

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИИ, ПЕДАГОГИКИ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Пенитенциарный стресс

А.М. ЧИРКОВ – профессор кафедры юридической психологии и педагогики ВИПЭ ФСИН России, доктор медицинских наук

В статье рассматриваются узловые вопросы пенитенциарного стресса, являющегося фактором развития психогенных и психосоматических расстройств осужденных, а также основой формирования дезадаптивного поведения и правонарушений в исправительных учреждениях. Обосновывается необходимость интегративного подхода к познанию основных закономерностей развития дезадаптации осужденных на основе углубленных исследований медико-психологической, социальной и психобиологической сфер личности человека.

Ключевые слова: пенитенциарный стресс; здоровье; психопатология; психические расстройства; психосоматические заболевания; тюремная субкультура; осужденные; исправительные учреждения; ресоциализация.

Развитие пенитенциарной теории и практики характеризуется синкретичностью юридических, медико-биологических, социально-психологических, педагогических, методологических и других научных подходов к решению вопросов защиты и сохранения здоровья различных категорий осужденных, и в первую очередь подростков и лиц юношеского возраста, а также расширения их прав и свобод. Адекватное повышение уровня и качества жизни осужденных осуществляется в соответствии с основными принципами и положениями «Новых пенитенциарных правил» на фоне процессов гуманизации во всей пенитенциарной системе, развития ее научно-практического потенциала, в том числе и в сфере подготовки высококвалифицированных специалистов¹.

Одним из центральных вопросов, который необходимо решить в целях сохранения здоровья осужденных, их исправления и ресоциализации, является профилактика и коррекция пенитенциарного стресса, являющегося одной из причин экстремальной жизнедеятельности не только осужденных, но и всего персонала исправительных учреждений. Решение этой проблемы связано с анализом целого ряда аспектов, к которым относятся понятия здоровья, адаптации и стресса, сам феномен тюремной социальной депривации и другие.

Эксперты Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) определяют здоровье как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и физических дефектов.

Здоровье является базисной характеристи-

кой человеческой жизни, его связывают с понятием «качество жизни», под которым понимается такое качество жизненного процесса, когда он закономерно и оптимально осуществляется в природной и социальной среде. Поэтому для человека здоровье является адекватной гигиенической средой и здоровым образом жизни².

Рассматривая здоровье как жизненный процесс, можно изучать его на примере любого человека и любого отрезка его жизни, а также применительно к обществу в целом: «здоровье общества», «здоровье нации», «здоровье подрастающего поколения» и т.д.³

Здоровье может определяться как способность человека приспосабливаться к окружающей среде и своим собственным возможностям, противостоять внешним и внутренним возмущениям, болезням и повреждениям, сохранять себя, расширять свои возможности, увеличивать полноценную жизнедеятельность, то есть обеспечивать свое благополучие⁴.

Ключевым в этом определении является понимание здоровья как проявления жизненных сил, ощущения жизни, всесторонности и долговременности социальной активности и гармоничности развития личности.

Принято выделять различные взаимосвязанные аспекты здоровья человека: соматическое, психическое и социальное.

Соматическое (биологическое, физическое) здоровье – это отсутствие хронических заболеваний, физических дефектов, функциональных нарушений, ограничивающих социальную деятельность человека. Противоположностью этого вида здоровья является инвалидность.

Под физическим здоровьем понимают также совокупность статических (морфологических) и динамических (функциональных) свойств индивида, позволяющих ему адаптироваться к среде и выполнять свои биологические и социальные функции⁵.

Психическое здоровье определяется как состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения человека⁶. Этот термин используют в медицинской практике, разграничивая норму и патологию. Понятие психического здоровья соотносится с психосоматической медициной, связывающей любое соматическое нарушение с изменениями в психическом состоянии человека⁷.

Важным является рассмотрение психологического здоровья личности, которое отражает самопонимание, самопринятие и саморазвитие в контексте взаимодействия с окружающими людьми в реальных условиях окружающего мира⁸. В литературе психологическое здоровье описывается как баланс между различными аспектами личности человека, между потребностями индивида и общества. Иначе, психологическое здоровье – это процесс жизни личности, в котором сбалансированы рефлексивные, эмоциональные, интеллектуальные, коммуникативные, поведенческие и другие аспекты⁹.

Считают, что психическое равновесие, по существу, немислимо без серьезного внимания к своему телу, и, следовательно, физическое и психическое здоровье неразделимы и взаимосвязаны. Нарушения психического здоровья обусловлены различными неблагоприятными факторами, в том числе стрессами социальной природы¹⁰.

Социальное (личностное) здоровье – это определенный уровень развития, сформированности и совершенства форм и способов взаимодействия индивида с внешней средой (приспособление, уравнивание, регуляция); определенный уровень психического и личностного развития, позволяющий успешно реализовывать это взаимодействие. Антиподом социального здоровья является состояние социальной запущенности¹¹.

Анализируя понятие нравственного здоровья как комплекса характеристик мотивационной и информационно-духовной сферы жизнедеятельности, следует отметить, что его основу определяет система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в обществе. Нравственным здоровьем опосредована духовность человека, так как оно связано с общечеловеческими ценностями, понятиями добра, любви, красоты и т.д.¹²

Следовательно, здоровье представляет собой целостность, гармоничное равновесие физиологических, психических и социальных аспектов человека. Важным является категория «превентивный ресурс» здоровья, под которым

понимается адаптационная способность психики человека усиливать во много раз интенсивность своей деятельности по сравнению с состоянием покоя¹³.

