

В.И. Петров, Е.И. Скугаревская, Т.И. Чегерова

Об эффективности новой модели медицинской реабилитации осуждённых с расстройствами адаптации

*Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Белорусский государственный медицинский университет*

Различные психотравмирующие факторы в местах лишения свободы, которые могут вызывать расстройства адаптации, на современном этапе развития общества являются актуальными и требуют своевременной коррекции ввиду особой социальной значимости. Их диагностика и коррекция сегодня являются важнейшими вопросами пенитенциарной психиатрии.

Пенитенциарный стресс, радикально меняющий качество жизни человека на длительный срок, создаёт предпосылки для развития у него расстройств адаптации. Он представляет собой адекватную модель пролонгированной стрессогенной ситуации, позволяющей оценить психические резервы человека в условиях экстремального пенитенциарного быта. Нахождение в местах лишения свободы является специфическим видом бытия, когда человек помимо собственной воли оказывается в непривычных условиях, сопровождающихся психоэмоциональным напряжением в виде истощающих психологических нагрузок, определяемых контактом с жёсткой регламентацией жизнедеятельности, реальной опасностью, «теневыми» сторонами жизни контингента исправительных учреждений. Лишение свободы ставит человека в совершенно новые условия социального взаимодействия, где жизнь имеет свои законы и им, как правило, сложно сопротивляться. Это часто приводит к возникновению ряда неблагоприятных социально-психологических последствий. Происходит срыв защитно-компенсаторных механизмов психики, который проявляется прежде всего в форме аффективных расстройств – тревоги (тревожности), депрессии в рамках расстройств адаптации. Поиск оптимальных путей медицинской реабилитационной коррекции дезадаптации контингента ИУ МВД Республики Беларусь на данном этапе развития пенитенциарной медицины крайне актуален.

