагностика, лечение, оценка риска и маршрутизация внутри учреждения.

Он ведет пациента во времени, оценивает изменения состояния, эффективность и переносимость препаратов, выраженность побочных эффектов, приверженность лечению, наличие отказов, скрытого накопления медикаментов, риски злоупотребления препаратами, необходимость коррекции схемы. Особое место занимает наблюдение за лицами с хроническими психозами, тяжелыми аффективными расстройствами, органическими нарушениями, декомпенсированными расстройствами личности и зависимостями. В пенитенциарных условиях динамика психического состояния подвержена влиянию режима, межличностных конфликтов, угрозы насилия, длительной изоляции, стадий адаптации к сроку наказания, даже клинически стабильный пациент нуждается в периодической переоценке. Амбулаторная психиатрическая

помощь по закону включает не только лечение, но и диспансерное наблюдение и медицинскую реабилитацию.

В исправительном учреждении врач должен постоянно работать в зоне предупреждения суицидов, самоповреждений, аффективных срывов, дисфорических разрядок, острых психотических эпизодов и агрессивных действий. Психиатр не просто констатирует наличие риска; он обязан клинически распознавать его предикторы, выделять группы наблюдения, определять объем помощи, рекомендовать изменение режима медицинского наблюдения, ставить вопрос о госпитализации или неотложных мерах. Эта задача особенно важна поскольку в пенитенциарной среде суицидальность и аутоагрессия могут быть как выражением тяжелого депрессивного или психотического состояния, так и формой протеста, манипуляции, субкультурного давления, реагирования на виктимизацию. Аналогично агрессия может быть реактивной, дисфорической, психопатической, органической, психотической либо инструментальной.

К задачам психиатра относится выбор адекватного уровня помощи. Решение об амбулаторном наблюдении, стационарном лечении, комиссионной оценке или переводе должно вытекать из тяжести состояния, динамики риска и доступности необходимого медицинского вмешательства, а не из удобства режима или формальной принадлежности пациента к учреждению.

Шестая задача врача-психиатра - участие в междисциплинарном взаимодействии без утраты клинической независимости. Смысл этого взаимодействия состоит не в подчинении клинического решения интересам режима, а в обеспечении полноты информации и практической реализации медицинских мероприятий. Закон специально закрепляет независимость врача-психиатра: при оказании психиатрической помощи он руководствуется только медицинскими показаниями, врачебным долгом и законом. В пенитенциарной системе это положение приобретает не теоретическое, а ежедневное практическое значение.

Седьмая задача связана с ведением медицинской документации и клинико-правовой фиксацией психического состояния. Для ПП документирование особенно важно, поскольку медицинская запись выступает не только элементом преемственности лечения, но и правовым доказательством добросовестности клинических решений. Психиатр обязан отражать жалобы, анамнез, особенности поведения, психический статус, динамику состояния, назначенное лечение, реакцию на терапию, основания для госпитализации или отказа от нее, признаки риска суицида и агрессии, факты отказа от лечения, заключения комиссий. Порядок оказания медицинской помощи осужденным и общие гарантии закона о психиатрической помощи предполагают обязательную фиксацию решений психиатра и их правовую проверяемость.

Наконец, важной задачей врача-психиатра является участие в реабилитации и подготовке пациента к последующим этапам его правового и социального пути. Тем не менее, психиатр решает задачи стабилизации состояния, повышения критики, уменьшения импульсивности, коррекции тревожно-депрессивных и дисфорических проявлений, поддержания когнитивного уровня, формирования минимально возможной приверженности лечению, а в перспективе - обеспечения преемственности при переводе, освобождении или направлении в иные учреждения. Обязанность системы УИС организовывать медицинскую помощь осужденным, а в необходимых случаях обеспечивать ее за пределами учреждения, создает правовую основу для такой преемственности.

Амбулаторная и стационарная психиатрическая помощь осужденным

Организация психиатрической помощи осужденным в учреждениях УИС строится на сочетании двух основных форм медицинской работы - амбулаторной и стационарной. Уголовно-исполнительный кодекс предусматривает, что в системе УИС для медицинского

обслуживания осужденных организуются медицинские части и лечебно-профилактические учреждения, включая специальные психиатрические больницы, а действующий порядок организации медицинской помощи осужденным, утвержденный приказом Минюста России № 285, в редакции от 24 декабря 2023 года, сохраняет разграничение медицинской помощи по условиям ее оказания и описывает соответствующую инфраструктуру. Право осужденных на получение медицинской помощи, в том числе при необходимости вне системы УИС, закреплено и в Федеральном законе № 323-ФЗ.

Амбулаторная психиатрическая помощь представляет собой базовую и наиболее массовую форму работы психиатра в исправительном учреждении. Она обеспечивает повседневное клиническое наблюдение за контингентом, своевременное выявление психопатологических нарушений, коррекцию лечения, профилактику декомпенсаций, ведение лиц с хроническими расстройствами вне острого состояния и наблюдение за группами риска. Закон о психиатрической помощи прямо устанавливает, что в амбулаторных условиях осуществляются профилактика, диагностика, лечение, медицинская реабилитация и диспансерное наблюдение в зависимости от медицинских показаний.

Особенностью амбулаторной психиатрической помощи в УИС является то, что она развивается не в нейтральной социальной среде, а внутри режима, который сам по себе может усиливать или маскировать психопатологию. Она предполагает регулярные осмотры, анализ поведения осужденного в отряде, оценку жалоб в связи с изменением режима и межличностной ситуации, выявление суицидального и агрессивного риска, распознавание диссимуляции, аггравации и симуляции, определение показаний к переводу в более интенсивный режим наблюдения. В пенитенциарной системе этот механизм приобретает особую значимость, поскольку позволяет не ждать выраженного обострения, а сопровождать хронически психически неблагополучных осужденных в режиме активного клинического контроля.

Стационарная психиатрическая помощь требуется тогда, когда амбулаторное наблюдение не обеспечивает достаточной интенсивности лечения, безопасности или диагностической определенности. Для пенитенциарного психиатра решение о госпитализации означает прежде всего смену уровня помощи: круглосуточное наблюдение, возможность быстрой коррекции терапии и более надежный контроль острого риска. Правовые основания добровольной и недобровольной госпитализации рассматриваются далее в разделе о принудительном наблюдении и лечении.