Таким образом, разделение общего здоровья на уровни условно, так как сегодня приходится понимание бессмысленности рассуждений о полноценном физическом здоровье человека без решения психических, мировоззренческих и духовных проблем.

Следовательно, данный классический подход, определяющий понятие «здоровье» через категорию «состояние», несмотря на утвердившийся в науке системный подход, остается приемлемым, хотя и опирается на аналитическую парадигму. Сохраняя преимущественно описательный характер, данный подход предполагает три аспекта анализа: физический, психический и социальный.

С позиций адаптационной парадигмы способность сохранения здоровья определяется широтой возможностей человека приспосабливаться к изменяющемуся миру, что отражает деятельность физиологических механизмов адаптации и их совершенствование. Философский, психологический и философско-культурологический подходы используют креативную парадигму, позволяющую трактовать здоровье как процесс свободного выбора естественных ценностей и целей существования человека. На стыке этих подходов современная медицина определяет здоровье как процесс жизни человека, формирования организма и личности и одновременно как процесс реализации биологических, психических и духовных целей.

Необходимо отметить, что в ряде работ в связи с недостаточностью рассмотрения здоровья как состояния делается акцент на категории «способность» как на деятельности, свершающейся и стремящейся к достижению цели. При этом наряду с оценкой способностей систем организма обеспечивать реализацию генетических программ, включая сложные формы фенотипического поведения, направленные на социальную и культурную сферы жизни, все большее внимание уделяется согласованности и гармоничности при реализации материальных, социальных и духовных задач¹⁴.

Такой подход базируется на принципах системности, определяющей целостность и гармоничность человека; функциональности, позволяющей оценивать весь континуум переходных состояний от полного здоровья до полного нездоровья и уровень адаптации на протяжении всего жизненного цикла; индивидуальном подходе к анализу интегральной индивидуальности и оптимального состояния индивида.

Если здоровье – это наличие, сохранение и расширение способности к действию, самосохранению и саморазвитию, то нарушение здоровья – ограничение возможности к адекватному и оптимальному функционированию. Болезнь – дисгармония в работе различных систем, большие и неэкономичные энергозатраты.

Иначе говоря, болезнь – это разрушение внутренней гармонии человека в результате внутренних причин или существенно изменившихся условий¹⁵.

Появление новых определений понятий нормы здоровья и патологии человека объясняется развитием биологии и медицины, проникновением в эти феноменологические науки методов кибернетики, физики, математики, синергетики, теории хаоса.

Использование таких подходов обогащает абстрактное описание психосоциобиологических процессов, позволяет разрабатывать общие направления, которые по-новому представляют состояния здоровья или заболевания человека. При этом становится возможным создавать динамические атласы конкретного человека и групп людей от их рождения до смерти, которые являются их динамическими аутентичными моделями, обладающими описательными прогностическими и управляющими свойствами, что позволит прогнозировать и управлять процессами лечения и выздоровления¹⁶.

Рассмотрение здоровья в качестве динамического процесса во времени, зависящего от комплекса биосоциальных и экологических факторов, позволяет понять, что нарушения здоровья могут быть обусловлены действием целого комплекса факторов: информационных перегрузок и эмоционального напряжения; профессиональной деятельностью, связанной с влиянием неадекватных психических, физических и других раздражителей; гиподинамией; нарушений режима питания; жизни в экологически неблагоприятной среде обитания и т.д. Эти факторы способствуют развитию психического стресса, дизадаптации и хронического патологического десинхронизации, создающих серьезные предпосылки для развития дизрегуляторной патологии, манифестации скрытых патологических процессов, негативно отражающихся на психическом и физическом состоянии человека.

Десинхронизация биоритмов, как и в целом дизадаптация, относится к повреждениям нейрогуморальной регуляции, то есть к изменениям на уровне энергоинформационных процессов в биосистеме, что инициирует обменные, энергетические и структурные изменения, снижение общей неспецифической резистентности организма и развитие психосоматических и соматических расстройств. Разновидностью общей адаптивной системной реакции организма на воздействие внешних или внутренних факторов информационной природы является психический стресс, в развитии которого важную роль играют индивидуальные способности функционального состояния мозга. Одним из облигатных механизмов стресса является тревога, усиление которой в определенных условиях способствует мобилизации адаптивных механизмов, но ее высокая интенсивность лежит в основе нарушений психической адаптации, формирования патологических систем¹⁷.

Тревога, как известно, является одним из основных признаков стресса, первой стадией стресс-реакции, поэтому чрезвычайно актуальным является индивидуальный подход к изучению уровня стрессированности и стрессоустойчивости личности.

Осознание ведущих причин психического напряжения можно считать важным шагом на пути преодоления стресса. Трудности диагностики причин стресса во многом обусловлены их сложностью и сложностью самого феномена стресса, необходимостью анализа субъективных реакций человека на объективно происходящие вокруг него перемены, а также неоднозначностью теоретических представлений о происхождении стресса. Опросники, использующие фиксированные перечни различных стрессогенных ситуаций, слабо учитывают их субъективную значимость для человека и не способны охватить все возможные варианты жизненных перемен. Методики экспертной оценки значимости пережитых событий, как и способы наблюдения за поведением человека, трудоемки и малоприменимы на практике.