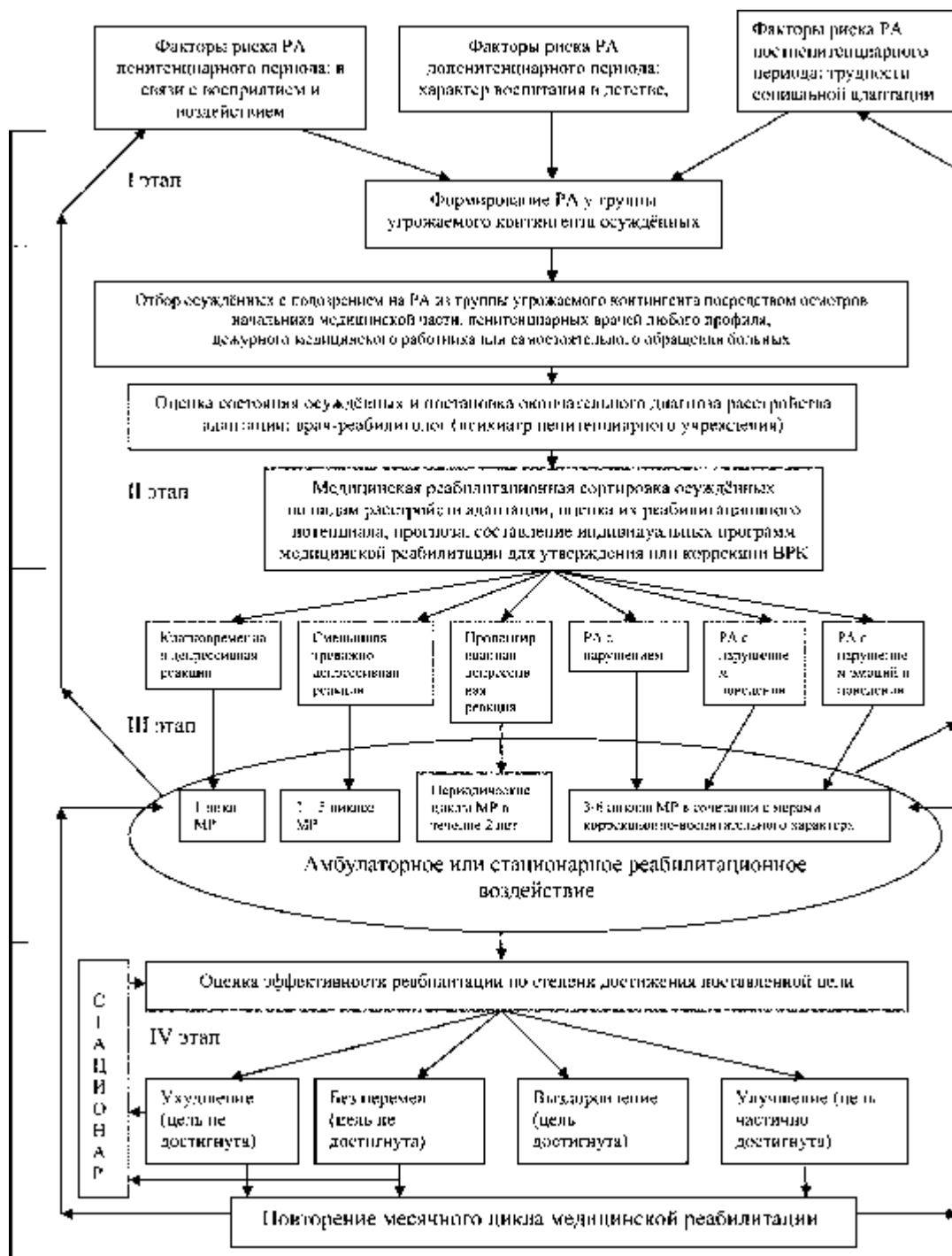


Рис. 1 - Модель организации медицинской реабилитации осуждённых с расстройствами адаптации

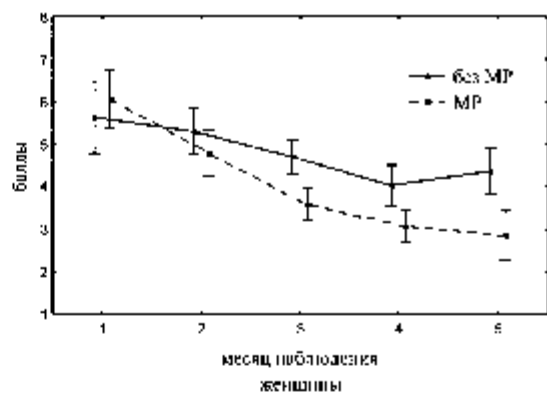
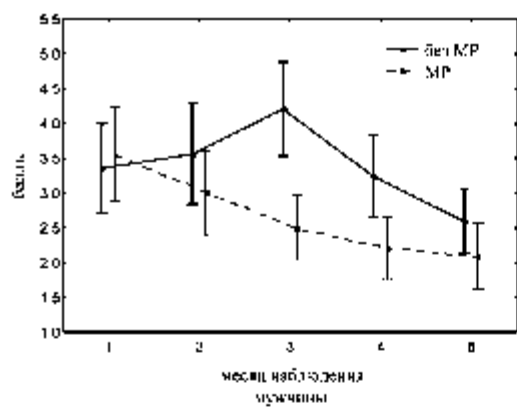
Ядро предложенной модели составляет месячный цикл медицинской реабилитации, состоящий из основного и вспомогательного периода реабилитационного воздействия (рис. 2). Применение немедикаментозных методов осуществляется постоянно, в чередующемся порядке, с ежемесячной оценкой полученных результатов. Они реализуются на фоне занятий с осуждёнными в школе профилактики психической дезадаптации в условиях пенитенциарного стресса. Строго соблюдается принцип добровольности участия в проводимых мероприятиях, а также учитывается предпочтение реабилитируемых к определённым видам реабилитационной коррекции.