Организационно стационарная помощь в УИС реализуется через больницы системы, включая специализированные психиатрические больницы, тогда как амбулаторная помощь в учреждениях обеспечивается медицинскими частями, здравпунктами и иными структурными подразделениями медицинских организаций УИС. Действующий порядок прямо указывает, что к структурным подразделениям, оказывающим медицинскую помощь лицам, содержащимся в учреждениях УИС, относятся медицинские части, здравпункты, больницы, в том числе специализированные психиатрические и туберкулезные.

Стационарная психиатрическая помощь осужденным не замыкается исключительно на внутренней инфраструктуре ФСИН. Законодательство и действующий порядок исходят из того, что при невозможности оказания необходимой медицинской помощи в медицинских организациях УИС пациент подлежит направлению либо в иные структурные подразделения системы, либо в медицинские организации государственной и муниципальной систем здравоохранения, где такая помощь может быть оказана.

Клинически различие между амбулаторной и стационарной формой помощи следует понимать не как различие между «легкими» и «тяжелыми» пациентами в упрощенном виде, а как различие между режимами медицинского наблюдения. Для ПП такой динамический подход особенно важен, поскольку течение расстройств существенно модифицируется режимом, субкультурой и стрессовой нагрузкой. Вопрос о форме помощи всегда должен решаться заново

с учетом не только диагноза по МКБ-10/11, но и актуального синдрома, уровня риска, степени утраты самоконтроля, комплаенса и возможностей безопасного ведения осужденного в конкретной среде.

Отдельного анализа требует то обстоятельство, что в условиях исправительного учреждения амбулаторная психиатрическая помощь тесно переплетается с профилактикой, а стационарная - с кризисной интервенцией. Обе формы помощи представляют собой не два изолированных уровня, а два последовательно связанных этапа одного процесса. Для ПП такая преемственность имеет не только медицинское, но и правовое, режимное и профилактическое значение, поскольку непосредственно влияет на частоту суицидов, самоповреждений, агрессии, дисциплинарных нарушений и повторной дезадаптации.

Принудительное наблюдение и лечение

Проблема принудительного наблюдения и лечения в учреждениях УИС относится к числу наиболее сложных и чувствительных вопросов ПП, поскольку в ней пересекаются клинические, правовые, этические и режимные компоненты. В действующем российском праве оно охватывает несколько различных правовых режимов: принудительные меры медицинского характера, назначаемые судом; обязательное лечение по решению медицинской комиссии учреждения; а также недобровольную психиатрическую госпитализацию по правилам закона о психиатрической помощи, когда для этого имеются специальные основания. Врач-психиатр в исправительном учреждении обязан различать не только клиническую тяжесть расстройства, но и правовую форму допустимого медицинского воздействия.

В узком уголовно-правовом смысле принудительные меры медицинского характера применяются к осужденным, страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, по решению суда. Уголовно-исполнительный кодекс прямо указывает, что к осужденным к принудительным работам, аресту и лишению свободы, страдающим такими расстройствами, соответствующие меры применяются учреждениями, исполняющими наказание, по судебному решению. Это положение принципиально важно для ПП: оно означает, что выявление опасного психического расстройства в колонии не остается внутренним медицинским вопросом, а переводится в плоскость судебно-контролируемого правового решения.

Они могут назначаться лицам, совершившим преступление и страдающим психическими расстройствами, не исключающими вменяемости, а также некоторым иным категориям лиц, специально указанным в статье 97 УК РФ. При этом закон специально оговаривает, что такие меры допустимы только тогда, когда психическое расстройство связано с возможностью причинения иного существенного вреда либо с опасностью для самого лица или окружающих. Для пенитенциарной практики это особенно важно, поскольку в местах лишения свободы широко распространены личностные расстройства, невротические декомпенсации, зависимое поведение, органически обусловленные нарушения и иные психические аномалии, лишь часть из них достигает того уровня клинико-правовой значимости, который делает оправданным судебное применение принудительных мер медицинского характера. Принуждение в этой сфере всегда должно опираться не только на нозологию, но и на синдромальную оценку опасности, тяжести и прогноза состояния.

Статья 100 УК РФ предусматривает принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях, если лицо по своему психическому состоянию не нуждается в помещении в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях. Закон различает общий, специализированный и специализированный с интенсивным наблюдением типы стационарного лечения, что отражает градацию клинической тяжести и уровня опасности. В ПП это означает, что принудительное амбулаторное наблюдение

допустимо при состояниях, сохраняющих относительную поведенческую организованность, тогда как стационарная форма требуется при выраженных психотических синдромах, тяжелых аффективных расстройствах с суицидальной или агрессивной угрозой, глубокой дезорганизации поведения, грубых органических нарушениях с опасным дисконтролем.

В учреждениях УИС действует и иной, не тождественный судебным принудительным мерам режим - обязательное лечение. Статья 18 УИК РФ предусматривает, что к осужденным к соответствующим видам наказания, больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, ВИЧ-инфекцией, открытой формой туберкулеза либо не прошедшим полного курса лечения венерического заболевания, по решению медицинской комиссии учреждения применяется обязательное лечение. Для рассматриваемой главы особенно важно отметить, что это обязательное лечение не совпадает с принудительными мерами медицинского характера в уголовно-правовом смысле.

Особое место в современной системе занимает правовое регулирование в отношении осужденных за преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности. Закон специально подчеркивает, что данная конструкция не распространяется на тех осужденных, к которым уже применяются принудительные меры медицинского характера по решению суда в связи с психическим расстройством, не исключающим вменяемости. Для пенитенциарного психиатра это создает дополнительную обязанность по дифференцированной квалификации ситуации и недопущению подмены добровольного освидетельствования псевдопринудительным административным давлением.

Наряду с уголовно-правовыми и уголовно-исполнительными механизмами в деятельности психиатра УИС сохраняет значение и общий закон о психиатрической помощи. При тяжелом психическом расстройстве возможна госпитализация в недобровольном порядке, если обследование или лечение возможны только в стационаре, а состояние лица обусловливает непосредственную опасность для себя или окружающих, беспомощность либо существенный вред его здоровью при оставлении без психиатрической помощи. Для пенитенциарной системы это означает, что при остром психозе, кататоническом состоянии, тяжелой депрессии с активной суицидальностью, психомоторном возбуждении или иной опасной декомпенсации врач должен мыслить не только категориями ведомственного режима, но и категориями закона о психиатрической помощи, поскольку он определяет критерии допустимой недобровольной госпитализации.