Все внешние психотравмирующие ситуации условно разделяют на группы, первая из которых включает утраты и лишения (смерть близкого человека, разлука и др.), а вторая – негативные средовые влияния (физическое или психическое насилие, угроза, травма и др.). В возникновении хронического психического стресса наряду с объективными факторами большое значение имеют субъективное восприятие, эмоционально-когнитивная оценка и особенности ответственной поведенческой реакции человека на стрессирующее воздействие. Субъективная значимость события определяется степенью его влияния на ведущие биопсихосоциальные потребности человека и отражается в эмоциональной и неразрывно связанной с ней когнитивной реакции, возникающей в ответ на это событие. Характер и выраженность такой эмоционально-когнитивной реакции зависят также от функционального состояния эмоциональной и когнитивной сфер человека, его прошлого опыта и т.д. Отрицательные эмоции возникают не только в ответ на внешнесредовые перемены, но и в процессе мысленных взаимодействий с окружающим миром (воспоминания о событиях прошлого, негативные мысли о настоящем, прогнозы на будущее). Еще одним источником отрицательных эмоций служат дискомфортные ощущения, порождаемые изменениями во внутренней среде организма при соматической патологии¹⁸.

Следовательно, проблема стресса, адаптации и функциональных нарушений, несмотря на интенсивные научные исследования в этой области, остается одной из наиболее актуальных тем современной психологии, медицины и биологии.

Устойчивость к экстремальным воздействиям является важной характеристикой, бази-

рующейся на генотипических и фенотипических особенностях индивидуума. Особую значимость имеет прогнозирование эмоционально-стрессовых реакций у лиц в условиях нагрузок, превышающих возможности адаптивных систем. В совокупности прогнозирование и анализ его результатов могут способствовать решению задач профилактики последствий эмоционально-стрессовых расстройств, которые являются причиной нервно-психических, сердечно-сосудистых, онкологических и других заболеваний. Это подтверждает актуальность проблемы стресса и изучения механизмов психофизиологической дезадаптации, а также позволяет определить эффективные методы диагностики и коррекции стресса, позволяющие оценить индивидуально-личностные аспекты психической дезадаптации; обеспечить психофизиологическую стрессоустойчивость, совершенствовать отбор лиц для участия в экстремальной деятельности, выработать стратегию мероприятий восстановления, проводить психофармакологическую коррекцию.

При любом психотравмирующем воздействии, вызывающем психические расстройства (невротического, невротоподобного состояния или декомпенсацию поведения у психопатических личностей), в первую очередь возникает нарушение наиболее сложных форм социально детерминированного адаптивного поведения человека. Основу и степень выраженности дезадаптации психической деятельности определяют не только личностные особенности индивида и значимость стрессорного события, но и исходное функциональное состояние целостной нейро-эндокринной системы, и, в частности, ее гипоталамо-гипофизарно-адренкортикально-го звена.

С учетом анализа общих закономерностей механизмов психической дезадаптации весьма актуальным для пенициарной практики и медицины является поиск адекватных теоретических подходов к оценке параметров адаптивных систем организма при стрессовых расстройствах. Изучение адаптации с точки зрения системного принципа, основанное на учении А.А. Ухтомского и П.К. Анохина, открыло возможность анализа динамической интеграции физиологических систем в процессе приспособления организма к изменяющимся условиям среды. Разрабатывая теорию функциональных систем (ФС) применительно к организации поведенческих актов, П.К. Анохин придавал большое значение эмоциям как фактору интеграции реакций организма, как процессу, объединяющему приспособительные возможности индивидуума по отношению к внешнему миру.

Дальнейшим развитием идей П.К. Анохина и отечественной научной мысли являются теоретические выкладки академика К.В. Судакова и его последователей о голографическом единстве (ГЕ) мироздания¹⁹.

Согласно данной теории в голографических построениях ФС ведущая роль принадлежит

принципу системного квантования процессов жизнедеятельности. Каждая ФС работает на своей частоте – информационном коде, обусловленном значением для жизнедеятельности ее конечного приспособительного результата. Фактором, осуществляющим в ФС синхронизацию различных входящих в них элементов, является результат деятельности ФС. Процессы системного квантования происходят на всех уровнях организации материи – атомном, молекулярном, гомеостатическом, поведенческом, включая организацию сообществ животных и человека. Каждый системоквант обладает свойствами дискретной частицы и волны. При этом сигнализация о потребности выступает в качестве опорной волны, а сигнализация об удовлетворении потребности – предметной. Взаимодействие опорной и предметной волн ФС осуществляется на основе резонирующих частотно-модулирующих процессов, обусловленных формированием потребности. Информация о потребности и ее удовлетворении оценивается в каждой ФС специальным аппаратом – акцептором результата действия (АРД), который выступает в функциональных системах в качестве информационного ГЕ. Именно на структурах АРД сигнализация о потребности и ее удовлетворении без потери информационного смысла трансформируется в идеальный процесс отражения действительности. Эта сторона жизнедеятельности подчеркнута рядом авторов. А.А. Ухтомский обозначал этот процесс как проекты действительности, Д.Н. Узнадзе – как «установку», И.С. Бериташвили – как «образы действительности», И.П. Павлов – как «отпечатки действительности» – динамический стереотип.