I этап	1-10 день месяца	Один из основных видов немедикаментозного лечения			Занятия в школе профилактики психической дезадаптации, коррекция базисных когнитивных стратегий	1-10 день месяца
		АУТОТРЕНИНГ	АКТИВНАЯ НЕРВНО-МЫШЕЧНАЯ РЕЛАКСАЦИЯ	ИЛЮ-РЕФЛЕКСО-ТЕРАПИЯ		
II этап	11-30 день месяца	Один из вспомогательных видов немедикаментозного лечения			Занятия в школе профилактики активной лекарственной дезадаптации, коррекция базисных когнитивных стратегий	11-30 день месяца
		ТОЧЕЧНЫЙ МАССАЖ	ГИПОКСИЧЕСКИЙ РЕЛАКСАЦИОННЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ТРЕНИНГ	МУЗЫКО-ТЕРАПИЯ		
III этап	Текущая оценка эффективности месячного цикла медицинской реабилитации осуждённых с расстройством адаптации					

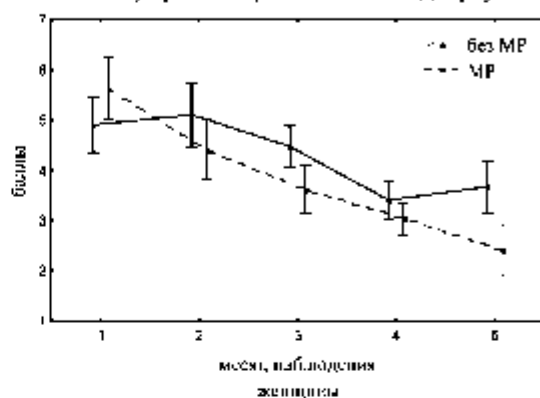
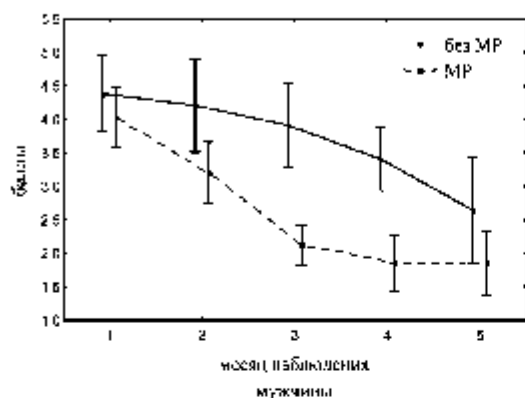
Рис. 2. Схема месячного цикла медицинской реабилитации у осуждённых с расстройствами адаптации

Оценивая результаты медицинской реабилитации расстройств адаптации осуждённых, важно знать не только конечный результат лечебного воздействия, но и динамическую характеристику изменения уровней тревоги и депрессии в течение каждого месяца отбывания наказания.