Из сказанного следует, что в условиях исправительного учреждения принудительное наблюдение и лечение не является единым универсальным инструментом, который мог бы применяться всякий раз, когда осужденный неудобен, конфликтен или демонстрирует поведенческую дестабилизацию. Напротив, правомерное принуждение возможно лишь при строгом совпадении клинических и юридических критериев. В этом состоит одна из главных профессиональных обязанностей пенитенциарного психиатра: отличить болезнь, требующую принудительного медицинского вмешательства, от девиантного, криминогенного или субкультурно обусловленного поведения, которое должно оцениваться в иных плоскостях - дисциплинарной, воспитательной, психологической, криминологической.

Даже когда медицинское вмешательство осуществляется в недобровольном порядке, психиатрическая помощь не утрачивает своего лечебного назначения и не превращается в форму наказания. Ее цель состоит не в усилении репрессивного воздействия на осужденного, а в снижении выраженности психопатологии, предупреждении существенного вреда, уменьшении риска опасного поведения и создании условий для дальнейшего клинического наблюдения. В пенитенциарной среде, где медицинская помощь легко может оказаться в тени режимных интересов, особенно важно сохранить принцип клинической самостоятельности врача и не допустить подмены психиатрии административным контролем.

Для практики принудительное наблюдение и лечение в УИС следует рассматривать как особый режим клинико-правового сопровождения, применяемый к ограниченному кругу осужденных. Только при такой многоуровневой оценке принуждение остается правомерным и медицински оправданным. В противном случае возрастает риск либо необоснованного ограничения прав осужденного, либо, напротив, пропуска тяжелой психопатологии с последующими суицидами, агрессией, психотическими эпизодами и иными тяжелыми последствиями.

Особенности работы психиатра в исправительной колонии

Работа врача-психиатра в исправительной колонии относится к особому виду клинической и организационной деятельности, формирующийся на пересечении медицинской, правовой и пенитенциарной систем. В отличие от гражданского здравоохранения, где психиатр функционирует преимущественно в условиях добровольного обращения пациента и относительной автономии клинических решений, в уголовно-исполнительной системе его деятельность изначально включена в жестко регламентированную среду, характеризующуюся режимом изоляции, субординацией и постоянным контролем поведения осужденных.

Исправительная колония как социально-психологическая система обладает выраженной иерархической структурой, в которой неформальные нормы и правила поведения зачастую оказывают не меньшее влияние на психическое состояние осужденного, чем формальные регламенты. Внутренняя стратификация контингента, наличие субкультурных ролей, устойчивых поведенческих паттернов, а также постоянная угроза насилия формируют специфическую среду, в которой психические расстройства проявляются в трансформированном, патопластически измененном виде. В этих условиях врач-психиатр вынужден учитывать не только клиническую картину заболевания, но и контекст ее формирования и проявления, включая влияние тюремной субкультуры, межличностных отношений и статуса осужденного.

Отдельного анализа требует феномен недоверия к врачу, который в условиях колонии часто воспринимается осужденными как представитель администрации. Это снижает откровенность пациентов, способствует диссимуляции психопатологических симптомов или, напротив, их аггравации и симуляции в целях получения вторичной выгоды. Такие формы искажения клинической картины подробно описаны в судебно-психиатрической практике и требуют от врача высокой степени клинической настороженности и опыта.

В колониях значительно выше распространенность расстройств личности, диссоциального (F60.2 по МКБ-10, 6D30 по МКБ-11), эмоционально-неустойчивого (F60.3, 6D10), параноидного (F60.0, 6D10.0) и их смешанных форм. Эти расстройства определяют характер межличностных взаимодействий, склонность к агрессии, импульсивность, манипулятивное поведение и низкий уровень комплаенса. Врач-психиатр сталкивается с пациентами, у которых патологические личностные черты являются не только фоном, но и активным фактором текущего поведения, включая конфликтность, нарушения режима и участие в противоправной активности внутри учреждения.

Существенной особенностью является высокая коморбидность психических расстройств. У значительной части осужденных выявляется сочетание расстройств личности с зависимостями от психоактивных веществ (F10–F19, 6C4–6C5), органическими психическими расстройствами (F06–F07, 6D70–6D8Z) и аффективной патологией. Такая коморбидность усложняет диагностику, требует дифференциации между эндогенными, органическими и ситуационно обусловленными нарушениями, а также влияет на выбор терапевтической тактики.

Отдельное место занимает проблема агрессии и насилия, которые в мужских колониях являются частым феноменом и могут иметь различную природу - от реактивных аффектив-

ных вспышек до инструментального поведения, связанного с криминальной мотивацией. Врач-психиатр должен оценивать агрессию не только как поведенческий акт, но и как симптомокомплекс, связанный с определенными психопатологическими механизмами, включая дисфорию, импульсивность, бредовые идеи или органический дисконтроль.

Работа в колонии требует постоянного взаимодействия с администрацией учреждения, оперативными службами и психологами. При этом врач-психиатр должен сохранять профессиональную автономию и избегать подмены медицинских задач задачами режима. В таких случаях клиническое решение неизбежно приобретает правовое и организационное значение.

Особые трудности вызывает работа с осужденными, склонными к суицидальному поведению. В колониях суицидальный риск тесно связан с факторами социальной изоляции, стигматизации, межличностных конфликтов и утраты перспективы. При этом суицидальные действия могут носить как истинный, так и демонстративно-протестный характер, что требует дифференцированного подхода и постоянного наблюдения.

Не менее важным аспектом является необходимость динамического наблюдения за психическим состоянием осужденных. В отличие от гражданской психиатрии, где пациент может самостоятельно обратиться за помощью, в колонии врач должен активно выявлять психопатологию, включая скрытые и латентные формы. Это требует регулярных обходов, анализа поведения осужденных в отрядах, взаимодействия с персоналом и учета информации из различных источников.