В социальных организациях отдельные индивиды объединяются в семейные, специальные, профессиональные, государственно-экономические структуры (страны) ФС со своими специфическими задачами, целями и результатами. Ведущая роль в информационных межличностных отношениях людей и в их популяциях принадлежит доминирующим социальным потребностям и формирующимся на их основе общественным мотивациям. На социальном уровне происходит трансформация индивидуальных потребностей составляющих популяцию индивидов в обобщенные социальные потребности, мотивации и поведение группы. Социальная популяция, ее потребности и результаты деятельности часто определяют поведение людей, которые становятся частью больших социальных систем в качестве их отдельных элементов. Человеческое общество представляет интеграцию различных саморегулирующихся ФС семей, производственных и административных объединений, военных формирований, разведывательных органов, государственных органов, научных сообществ и т.п. При этом имеется функциональная специализация по министерствам и ведомствам с многочисленными каналами обратной связи. Обобщенные потребности человеческих популяций, общественные

идеи формируют опорную голографическую волну, которая взаимодействует с информационным голографическим экраном (ИГЭ) популяций – знанием. Информация об удовлетворении общечеловеческих и индивидуальных потребностей составляет предметную волну. Роль информационного голографического экрана в человеческих популяциях выполняют общественные институты, исторический опыт и культурные духовные ценности, знания и т.п. Субъективная грань жизнедеятельности в процессе эволюции человека на материальной основе деятельности мозга трансформируется в индивидуальные и общественные формы сознания²⁰.

При взаимодействии индивидов их информационные отношения строятся на дистанционном динамическом взаимодействии доминирующих у них АРД. С голографической точки зрения происходит процесс взаимодействия ИГЭ отдельных личностей. Речь идет о своеобразном межличностном информационном резонансе. Такое взаимодействие может осуществляться на эмоциональной основе контактно или дистанционно с помощью специфических жестов, мимики, поведения и т.д. В последние годы дистанционное языковое взаимодействие все активнее включает межкомпьютерное информационное взаимодействие.

К.В. Судаков на этой основе сформулировал общий закон голографического единства мироздания. Согласно этому закону любые процессы косной и живой материи осуществляются дискретными саморегулирующимися системоквантами – единицами динамической деятельности ФС – от потребности к ее удовлетворению. При этом сигнализация о потребности выступает в форме опорной волны, а сигнализация об удовлетворении потребности – предметной информационной волны. Взаимодействие опорной и предметной информационных волн осуществляется на интерференционной основе волновых и дискретных процессов деятельности системоквантов. Взаимодействие системоквантов в мироздании происходит на топографической иерархической основе. Системокванты взаимодействуют по принципу иерархии их результатов. Системокванты более низкого уровня включаются в системокванты более высокого уровня. Закон голографического единства мира меняет сознание человека. При этом центр тяжести от антропоцентрического перемещается к космическому сознанию, согласно которому отдельные индивиды, их группы, популяции и государства выступают в качестве элементов больших ФС космического уровня. Будучи элементами системоквантов космического уровня, отдельные человеческие личности так же, как и их популяции, должны строить свою деятельность в унисон с деятельностью этих больших систем, не нарушая гармонии бытия²¹.

Анализ с этих позиций здоровья заключенных в пенитенциарных учреждениях выявляет главное противоречие, суть которого заключается в том, что исполнение наказания в виде лишения

свободы, не преследуя цели понижения здоровья осужденных, приводит к неизбежному и нарастающему снижению качества и уровня жизни, а следовательно, и здоровья по всем его составляющим. Нахождение в пенитенциарных учреждениях приравнивается к жизнедеятельности в экстремальных условиях, что объясняется действием большого комплекса фрустрирующих и стрессорных факторов. Последние выступают одновременно как в качестве предрасполагающих и обуславливающих развитие психического стресса и индуцируемой им психопатологии, так и в роли потенцирующих факторов, усугубляющих уже имеющиеся заболевания и различные процессы психической и психоэмоциональной дезадаптации. О важной роли социальных сдвигов – социального стресса – в повышении уровня общей заболеваемости населения и развитии нервно-психических расстройств говорят многие авторы, отмечая, что при длительных и интенсивных социальных изменениях, помимо стрессорных состояний, непосредственно возникающих у индивида, возникает стресс и в популяции, что приводит к снижению ее общего адаптационного потенциала и психических ресурсов, что проявляется в развитии широкого спектра психопатологических расстройств в виде психотических и невротических состояний, делинквентного и криминального поведения, нарастающей патологической агрессии и суицида, а также росте репродуктивной патологии, психосоматических и онкологических заболеваний и т.д.²²

С 1991 г. на территории России значительно увеличилось число случаев психических расстройств (в том числе у молодежи), самоубийств; растут преступность, криминальная смертность, наркотизация и алкоголизация населения, увеличивается количество других проявлений хронического стресса.

Стресс (англ. stress – давление, напряжение, нажим) является одним из базовых понятий современной психологии, медицины, биологии, философии и других наук. Его определяют как естественную приспособительную реакцию живого организма на любое возмущающее воздействие окружающей среды. Стресс рассматривается в трех основных аспектах: как ситуация, как состояние и как отсроченные негативные последствия. Согласно учению о стрессе Г. Селье, стресс – это «неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование», а общий адаптационный синдром представляет собой совокупность адаптационных реакций, носящих общий защитный характер и возникающих в ответ на значительные по силе и продолжительности неблагоприятные воздействия – стрессоры²³. В развитии стресса выделяют три стадии: стадия тревоги (активации) с мобилизацией защитных ресурсов организма; стадия стабилизации (сопротивления), которая характеризуется нарастанием устойчивости организма, что приводит к стабилизации состояния и выздоровлению либо сменяется последней, третьей, стадией истощения (дистрессом),

которая может закончиться гибелью организма. Сущность развития стресса при сильных экстремальных воздействиях составляет совокупность неспецифических, физиологических и поведенческих проявлений адаптационной активности организма человека²⁴. При недостатке у человека стратегий, помогающих справиться со стрессовой ситуацией (копинг-стратегий), возникает напряженное состояние, которое в купе с первичными гормональными изменениями во внутренней среде организма вызывает нарушение его гомеостаза. При неэффективных попытках справиться с ситуацией, длительном или интенсивном, а также часто повторяющемся действии стрессора эмоциональное возбуждение может принять застойную стабильную форму и привести к срыву механизмов адаптации и развитию психических и психосоматических расстройств человека, заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, иммунной системы и др.