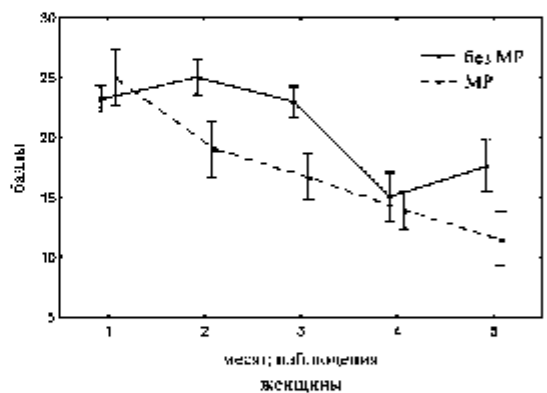
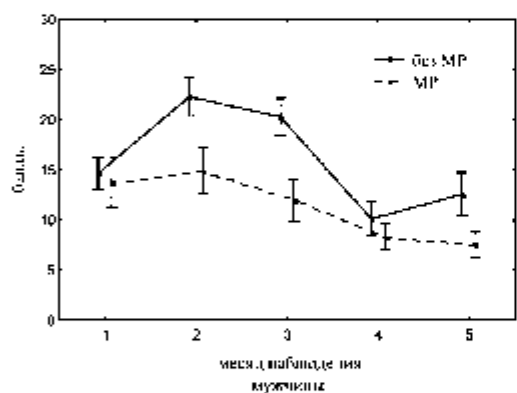
С целью определения влияния новой модели медицинской реабилитации на уровни тревоги и депрессии в рамках расстройств адаптации у осуждённых в течение 5 месяцев (рис. 3) наблюдения ежемесячно определялись уровни тревоги по краткой шкале тревоги Гольдберга, шкале Шихана, шкалам ситуационной и личностной тревожности опросника Спилбера-Ханина, уровни депрессии – по краткой шкале депрессии Гольдберга, опроснику Бека. Причём анализировались как группы мужчин и женщин с МР (68 человек), так и без таковой (64 человека). Группы были сопоставимы по возрасту и режиму отбывания наказания.



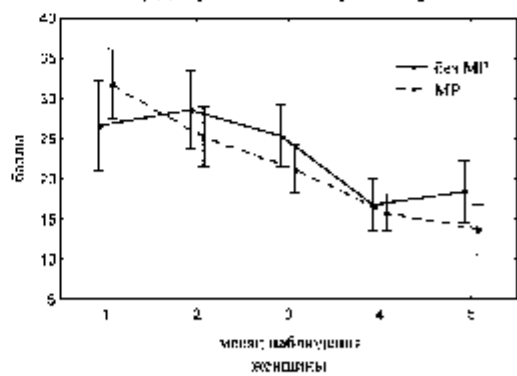
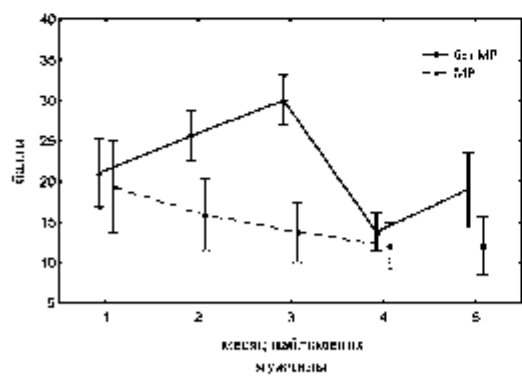
а) краткая тревога по Гольдбергу



б) краткая депрессия по Гольдбергу



в) депрессия по опроснику Бека



г) тревога по шкале самооценки Шихана

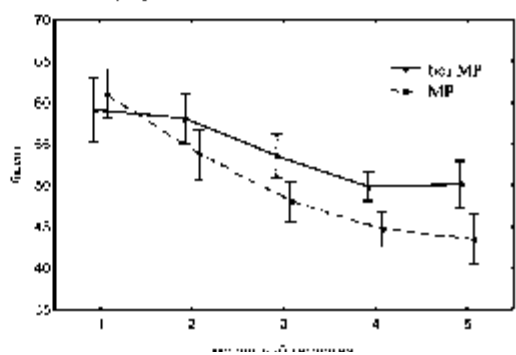
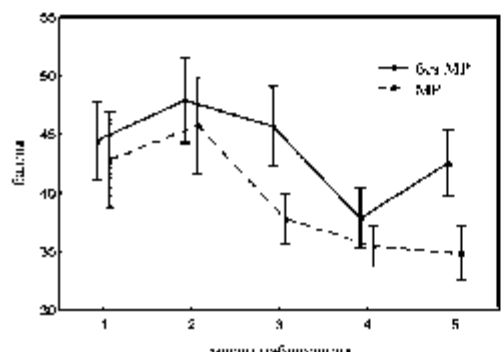