Глава 9. Нормативно-правовые и этические основы ПП

Правовое регулирование психиатрической помощи осужденным

Правовое регулирование психиатрической помощи осужденным представляет собой сложную, многоуровневую систему норм, формирующуюся на пересечении уголовно-исполнительного, медицинского, гражданского и уголовно-процессуального права. В отличие от общей психиатрической практики, где правовое поле преимущественно определяется законодательством о здравоохранении, в условиях УИС оказание психиатрической помощи неизбежно включено в рамки режима исполнения наказания, что обуславливает необходимость согласования медицинских решений с требованиями правопорядка и безопасности учреждения.[210]

Ключевое значение в регулировании данной сферы имеют положения Конституции РФ, закрепляющие право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь, а также запрет на жестокое, бесчеловечное или унижающее достоинство обращение. Эти конституционные нормы распространяются на всех граждан, включая лиц, отбывающих наказание, что определяет принципиальную установку: лишение свободы не означает лишения права на медицинскую помощь, в том числе психиатрическую. Данный принцип последовательно реализуется в нормах уголовно-исполнительного законодательства, в частности в Уголовно-исполнительном кодексе РФ, который закрепляет обязанность государства обеспечивать осужденным медицинское обслуживание, соответствующее современным стандартам.

Специфическое место в системе правового регулирования занимает Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», который определяет общие принципы диагностики, лечения, наблюдения и правового статуса лиц с психическими расстройствами. Это положение приобретает особую значимость в условиях пенитенциарной системы, где существует риск подмены медицинских критериев административными и использования психиатрии как инструмента контроля поведения.[211]

В рамках уголовного законодательства особое значение имеют нормы, регулирующие вопросы вменяемости, ограниченной вменяемости и применения принудительных мер медицинского характера. В случае признания лица невменяемым или нуждающимся в лечении суд может назначить принудительные меры медицинского характера, которые в дальнейшем исполняются в специализированных учреждениях, в том числе в системе ФСИН России. Психиатрическая помощь в УИС включает не только лечебную, но и правоприменительную функцию, тесно связанную с судебной практикой.[212]

Не менее важным элементом правового регулирования является уголовно-процессуальное законодательство, определяющее порядок назначения и проведения судебно-психиатрических экспертиз, а также процессуальный статус лиц с психическими расстройствами. Экспертное заключение психиатра в данном контексте приобретает значение доказательства, влияющего на юридическую квалификацию деяния и судьбу лица. При этом судебно-психиатрическая оценка основывается не только на клиническом диагнозе, но и на юридически зна-

---

[210] Датий А.В., Павленко А.А. К вопросу о совершенствовании действующего законодательства в области пенитенциарной медицины // Человек: преступление и наказание. 2011. № 1. С. 58–61.

[211] Закон РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изм.) // Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета РФ. 1992. № 33. Ст. 1913.

[212] Приказ Минюста РФ от 16.08.2006 № 263 «Об утверждении перечней лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждений уголовно-исполнительной системы для оказания медицинской помощи осужденным».

чимых критериях, таких как способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими, что подчеркивает специфику данной области знаний.[213]

Важное место в правовом регулировании занимает также законодательство об охране здоровья граждан, которое устанавливает стандарты медицинской помощи, требования к ее качеству и безопасности, а также права пациента. В условиях УИС эти нормы реализуются с учетом организационных особенностей системы исполнения наказаний, включая ведомственную подчиненность медицинских служб и необходимость обеспечения режима безопасности. Это создает определенное напряжение между медицинскими стандартами и административными требованиями, что требует четкого нормативного разграничения компетенций медицинского персонала и администрации учреждения.

Особую роль играют подзаконные нормативные акты, регламентирующие порядок оказания медицинской помощи в учреждениях ФСИН России, включая приказы Министерства юстиции и Министерства здравоохранения. Эти документы определяют структуру медицинской службы, порядок диспансерного наблюдения, критерии госпитализации, особенности ведения медицинской документации и взаимодействия с другими службами. В совокупности они формируют практическую основу деятельности врача-психиатра в колонии.

Правовое регулирование психиатрической помощи осужденным не ограничивается национальным законодательством, но также включает международные стандарты, в частности Минимальные стандартные правила обращения с заключенными (Правила Нельсона Манделы), а также документы Всемирной организации здравоохранения. Эти акты закрепляют принципы гуманного обращения, доступности медицинской помощи и недопустимости дискриминации лиц с психическими расстройствами. Их значение заключается в формировании универсальных ориентиров, к которым должна стремиться национальная практика.

Правовое регулирование психиатрической помощи в уголовно-исполнительной системе образует комплексную систему норм, обеспечивающую баланс между медицинскими, правовыми и пенитенциарными задачами. Его специфика заключается в необходимости интеграции клинических решений в правовое поле, что требует от врача-психиатра не только профессиональных знаний в области психиатрии, но и понимания юридических последствий своей деятельности. В этой точке пересечения медицины и права формируется особая профессиональная роль психиатра в системе исполнения наказаний, определяющая как возможности, так и ограничения его деятельности.[214]

Права пациента в условиях лишения свободы

Проблематика прав пациента в условиях лишения свободы относится к центральным и наиболее противоречивых аспектов ПП, поскольку она находится на пересечении фундаментальных прав человека, медицинской этики и требований уголовно-исполнительного режима. Осужденный, будучи ограниченным в свободе передвижения и ряде гражданских прав, не утрачивает статуса субъекта медицинского права, что предопределяет необходимость сохранения базовых гарантий в сфере охраны психического здоровья.

---

[213] Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации от 8 января 1997 г. № 1-ФЗ // Интернет-портал «Российской Газеты». 1 ноября 2007 г. 10. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» (с изм.) // Собрание законодательства РФ. 2011. № 48. Ст. 6724.

[214] Об утверждении перечней лечебно-профилактических и лечебных исправительных учреждений уголовно-исполнительной системы для оказания медицинской помощи осужденным: приказ Минюста РФ от 16 авг. 2006 г. № 263 // Гарант [Электронный ресурс]: справочная правовая система. П. 266.