Существуют различные классификации стресса, отличающиеся как степенью его детализации, так и концептуальными подходами. Выделяют информационный, эмоциональный, коммуникативный и другие виды стресса. При этом считают, что на самом деле любой вид стресса является эмоциональным, независимо от того, вызван ли он недостатком информации, коммуникативной компетенции или другими причинами. Стрессы делятся также на острые и хронические, физиологические и психологические и т.д. В зависимости от ведущего средового фактора, характера и других свойств стрессора выделяют травматический, межличностный, личностный, семейный, общественный, профессиональный, пенитенциарный и другие виды стрессов²⁵.

Особенностью развития стресса является полиморфность его проявлений: в эмоциональной сфере – это чувство тревоги, переживание страха, печали или гнева; в когнитивной – нарушение концентрации внимания, ошибки мышления и т.д.; в мотивационной – мобилизация сил или, напротив, капитуляция; в поведенческой сфере – изменение активности деятельности, бегство или нападение и т.д.

Необходимо отметить, что различные представления о сущности стресса, его теории и модели во многом противоречат друг другу. В этой области не существует установившейся терминологии. Даже определения стресса часто существенно различаются. Правда, такое положение характерно и для описания целого ряда других психических и функциональных состояний и процессов, таких как адаптация, утомление и т.д.

Под эмоциональным стрессом понимают широкий круг изменений психических и поведенческих проявлений, сопровождающихся выраженными неспецифическими изменениями биохимических, электрофизиологических показателей и другими реакциями²⁶. Ю.Л. Александровский с эмоциональным стрессом связывает напряжение барьера психической адаптации,

а патологические последствия эмоционального стресса – с его прорывом²⁷. Основными теориями и моделями психологического стресса являются следующие: генетически-конституциональная теория, модель предрасположенности (diathesis) к стрессу, психодинамическая и междисциплинарная модель, стресс как совокупность поведенческих реакций на социально-психологические стимулы, системная и интегративная модели стресса и другие²⁸.

Особую актуальность имеет анализ стресса у осужденных в пенитенциарных учреждениях. Так, попадая в места лишения свободы, осужденный сталкивается с жесткой регламентацией жизнедеятельности, как официальными, так и неофициальными нормами и правилами, которым он вынужден подчиняться. В этой среде существуют свои неписанные законы, насаждаемые наиболее криминальной частью заключенных, и неподчинение им может привести к самым печальным (вплоть до насильственной смерти) последствиям. Именно на пагубное влияние криминальной среды как переживание особого рода социального стресса указывал еще Ф.М. Достоевский, который в «Записках из мертвого дома» писал: «В каторжной жизни есть еще одна мука, чуть ли не сильнейшая, чем все другие. Это: вынужденное общее сожительство. Общее сожительство есть, конечно, и в других местах; но в острог-то приходят такие люди, что не всякому хотелось бы сживаться с ними»²⁹.

Необходимость выделения пенитенциарного стресса обусловлена в первую очередь специфичностью действия разнообразных стресс-факторов пенитенциарной среды³⁰. Определенным сходством с пенитенциарным стрессом обладает принятое в зарубежной литературе понятие стресса тюремной среды (jail environment stress), рассматриваемое в качестве ситуационного стресса³¹. К пенитенциарным стрессорным факторам относят различные по своей природе, интенсивности (травматичности) и длительности «обстановочные» раздражители, важнейшими из которых являются тюремная социальная депривация и сама криминогенная среда. Другие важнейшие пенитенциарные стрессоры – это десинхронизация (рассогласование ритма сна и бодрствования), монотонность, пространственное и двигательное ограничение (гипокинезия), снижение доступа информации (сенсорный голод), одиночество, групповая изоляция, постоянная угроза жизни и физического насилия и т.д. К стрессогенным факторам пенитенциарной среды относятся также скученность и различные бытовые проблемы³². Длительный информационный дефицит, возникающий при воздействии первых четырех факторов, особенно монотонности ощущений, и понимаемый как недостаточность или отсутствие высоко значимой сигнальной информации, может приводить к функциональным нарушениям деятельности мозга, описанным как информационный невроз.

Актуальность анализа проблемы пенитенциарного стресса во многом обусловлена негатив-

ным характером его влияний не только на самих осужденных, но и обслуживающий персонал. Как уже указывалось, нахождение заключенных в ИУ и деятельность обслуживающего персонала в настоящее время ведущие пенитенциарные исследователи приравнивают к экстремальным условиям жизнедеятельности³³.

Все больше появляется работ, в которых пенитенциарный стресс рассматривается в качестве ведущего, если не основного, фактора развития у заключенных различных психических и психосоматических расстройств, в том числе посттравматического стрессового синдрома, депрессивных состояний и суицида, различных форм патологической, внешне немотивированной агрессии, правонарушений и других форм патологического поведения³⁴.

Большинство авторов под пенитенциарным, или так называемым тюремным, стрессом понимают комплекс психологических переживаний личности, оказавшейся в условиях искусственной изоляции, что в целом позволяет рассматривать пенитенциарный стресс в качестве психологического стресса или похожего состояния – эмоциональной напряженности³⁵. В медицинской литературе чаще употребляются термины «психический», «эмоциональный» и «психоэмоциональный» стресс, а в психологии – «психологический». Пенитенциарный стресс определяется также в терминах «психическая дезадаптация», «психопатизация», «тюремизация», синдром «тюремной социальной депривации» и других, психологическим эквивалентом которых является специфичный комплекс переживаний по типу психопатологических реакций и личностных сдвигов³⁶.