Рисунок 3 - Динамика уровней тревоги и депрессии в группах осужденных с МР без МР

(краткие шкалы Гольдберга, шкала Шихана, опросники Бека и Спилбергера-Ханина)

Анализ полученных данных показал, что в группах с МР и без МР отмечается устойчивое снижение показателей тревоги и депрессии в течение пяти месяцев наблюдения, практически одинаковое у мужчин и у женщин. Однако, как видно из рисунка, в группе с МР эти изменения более выражены. Динамика этих изменений была оценена с помощью рангового коэффициента корреляции Спирмена (R), при этом оценивалась связь между показателями уровней тревоги или депрессии и количеством месяцев от начала наблюдения – от 1 до 5 (табл. 1). Коэффициенты корреляции рассчитывались по каждой группе (с МР и без МР) отдельно. Все коэффициенты получились отрицательные и значимые, что говорит о достоверном снижении уровней тревоги и депрессии в обеих группах осуждённых в течение пяти месяцев наблюдения. Но, как видно из таблицы 1, коэффициенты корреляции Спирмена (R) в группе с МР по абсолютной величине больше, чем в группе без МР. Сравнение двух коэффициентов корреляции (пары) проводилось с помощью критерия U-статистики:

$$U = \frac{Z_1 - Z_2}{\sigma_{Z_1}^2 + \sigma_{Z_2}^2}, \text{ где } Z_i = \frac{1}{2} \ln \frac{1 + R_i}{1 - R_i}$$

где U – критерий U-статистики; R – коэффициент корреляции Спирмена; s – стандартное отклонение Z; Z – расчётная величина, определяемая по вышеприведенной формуле.

Таблица 1

Оценка попарного сравнения коэффициентов корреляции Спирмена в группах осуждённых с МР и без МР по различным психометрическим тестам в течение 5 месяцев наблюдения

Психологический тест	МР (n=66)		Без МР (n=64)		Достоверность утверждения H ₀ > α, p level
	R (Spearman)	Значимость R ₁ p-level	R ₂ (Spearman)	Значимость R ₂ p-level	
Краткая шкала тревоги	0,421	>0,0001	-0,195	>0,0001	*0,0006
Краткая шкала депрессии	0,557	>0,0001	0,347	>0,0001	*0,0004
Опросник Бека	-0,464	>0,0001	-0,371	>0,0001	*0,008
Шкала Шихана	-0,329	>0,0001	-0,268	>0,0001	*0,003
ЭТСТ	-0,424	>0,0001	-0,262	>0,0001	*0,0103
ЛТ	0,242	>0,0001	0,161	0,0041	0,13

Примечание- *-отмечены достоверные различия (p<0,05) в группах осуждённых с МР и без МР

Результаты попарного сравнения коэффициентов корреляции Спирмена по каждому психологическому тесту, определяющему уровни тревоги и депрессии в группах мужчин и женщин с МР и без таковой, показало для большинства из них (кратким шкалам Гольдберга, опроснику Бека, опроснику Спилбергера-Ханина, определяющему уровень ситуационной тревожности) достоверную разницу (p-level > 0,0001). Т.е. можно утверждать, что в группе осуждённых с МР изменения уровней тревоги (тревожности) и депрессии достоверно более выражены в сравнении с группой осуждённых, не получавшей реабилитационного воздействия.

Выводы

1. Применение новой модели медицинской реабилитации расстройств адаптации у осуждённых приводит к более выраженному ежемесячному снижению уровней

тревоги и депрессии в сравнении с группой осуждённых, не получавших реабилитационного воздействия.

2. Внедрение новых организационных технологий медицинской реабилитации контингента исправительных учреждений в деятельность медицинских частей ИУ МВД Республики Беларусь должно способствовать профилактике негативных социальных последствий пенитенциарного пребывания, связанных с такими психологическими феноменами, как «тревога» и «депрессия».