В соответствии с конституционными принципами и действующим законодательством РФ, каждый гражданин, включая осужденного, обладает правом на получение медицинской помощи, а также на уважение человеческого достоинства при ее оказании. Эти положения находят развитие в уголовно-исполнительном законодательстве, где закрепляется обязанность государства обеспечивать доступность и надлежащее качество медицинской помощи лицам, отбывающим наказание. При этом принцип равенства в доступе к медицинской помощи в условиях изоляции приобретает особое значение, поскольку фактические условия содержания могут создавать дополнительные барьеры для реализации данного права.

Одним из ключевых прав пациента в психиатрии является право на информированное согласие на медицинское вмешательство. Несмотря на это, законодательство требует, чтобы любые диагностические и лечебные мероприятия, за исключением случаев, прямо предусмотренных законом, осуществлялись с согласия пациента после предоставления ему полной и доступной информации о характере, целях и возможных последствиях вмешательства. Особое значение данное положение приобретает в психиатрической практике, где вопросы добровольности и осознанности согласия тесно связаны с психическим состоянием пациента.

Право на отказ от лечения также сохраняется за осужденным, в ПП оно имеет определенные ограничения, связанные с необходимостью предотвращения общественно опасного поведения, угрозы жизни и здоровью самого пациента или окружающих лиц. В этих случаях возможно применение недобровольных мер медицинского характера, регламентированных законом, что требует строгого соблюдения правовых процедур и наличия клинически обоснованных показаний. Возникает необходимость постоянного балансирования между принципом автономии пациента и принципом безопасности, что составляет одну из ключевых этико-правовых дилемм данной области.

В условиях исправительного учреждения это право сталкивается с требованиями режима, предусматривающими обмен информацией между медицинской службой и администрацией учреждения. Врач-психиатр оказывается в ситуации, когда он должен одновременно соблюдать врачебную тайну и учитывать необходимость информирования администрации о состояниях, представляющих опасность для окружающих или нарушающих порядок в учреждении. В связи с этим границы конфиденциальности в ПП приобретают относительный характер и определяются нормативными актами, регулирующими взаимодействие медицинских и режимных служб.

Существенным элементом правового статуса пациента является право на уважительное и гуманное отношение. В условиях лишения свободы данное право приобретает особую значимость, поскольку сама пенитенциарная среда характеризуется высоким уровнем стрессогенности, наличием иерархий, насилия и деформаций межличностных отношений. Нарушение принципов гуманного обращения в медицинской практике может не только усугублять психическое состояние осужденного, но и приводить к утрате доверия к медицинской службе, что снижает эффективность лечения и профилактики.

Право на доступ к медицинской информации и участие в принятии решений о своем лечении также сохраняется за осужденным. Это включает возможность ознакомления с медицинской документацией, получения разъяснений о диагнозе и прогнозе, а также участия в выборе методов лечения в пределах, допустимых клинической ситуацией. В реальной практике данное право часто ограничивается организационными условиями и особенностями функционирования медицинской службы в системе ФСИН, что требует совершенствования нормативных механизмов его реализации.

Особое внимание следует уделить правам пациентов, находящихся под принудительным наблюдением и лечением. В этих случаях возникает риск чрезмерного ограничения прав, обусловленного как клиническими показаниями, так и административными факторами. Это обеспечивает правовую защиту пациента от необоснованного или чрезмерного вмешательства.

Баланс между медицинской этикой и требованиями режима

Это создает специфическую ситуацию двойной лояльности, при которой врач оказывается между профессиональным долгом перед пациентом и обязанностями, вытекающими из функционирования исправительного учреждения.[215]

Классические принципы медицинской этики - уважение автономии пациента, благодеяние, непричинение вреда и справедливость - в ПП подвергаются значительной трансформации. Принцип автономии, предполагающий свободное принятие решений пациентом относительно своего лечения, в условиях режима существенно ограничивается. Это требует от врача особой клинической и этической чуткости при оценке подлинности волеизъявления пациента.

Принцип благодеяния, ориентированный на максимальное благо пациента, в пенитенциарной среде также приобретает двойственное содержание. С одной стороны, врач обязан стремиться к улучшению психического состояния осужденного, снижению симптоматики, профилактике суицидального и агрессивного поведения. Понятие «блага пациента» расширяется и включает не только индивидуальные, но и социальные аспекты, что порождает этическую напряженность в принятии решений.

В центре оценки находится принцип непричинения вреда, который в условиях колонии должен рассматриваться не только в медицинском, но и в социально-поведенческом контексте. Неправильная оценка состояния осужденного, несвоевременное назначение терапии или, напротив, необоснованное применение психотропных препаратов могут иметь последствия не только для самого пациента, но и для окружающих. Врач-психиатр несет ответственность за предотвращение как клинических, так и поведенческих осложнений, включая агрессию, аутоагрессию и дезорганизацию поведения, что требует комплексного подхода к оценке риска.

Принцип справедливости в ПП проявляется в необходимости равного и недискриминационного отношения к осужденным, независимо от характера совершенного преступления, социального статуса или отношения администрации к конкретному лицу. В реальной практике возможно влияние неформальных факторов, включая иерархические отношения внутри учреждения, стигматизацию отдельных категорий осужденных, а также давление со стороны сотрудников учреждения. Это создает риск нарушения принципа равного доступа к медицинской помощи и требует от врача высокой степени профессиональной независимости.

Одной из ключевых точек конфликта между медицинской этикой и требованиями режима является вопрос конфиденциальности. Врач обязан сохранять врачебную тайну, в условиях учреждения он часто вынужден передавать информацию о пациентах, представляющих потенциальную опасность. Отсутствие ясных критериев может привести как к избыточному раскрытию информации, так и к сокрытию значимых данных, что в равной степени негативно сказывается на безопасности и эффективности медицинской помощи.

Существенным аспектом является также участие врача в дисциплинарной и режимной практике учреждения. В ряде случаев администрация может использовать медицинскую службу как инструмент контроля, включая привлечение психиатра к оценке поведения осужденных, обоснованию дисциплинарных мер или интерпретации конфликтных ситуаций. В связи с этим важным является сохранение четкой границы между медицинской и административной деятельностью, а также недопустимость использования психиатрии в качестве средства давления.

---

[215] Актуальные вопросы пенитенциарного здравоохранения / Под ред. А.С. Кононца, А.В. Бобрика. – М.: Акварель, 2011. – 120 с.