Особую важность, по мнению А.И. Ушатикова и Б.Б. Козака, в формировании пенитенциарного стресса (эмоциональной напряженности) играют такие факторы, как чувство позора, негативные эмоции во время ареста, скученность в ИУ, плохие новости с «воли» и отсутствие вестей из дома, насильственное вступление в гомосексуальную связь, пребывание первый раз в одиночном заключении, неожиданно возникшая задержка с вынесением приговора в суде, ощущение вины, избивание другими заключенными, заключение на длительный срок без вынесения приговора и др.

Как указывает С.Б. Пономарев с соавторами³⁷, ведущей причиной пенитенциарного стресса является тюремная социальная изоляция (депривация), с которой тесно связаны психическая, эмоциональная и сенсорная депривации. Авторы считают, что социальная депривация при тюремной изоляции неизбежно завершается социальной адаптацией к тюремным условиям, то есть приспособлением личности к новым условиям жизнедеятельности в микросоциуме осужденных. И если одни заключенные быстро и хорошо адаптируются к условиям содержания в местах лишения свободы, то для других это представляет значительные трудности и сопровождается развитием тяжелых психиче-

ских и соматоформных расстройств, включая формирование процессов негативной адаптации и дезадаптации, призонизации личности и синдрома карцеризации. В работе указанных авторов делается попытка обобщения синдрома комплекса тюремной социальной депривации и его опосредованное отождествление с «фрустрационным синдромом», «синдромом тоски», «болезнью колючей проволоки», «синдромом концентрационных лагерей», «срывом адаптации», «посттравматическим неврозом», «военной усталостью», эмоциональным выгоранием, а также синдромом хронической усталости (СХУ) и посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). По мнению авторов, общим для всех этих состояний является то, что хронологически они, как правило, относятся к третьей стадии реакции развития стресса по Международной классификации болезней и помещены в раздел «Реакция на тяжелый стресс и нарушение адаптации». Кроме того, несмотря на большое количество теорий, до сих пор отсутствует единство мнений по вопросам этиологии, патогенеза и диагностики СХУ, ПТСР и других состояний.

В ходе исследований психологического тюремного (пенитенциарного) стресса у подростков, отбывающих срок наказания в учреждениях уголовно-исполнительной системы, С.Б. Пономарев с соавторами выявил значительные длительные нарушения функционирования иммунной, эндокринной, нервной и кардиореспираторной систем в ответ на действия тюремной социальной депривации. У большинства обследованных подростков обнаружены выраженный иммунодефицит, «выгорание» адаптационных резервов организма, десинхронизация и другие серьезные нарушения здоровья с риском развития онкологических, сердечнососудистых и аутоиммунных заболеваний, нервно-психических расстройств и др. По мнению авторов, это требует организации специализированной подростковой медицинской службы в УИС, создания системы подготовки и переподготовки кадров подростковых пенитенциарных врачей, психиатров и т.д.

По данным И.А. Чибисовой, в структуре пенитенциарного стресса у подростков могут быть представлены различные нарушения: от психотических и субпсихотических до невротоподобных реакций. Значительная часть психогенно обусловленных психических расстройств начального этапа пенитенциарного стресса в дальнейшем приобретают рецидивирующее течение с периодами обострений в период исполнения наказания. Описаны следующие типы реагирования подростков на пенитенциарный стресс: острый тип реагирования, включающий «острую реакцию на стресс» с аффективно-шоковыми реакциями, «депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами»; подострый тип реагирования, включающий депрессивные эпизоды средней и легкой степени; рецидивирующий тип с периодами обострения

и нивелировки расстройств в виде «продолженной депрессивной реакции», ПТСР с длительным, волнообразным течением; континуальный тип, характеризующийся стойкими, постоянными, продлженными субдепрессивными реакциями на всех этапах пенитенциарного стресса и проявляющийся сниженным настроением, чувством тревоги, расстройствами сна; реагирование по типу невротических реакций и невротоподобных проявлений и т.д.³⁸

Важным условием совершенствования стратегий и путей исправления несовершеннолетних осужденных является создание воспитательных учреждений нового типа, в которых будут предусмотрены возможности для медико-психологической и медико-социальной реабилитации заключенных юношеского и молодого возраста. Это обусловлено целым рядом причин, среди которых на первом месте по значимости следует выделить необходимость сохранения и возвращения к нормальной жизнедеятельности большого контингента молодых людей; снижением общего нравственного потенциала педагогического воздействия на детей и подростков, что приводит к неизбежному углублению процессов их духовно-социальной деградации и криминализации; все возрастающей потребностью в более детальном объективном и своевременном психолого-психиатрическом обследовании и оказании всесторонней медицинской и, что особенно важно, квалифицированной психиатрической помощи и т.д.

Главным в плане медико-социального воздействия на личность несовершеннолетних и осужденных молодого возраста должен являться комплекс современных оздоравливающих методов пенитенциарной медицины, и в первую очередь психолого-психиатрических, для снятия и коррекции стрессовых состояний. При этом основой их перевоспитания и личностно-социальной реабилитации остается синтез психолого-педагогических и социально-педагогических воздействий с учетом достижений и принципов отечественной педагогики³⁹.