Отдельного анализа требует проблема принудительного лечения, которая является одним из наиболее ярких проявлений конфликта между интересами пациента и требованиями системы. Применение таких мер должно быть строго регламентировано, основано на клинических показаниях и сопровождаться процессуальными гарантиями, включая возможность судебного контроля. Нарушение этих принципов приводит к девальвации доверия к психиатрической помощи и может рассматриваться как форма институционального насилия.

Проблема добровольности, информированного согласия и комплаенса

Проблема добровольности и информированного согласия в ПП занимает центральное место в системе этико-правового регулирования медицинской помощи осужденным и отражает фундаментальное противоречие между принципами автономии личности и ограничениями, обусловленными условиями лишения свободы. В классической медицинской модели добровольность выступает как базовое условие оказания медицинской помощи, предполагая свободное и осознанное принятие решения пациентом на основе предоставленной ему полной и достоверной информации о характере заболевания, методах лечения, возможных рисках и прогнозе.

Добровольность в условиях исправительного учреждения не может рассматриваться как абсолютная категория, поскольку поведение осужденного формируется под влиянием множества факторов, включая страх перед администрацией, стремление избежать наказания, надежду на смягчение условий содержания или получение определенных преимуществ. Одновременно отказ от лечения также не всегда отражает истинную позицию пациента, поскольку может быть обусловлен протестным поведением, недоверием к медицинскому персоналу или особенностями психического состояния, включая бредовые установки, негативизм и снижение критики при психотических расстройствах.

Особые трудности вызывает оценка информированного согласия у пациентов с психическими расстройствами, что требует от врача не только юридической, но и клинической верификации способности пациента понимать характер предлагаемого вмешательства и последствия своего решения. В таких случаях формальное получение согласия не может рассматриваться как достаточное основание для признания его юридически и этически значимым, что обуславливает необходимость применения механизмов принудительного наблюдения и лечения в соответствии с действующим законодательством.

Врач обязан не только предоставить информацию, но и адаптировать ее к уровню понимания пациента, учитывая когнитивные особенности, образовательный уровень, наличие интеллектуальной недостаточности или органического снижения. При этом важным становится не столько сам факт информирования, сколько проверка усвоения информации и осознания пациентом ее содержания. В условиях колонии, где нередко наблюдаются выраженные нарушения когнитивной сферы, а также социальная и образовательная депривация, этот процесс требует дополнительного времени и усилий со стороны врача.

Проблема комплаенса, то есть приверженности пациента лечению, в ПП также имеет специфический характер. В отличие от амбулаторной практики, где отказ от лечения приводит преимущественно к ухудшению состояния самого пациента, в условиях учреждения это может иметь более широкие последствия, включая дестабилизацию обстановки, агрессивное поведение, нарушение режима и угрозу безопасности окружающих. В связи с этим комплаенс приобретает не только клиническое, но и социально-организационное значение, что обуславливает необходимость активного участия медицинского персонала в его формировании.

Факторы, влияющие на комплаенс в условиях колонии, включают уровень доверия к врачу, характер взаимоотношений с персоналом, наличие побочных эффектов терапии, а также индивидуально-психологические особенности осужденного. Отдельно учитывается феномен недоверия к медицинской службе, который может быть обусловлен как личным опытом пациента, так и распространенными в пенитенциарной среде установками. В этом контексте важную роль играет формирование терапевтического альянса, который, несмотря на ограничения среды, остается одним из ключевых факторов эффективности лечения.

Необходимо также учитывать, что в пенитенциарной практике комплаенс может носить внешне формальный характер, когда пациент демонстрирует согласие с лечением, фактически не принимает препараты, скрывает симптомы или искажает информацию о своем состоянии. Это требует от врача использования комплексного подхода к оценке эффективности терапии, включая клиническое наблюдение, анализ поведения пациента в различных ситуациях, а также взаимодействие с другими специалистами учреждения.

Конфиденциальность и пределы ее соблюдения в колонии

Проблема конфиденциальности в ПП представляет собой одну из центральных и методологически значимых категорий, находящихся на пересечении медицинской этики, права и институциональной практики исполнения наказаний. В классической клинической парадигме врачебная тайна рассматривается как фундаментальный принцип, обеспечивающий возможность формирования доверительных отношений между врачом и пациентом, без которых полноценное выявление психопатологических симптомов, глубинных переживаний и анамнестических данных оказывается затруднительным или невозможным. В условиях УИС данный принцип подвергается существенной трансформации, обусловленной особенностями пенитенциарной среды, в которой медицинская деятельность оказывается встроенной в структуру контроля, безопасности и регламентированного поведения.

В отличие от гражданской медицины, где взаимодействие врача и пациента строится преимущественно в рамках автономии последнего, в колонии субъектность осужденного изначально ограничена правовым статусом лица, отбывающего наказание. Это обстоятельство формирует специфическую ситуацию, при которой информация о психическом состоянии пациента приобретает не только лечебно-диагностическое, но и управленческое значение. Медицинская информация оказывается вовлеченной в систему административного управления, что неизбежно создает напряжение между принципом конфиденциальности и требованиями институциональной безопасности.

В условиях колонии врач не может полностью абстрагироваться от задач обеспечения безопасности, поскольку игнорирование потенциальных рисков, связанных с психическим состоянием осужденного, может привести к тяжелым последствиям, включая суицидальные действия, агрессию или деструктивное поведение. Однако чрезмерное вовлечение в административную систему и необоснованное раскрытие информации подрывают доверие пациента и снижают эффективность лечебного процесса.

Конфиденциальность в ПП, носит не абсолютный, а относительный характер и определяется балансом между необходимостью сохранения врачебной тайны и задачами предупреждения опасных последствий. В современной отечественной и зарубежной литературе подчеркивается, что ограничение конфиденциальности допустимо лишь при наличии объективно обоснованной угрозы жизни и здоровью самого пациента или окружающих, а также при риске совершения противоправных действий. При этом принцип минимальной достаточности приобретает ключевое значение: передаче подлежит только та информация, которая непосред-

ственно необходима для предотвращения риска, без избыточного раскрытия личных и клинических данных.

Особые трудности вызывает практическая реализация конфиденциальности в условиях междисциплинарного взаимодействия. Психиатр в учреждении неизбежно взаимодействует с психологами, сотрудниками оперативных подразделений, воспитательной службой и администрацией, что требует определенного обмена информацией. Границы такого обмена зачастую остаются размытыми и зависят от локальных практик, уровня профессиональной культуры и личной позиции специалиста.

Не меньшего внимания требует анализ коммуникативных условий, в которых осуществляется психиатрическая помощь в колонии. Осужденный в подобных условиях часто не готов к открытому обсуждению своих переживаний, особенно если они связаны с агрессией, суицидальными намерениями или сексуальной сферой. Это приводит к феномену частичной диссимуляции или искажения информации, что снижает диагностическую точность и требует от врача использования дополнительных методов клинической оценки, включая длительное наблюдение, анализ поведения и косвенные данные.

Социально-психологические последствия нарушения конфиденциальности в условиях колонии имеют особую значимость. Внутренняя структура тюремного сообщества характеризуется наличием жесткой иерархии и неформальных правил, в рамках которых информация о психическом состоянии осужденного может стать фактором стигматизации, дискриминации или даже прямой угрозы его безопасности. Раскрытие информации о психическом состоянии может привести к ухудшению их статуса, усилению виктимизации и формированию дополнительного психотравмирующего воздействия среды.

Одновременно чрезмерное стремление к сохранению конфиденциальности без учета реальных рисков может привести к недооценке опасности и, как следствие, к трагическим последствиям. Практика ПП показывает, что многие случаи суицидального поведения и агрессивных действий происходят на фоне недостаточной информированности персонала о состоянии пациента. Врач оказывается в ситуации постоянного выбора между сохранением тайны и необходимостью предупреждения опасности, что требует высокого уровня профессиональной ответственности и клинического мышления.

Универсальные алгоритмы в вопросах конфиденциальности оказываются недостаточно эффективными, поскольку каждая клиническая ситуация обладает уникальными характеристиками, включая нозологическую принадлежность расстройства, уровень критики пациента, степень выраженности симптоматики, особенности личности и контекст ситуации. Врач должен учитывать не только юридические нормы, но и этические принципы, включая уважение к личности пациента, принцип «не навреди» и необходимость обеспечения безопасности. В этом контексте особую роль играет профессиональная рефлексия и способность к принятию взвешенных решений в условиях неопределенности.

Конфиденциальность в ПП представляет собой сложную, многослойную категорию, формирующуюся на пересечении медицинских, правовых и социальных факторов. Ее границы не являются фиксированными и определяются конкретной клинической ситуацией, уровнем риска и требованиями институциональной среды. Эффективная реализация данного принципа возможна лишь при условии высокого профессионализма врача, наличия четких регламентов и развитой этической культуры, позволяющей сохранять баланс между интересами пациента и задачами системы исполнения наказаний.[216]

[216] Щелкушкина Е.А. Актуальные проблемы современной пенитенциарной психологии // Прикладная юридическая психология. 2014. № 1. С. 118–119.Актуальные проблемы современной пенитенциарной психологии / Под научной редакцией Д.В. Сочивко. Рязань, 2013. Том 1.

Этические конфликты в работе психиатра УИС

Этические конфликты в деятельности врача-психиатра УИС представляют собой закономерное следствие специфики профессиональной позиции специалиста, находящегося на пересечении медицины, права и институциональной дисциплинарной практики. В отличие от классической клинической медицины, где приоритет отдается интересам пациента и принципу автономии, ПП функционирует в условиях, где индивидуальные интересы осужденного неизбежно соотносятся с задачами обеспечения безопасности, поддержания режима и профилактики правонарушений. Это создает устойчивое поле этического напряжения, в котором врач вынужден принимать решения, не имеющие однозначного морального разрешения.

Ключевым источником этических конфликтов является феномен двойной профессиональной идентичности врача-психиатра, работающего в системе исполнения наказаний. С одной стороны, он выступает как клиницист, обязанность которого заключается в диагностике, лечении и защите интересов пациента, включая соблюдение принципов конфиденциальности, добровольности и гуманного отношения. Данная двойственность приводит к формированию так называемой «двойной лояльности», при которой врач одновременно ориентируется на пациента и на требования администрации учреждения.

Одним из наиболее типичных проявлений этического конфликта является ситуация, связанная с принудительным наблюдением и лечением. В условиях пенитенциарной системы значительная часть пациентов получает психиатрическую помощь не на основе добровольного обращения, а в рамках обязательных медицинских мероприятий, обусловленных либо судебным решением, либо внутренними регламентами учреждения. Это ставит под сомнение принцип автономии пациента и требует от врача поиска баланса между необходимостью оказания помощи и уважением к личности осужденного.

Другой значимый аспект этических конфликтов связан с проблемой информированного согласия. В классической медицинской практике информированное согласие предполагает осознанное и добровольное решение пациента о проведении диагностических и лечебных мероприятий. Это создает риск подмены истинного согласия его имитацией, что требует от врача особого внимания к разъяснительной работе и оценке степени понимания пациентом сути предлагаемых вмешательств.

Существенные этические трудности возникают также в связи с необходимостью передачи информации о психическом состоянии осужденного администрации учреждения. Как было показано ранее, конфиденциальность в ПП имеет относительный характер, и в ряде случаев врач обязан информировать персонал о рисках, связанных с поведением пациента. Решение подобных ситуаций требует высокого уровня профессиональной ответственности и способности к этической рефлексии.

Особую категорию этических конфликтов составляют ситуации, связанные с диагностикой и экспертной оценкой психического состояния осужденного. Одновременно существует риск недооценки истинной психопатологии, особенно в условиях ограниченного времени и ресурсов. Врач должен сохранять клиническую объективность, избегая как излишней подозрительности, так и чрезмерной доверчивости, что само по себе представляет сложную этическую задачу.

Не менее значимыми являются конфликты, возникающие в процессе взаимодействия с другими специалистами и службами учреждения. Психиатр может оказываться под давлением со стороны администрации или оперативных подразделений, заинтересованных в получении информации о психическом состоянии осужденных или в принятии определенных решений, например, о переводе пациента в другое подразделение. В подобных ситуациях врач дол-

жен отстаивать профессиональную независимость, опираясь на клинические данные и нормативно-правовые акты, что требует не только медицинской компетентности, но и определенной профессиональной позиции.