Необходимо отметить, что расширение представительства психиатрической службы в современной пенитенциарной системе не подразумевает каких-либо противозаконных или насильственных мер, а напротив, предопределяет использование самых последних и наиболее гуманных подходов и методов, направленных на всестороннее изучение и раскрытие позитивных свойств личности осужденных, профилактику стрессовых расстройств и коррекцию психопатологических состояний и нарушений поведения.

В связи с тем, что в советский период некоторые представители отечественной психиатрии в большей степени руководствовались постановлениями и указаниями партии и руководящих структур, чем голосом совести и профессиональной этикой, советская психиатрия, несмотря на большой вклад в науку, была охарактеризована западными СМИ и отечественными

правозащитниками как карательная и принудительная медицина. По всей видимости, именно это положение явилось главным для упреков в адрес психиатрической пенитенциарной помощи и малооправданному понижению ее роли и значимости в воспитательных и исправительных учреждениях⁴⁰.

Как указывает Е.М. Сандомирский, сенсорная монотония в сочетании с социальной изоляцией приводит к изменению характера отношений с окружающими, что может рассматриваться в качестве особого стресса, приводящего к психологической нетерпимости, росту агрессивности и, как следствие, уменьшению «социальности». Если индивидуальная изоляция приводит к тревожности, неуравновешенности и неустойчивости настроения, то следствием групповой изоляции («зимовочный синдром») являются депрессивные проявления, враждебность, нарушение сна и ослабление когнитивных функций. При длительной групповой изоляции отмечаются нарушения в сфере взаимоотношений, приводящие к конфликтам и появлению в группе «отверженных».

К числу факторов пенитенциарной среды, затрудняющих адаптацию, относят также частые межличностные конфликты, недоброжелательность окружения, грубость обращения, бытовые условия, криминальную субкультуру, постоянное психологическое давление как со стороны персонала пенитенциарных учреждений, так и со стороны криминальных неформальных групп. Переживание же осужденным обстоятельств, связанных с совершением преступления и последующей социальной изоляцией (арестом, следствием, приговором суда и помещением в исправительное учреждение), по мнению М.Е. Сандомирского, имеет много общего с симптомами посттравматических стрессовых расстройств с характерным ощущением разрушения привычного порядка и потери смысла жизни. К типичным проявлениям психической дезадаптации у осужденных относят астено-невротические, тревожно-депрессивные и диссоциированные расстройства, отражающие различные стадии и уровень протекания пенитенциарного стресса. Расстройства психической адаптации у осужденных наиболее часто проявляются в виде апатии, безынициативности, отгороженности либо по типу деструктивной агрессивности, аффективной неустойчивости и снижения толерантности к психологическим факторам⁴¹.

Актуальность проблемы пенитенциарного стресса отмечал и директор Федеральной службы исполнения наказаний Ю.И. Калинин, по мнению которого, попадая в места лишения свободы, многие осужденные испытывают стресс и глубокие переживания в связи со строгим распорядком, оторванностью от семьи, скученностью, необходимостью отстаивать свой статус⁴². Детально изучая клинко-психологические проявления пенитенциарного стресса, многие авторы указывают на необходимость снижения стрессогенности длительного содержания людей в

условиях изоляции с целью предупреждения повышенной тревожности, страха, постоянного беспокойства, ожидания угрозы со стороны окружающего мира депрессии, а также озлобленности и агрессивности у осужденных⁴³.

Наиболее тяжело пенитенциарный стресс переносят осужденные, страдающие олигофренией, у которых отмечаются различные нарушения адаптационных процессов, а при применении суровых мер взыскания они становятся злыми нарушителями режима ИТК⁴⁴.

Таким образом, пенитенциарный стресс не только понижает уровень и качество жизни осужденных, то есть является основным фактором нарушения их здоровья и процессов адаптации, но и, как показывают исследования, в значительной степени усугубляет имеющуюся психопатологию осужденных, с которой они попадают в места заключения. Сегодня это особенно актуально, поскольку в ИУ попадает все большее количество лиц с различными формами психических расстройств. Для учреждений уголовно-исполнительной системы в целом характерна следующая структура психических и поведенческих расстройств: самая распространенная патология – психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ; на втором месте – органические и симптоматические расстройства; на третьем месте – поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами; на четвертом месте – расстройства личности и поведения в зрелом возрасте; пятое место занимает умственная отсталость легкой степени; остальные психические и поведенческие расстройства встречаются среди осужденных реже⁴⁵.

(Продолжение статьи см. в № 9).

ПРИМЕЧАНИЯ

¹ См.: Пищелко А.В., Сочивко Д.В. Реадаптация и ресоциализация. М., 2003; Поздняков В.М. Воспитательно-трудовые колонии: возможности радикальных преобразований // Совершенствование деятельности воспитательно-трудовых колоний и профилактика молодежной преступности: Сб. науч. тр. М., 1992.

² См.: Ананьев В.А. Основы психологии здоровья // Концептуальные основы психологии здоровья. СПб., 2006. С. 7; Бойко О.В. Охрана психического здоровья. М., 2004. С. 12.

³ См.: Черносивитов Е.В. Социальная медицина. М.; Екатеринбург, 2003. С. 19.

⁴ См.: Никифоров Г.С. Психология профессионального здоровья. СПб., 2006. С. 6.

⁵ См.: Там же. С. 46.

⁶ См.: Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. С. 25.

⁷ См.: Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. М., 2006. С. 31.

⁸ См.: Никифоров Г.С. Психология профессионального здоровья. С. 53.

⁹ См.: Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. С. 30.

¹⁰ См.: Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации. С. 72.

¹¹ См.: Черносивитов Е.В. Социальная медицина. С. 26.