Этические конфликты также проявляются в сфере отношения к пациенту как к личности. Пенитенциарная среда, характеризующаяся жесткой регламентацией, иерархией и элементами стигматизации, может способствовать формированию у персонала деиндивидуализированного восприятия осужденных, где человек рассматривается, как объект контроля. Сохранение данного подхода в условиях институционального давления является важнейшей этической задачей.

Дополнительное измерение этических конфликтов связано с эмоциональным выгоранием и профессиональной деформацией врача. Работа в условиях постоянного контакта с агрессией, манипуляциями, тяжелыми клиническими случаями и ограниченными возможностями помощи может приводить к снижению эмпатии, формированию циничного отношения и утрате профессиональной чувствительности. Это, в свою очередь, влияет на качество принимаемых решений и может усиливать этические противоречия.

Психиатр и психолог: границы компетенций и взаимодействие

Междисциплинарное взаимодействие психиатра и психолога в УИС обусловлено как многофакторной природой психических и поведенческих расстройств у осужденных, так и особенностями самой пенитенциарной среды, в которой клинические, психологические и поведенческие феномены оказываются тесно переплетенными. В этих условиях эффективное оказание помощи невозможно без четкого разграничения профессиональных компетенций и одновременно - без их интеграции в рамках единого клинико-психологического подхода.[217]

Психиатр и психолог, несмотря на общую направленность их деятельности на изучение и коррекцию психических процессов и поведения, представляют различные научные и практические парадигмы. Психиатрия, опираясь на медицинскую модель, рассматривает психические расстройства как клинические состояния, требующие диагностики в рамках нозологических систем, таких как МКБ-10/11, и предполагающие применение фармакотерапии, а также иных медицинских вмешательств. Психология, в свою очередь, ориентирована на исследование психических процессов, личностных особенностей и поведения с использованием методов психодиагностики и психокоррекции, не предполагающих медицинского вмешательства в узком смысле этого слова.[218]

Границы компетенций между психиатром и психологом в пенитенциарной системе должны определяться, характером решаемых задач. Диагностика психических расстройств, установление клинического диагноза, назначение и коррекция медикаментозной терапии, а также принятие решений о госпитализации, наблюдении или применении принудительных мер медицинского характера относятся исключительно к компетенции врача-психиатра. Психолог, в свою очередь, осуществляет углубленное исследование личности, когнитивных и эмоциональных процессов, особенностей поведения и межличностных отношений, а также участвует в разработке и реализации психокоррекционных программ.

Это связано как с ограниченными ресурсами системы, так и с особенностями контингента осужденных, у которых клинические и личностные проявления часто трудно дифференцировать. Например, проявления эмоциональной нестабильности, импульсивности или

---

[217] Кузнецова А.С., Полянин Н.А. Медицинская психология в юридической деятельности // Прикладная юридическая психология. 2014. № 1. С. 111–112.

[218] Полянин Н.А., Пинтяшин Е.В., Майоров О.А. Научный журнал «Пенитенциарий» // Прикладная юридическая психология. 2014. № 2. С. 151–152.

агрессивности могут рассматриваться как признаки расстройства личности, требующего клинической оценки, либо как психологические реакции на стрессовые условия заключения. В подобных случаях взаимодействие психиатра и психолога приобретает особое значение, позволяя объединить клиническое и психологическое видение проблемы.

Существенным аспектом взаимодействия является участие психолога в процессе первичного выявления психических нарушений. В условиях ограниченного времени психиатра и значительного числа осужденных психолог часто выступает как первый специалист, фиксирующий изменения в поведении, эмоциональном состоянии или когнитивных функциях. Это позволяет своевременно направить пациента на психиатрическое обследование и тем самым повысить эффективность ранней диагностики.

Важную роль играет также участие психолога в процессе дифференциальной диагностики. Результаты патопсихологического исследования позволяют уточнить характер когнитивных нарушений, выявить особенности мышления, памяти, внимания, а также оценить степень сохранности интеллектуальных функций. Это принципиально важно при разграничении органических расстройств, расстройств личности и психотических состояний, особенно в условиях, когда клиническая картина может быть искажена факторами среды или установками пациента.

Не менее значимым является взаимодействие психиатра и психолога в сфере коррекционной и реабилитационной работы. В то время как психиатр обеспечивает медикаментозную стабилизацию состояния пациента, психолог реализует психотерапевтические и психокоррекционные программы, направленные на изменение поведения, формирование навыков саморегуляции и снижение уровня агрессии. Особенно актуально это в работе с осужденными, имеющими расстройства личности, зависимости или склонность к повторному правонарушению, где одних лишь медикаментозных вмешательств оказывается недостаточно.

Отдельного анализа требует взаимодействие специалистов при оценке риска опасного поведения. Психиатр, опираясь на клинические данные, оценивает наличие психопатологических факторов риска, таких как психоз, выраженная аффективная нестабильность или органическое поражение мозга. Совмещение этих подходов позволяет более точно прогнозировать риск суицидального или агрессивного поведения и разрабатывать индивидуальные профилактические стратегии.

Вместе с тем, междисциплинарное взаимодействие не лишено определенных трудностей и противоречий. Одной из них является различие профессиональных языков и подходов, что может приводить к недопониманию или расхождению в оценке состояния пациента. Психиатрическая нозологическая модель и психологическая описательная модель не всегда совпадают, что требует выработки общего понятийного аппарата и регулярного профессионального диалога.

Кроме того, возможны конфликты, связанные с распределением ответственности. В условиях пенитенциарной системы, где решения могут иметь серьезные правовые последствия, важно четко определять, кто несет ответственность за те или иные заключения и рекомендации. Это особенно актуально при подготовке экспертных заключений или оценке риска повторного правонарушения.

Взаимодействие психиатра и психолога в учреждениях лишения свободы представляет собой сложную и многоплановую систему профессиональных отношений, основанную на сочетании разграничения компетенций и их интеграции. Эффективность этого взаимодействия определяется не только уровнем профессиональной подготовки специалистов, но и их способностью к междисциплинарному диалогу, взаимному уважению и ориентации на общую цель - обеспечение психического здоровья и безопасности как отдельного осужденного, так и всей пенитенциарной среды.

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.