¹² См.: Ананьева В.А. Основы психологии здоровья. С. 64.

¹³ См.: Никифоров Г.С. Психология профессионального здоровья. С. 74.

¹⁴ См.: Кураев Г.А., Воинов В.Б. Психофизиологические представления о формировании, развитии и сохранении здоровья человека // Вестник новых медицинских технологий. 2004. Т. XI. № 12. С. 5–6.

¹⁵ См.: Там же.

¹⁶ См.: Еськов В.М. и др. Понятие нормы и патологии в фазовом пространстве состояний с позиции компартментно-кластерного подхода // Вестник новых медицинских технологий. 2005. Т. XII. № 1. С. 2.

¹⁷ См.: Акоева Л.А. и др. Здоровье студентов: психический стресс как нарушение информационных процессов в организме // Вестник новых технологий. 2003. Т. X. № 3. С. 38–39.

¹⁸ См.: Григорьева В.Н., Тхостов А.Ш. Оценка причин эмоционального стресса у больных с неврологической патологией // Вестник новых медицинских технологий. 2003. Т. X. № 4. С. 29–33.

¹⁹ См.: Судаков К.В. Голографическое единство мироздания // Вестник новых медицинских технологий. 2002. Т. IX. № 1. С. 6.

²⁰ См.: Там же.

²¹ См.: Там же.

²² См.: Величковский Б.Т. Реформы здоровья населения (Пути преодоления негативных последствий). Воронеж, 2002; Виткин Дж. Женщина и стресс. СПб., 1996.

²³ См.: Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М., 1960. С. 54.

²⁴ См.: Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. СПб., 2004. С. 16.

²⁵ См.: Гринберг Дж. Управление стрессом. СПб., 2004. С. 76.

²⁶ См.: Судаков К.В. Голографическое единство мироздания. С. 86; Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. М., 1983. С. 87.

²⁷ См.: Александровский Ю.А. Психические расстройства (диагностика и терапия в общемедицинской практике): Краткое руководство. М., 2007. С. 23.

²⁸ См.: Бодров. Психологический стресс: развитие и преодоление. М., 2006. С. 94.

²⁹ См.: Достоевский М.Ф. Записки из мертвого дома. Мурманск, 1982. С. 176.

³⁰ См.: Сандомирский Е.М. Психическая адаптация в условиях пенитенциарного стресса и личностно-типологические особенности осужденных. Уфа, 2001. С. 19.

³¹ См.: Bonner R.L., Rich A.R. Psychosocial vulnerability, life stress and suicide ideation in a jail population: across-validation study // Suicide Life-Threat. Behav. 1990. V. 20. № 3. P. 213–424.

³² См.: Сандомирский Е.М. Психическая адаптация в условиях пенитенциарного стресса и личностно-типологические особенности осужденных. С. 25.

³³ См.: Пищелко А.В., Сочивко Д.В. Реадаптация и ресоциализация. М., 2003; Сочивко Д.В. Психодинамика. М., 2003; Сочивко Д.В., Литвишков В.М. Пенитенциарная антропология. Опыт систематизации психолого-педагогической теории и практики в местах лишения свободы. М., 2006.

³⁴ См.: Алферов Ю.А., Козюля В.Г. Дезадаптация и устойчивость человека в преступной среде: Учеб. пособие. Домодедово, 1996; Пономарев С.Б. и др. Синдром тюремной социальной депривации в молодом возрасте. Екатеринбург, 2008; Семке В.Я., Гусев СИ. Снигирева Г.Я. Пенитенциарная психология и психопатология: Руководство: В 2 т. / Под ред. В.Я. Семке, А.С. Кононца. М.; Томск; Кемерово, 2007.

³⁵ См.: Ушатиков А.И., Казак Б.Б. Пенитенциарная психология: Учеб. 2-е изд., перераб. и доп. Рязань, 2003.

³⁶ См.: Семке В.Я., Гусев СИ. Снигирева Г.Я. Пенитенциарная психология и психопатология.

³⁷ Пономарев С.Б. и др. Синдром тюремной социальной депривации в молодом возрасте.

³⁸ См.: Психические расстройства у подростков, ассоциированные с пенитенциарным стрессом // Российский психиатрический журнал. 2006. № 4.

³⁹ См.: Пищелко А.В., Сочивко Д.В. Реадаптация и ресоциализация. М., 2003; Сочивко Д.В. Психодинамика. М., 2003.

⁴⁰ См.: Черносивитов Е.В. Прикладная социальная медицина. М., 2004.

⁴¹ См.: Сандомирский Е.М. Психическая адаптация в условиях пенитенциарного стресса и личностно-типологические особенности осужденных. С. 47.

⁴² См.: Преступление и наказание. 2005. № 5. С. 3–6.

⁴³ См.: Антонян Ю.М., Мухлин А.С. Гуманизация и дифференциация условий содержания осужденных // Государство и право. 1997. № 7. С. 16–18; Човдырова Г.С. Проблемы стресса, психической дезадаптации и повышения стрессустойчивости личности в условиях социальной изоляции. Тюремная библиотека. Вып. 4. С. 293.

⁴⁴ См.: Королев В.Ю., Кудрявцев В.Н. Особенности поведения в ИТК осужденных, страдающих олигофренией // Личность осужденных и вопросы исправления перевоспитания. М., 1986. С. 27.

⁴⁵ См.: Трубецкой В.Ф., Трифонов О.И. Профилактика правонарушений и преступлений, совершаемых лицами, имеющих психические расстройства: Методические рекомендации. М., 2006.