

К вопросу об актуальности медицинской реабилитации тревожных и депрессивных расстройств пенитенциарного контингента

Приведены данные изучения расстройства адаптации в виде тревожных и депрессивных проявлений у 500 человек пенитенциарного контингента с использованием нескольких методик (короткие шкалы Гольдберга, шкала Шихана и опросник Бека). Было доказано, что 69,4% арестованных женщин имеют расстройства адаптации тревожно-депрессивного спектра. В наибольшей степени страдают от тревоги и депрессии находящиеся в заключении женщины, осужденные (мужчины) тюремного режима, ВИЧ-инфицированные, больные активным туберкулёзом и психосоматическими заболеваниями. Осужденные с высоким уровнем тревоги и депрессии склонны к нарушениям режима содержания, что требует медицинской реабилитации и исследования новых путей решения проблемы психологического здоровья арестованных.

Ключевые слова: расстройство адаптации, медицинская реабилитация, тревога, депрессия, арестованные.

С каждым годом в мире увеличивается количество больных, страдающих различными эмоциональными нарушениями. Эмоции, играя важную роль в жизни человека, обеспечивают интегральную оценку внешних и внутренних стимулов в плане их биологической ценности для индивидуума. Распространённость аффективных расстройств в 1990-е годы в развитых странах Европы и США составила 5-10% (8) против 0,4-0,8% к началу 1980-х годов (9). Этот показатель отражает реальную частоту аффективных расстройств в современном мире, а его значительный рост объясняется тем, что одной из основных причин обращения за медицинской помощью становится психическая патология, в структуре которой значительное место принадлежит тревоге и депрессии. Достоверно установлено, что заболеваемость депрессиями на сегодняшний день приближается к 3%, а риск заболеть депрессией в течении жизни – к 20% (10). Сложность её диагностики состоит в том, что большинство депрессий протекает в стёртых формах, в клинической картине которых доминируют невротические, соматизированные и вегетативные расстройства (6). Число больных с психическими расстройствами с впервые в жизни установленным диагнозом, взятых на диспансерное наблюдение лечебно-профилактическими организациями Министерства здравоохранения Республики Беларусь, за 10 лет (1993 – 2003 г.г.) в расчёте на 100 тысяч населения выросло на 32,8%, причём рост расстройств непсихотического характера составил 39,1% со схожими тенденциями в заболеваемости психическими расстройствами в Могилёвской области, где прирост расстройств непсихотического характера за аналогичный период составил 41,2% (4).

Нарушения нормального функционирования механизмов регуляции эмоций – эмоциональные (аффективные) расстройства дезорганизуют целесообразное приспособительное поведение. Эти состояния так или иначе захватывают «ядро» личности, значимые для неё переживания. К тому же депрессия поражает в основном возраст от 15 до 34 лет, способствует дезадаптации, может сопровождаться суицидальными тенденциями, как ни одно другое психическое заболевание сопряжена с риском самоубийства и в 15% случаев приводит к преждевременной смерти (6). Только в Республике Беларусь ежегодно до 3-х тысяч людей уходят из жизни по

собственной воле. Депрессия существенно влияет на качество жизни пациента. Доля больных депрессией, у которых серьёзно нарушается привычный образ жизни, колеблется в зависимости от степени тяжести аффективного расстройства и возрастает от 18,1% при стёртых до 52,3% при отчётливо выраженных формах депрессий (6). Завышенная тревожность также неблагоприятно сказывается на жизнедеятельности человека, она во многом обуславливает поведение субъекта. Тревогу часто определяют как неопишуемое жуткое изменение во взаимосвязи «Я-мир», близкое к дереализации, депрессия же нарушает всю психосоматическую «конструкцию» человека (7).

Происходящие процессы неотделимы от ситуации в Департаменте исполнения наказаний МВД Республики Беларусь. Демократические изменения, происходящие в обществе, отражают качественно иной статус осужденного, гарантируют высокий уровень защищённости и обеспечения его прав. Это касается и права на восстановление и сохранение здоровья. Пенитенциарная политика в Республике Беларусь переживает стадию формирования. Гуманизация системы исполнения наказаний диктует настоятельную необходимость совершенствования психиатрической и психотерапевтической помощи осужденным, соответствия её требованиям международных документов. Европейский Комитет по предотвращению пыток (3-й доклад, Страсбург, июнь 1993 г.) отметил, что «по сравнению с населением в целом среди заключённых часто встречаются лица, страдающие психическими расстройствами». Введен даже специальный термин «тюремные психозы» (5). Отмечается, что пребывание в местах лишения свободы свыше 5 лет вызывает необратимые изменения в психике человека, когда восприятие осужденным окружающей среды, как чужой, опасной и ненавистной переходит на подсознательный уровень. Имеются данные, показывающие, что сенсорная депривация в исправительном учреждении может вызвать у человека временный психоз или стать причиной временных психических нарушений. Недостаточная стимуляция активирующей ретикулярной ткани мозга может привести к дегенеративным изменениям в нервных клетках (1). Общественное здоровье «пенитенциарных субъектов», по мнению знатока пенитенциарной медицины Черносвитова Е.В., «выпадает» из структуры здоровья всего населения. Заключение под стражу представляет собой выражение «гражданской смерти» человека, он становится из носителя общественного сознания человеком толпы (7). Лишение свободы является мерой наказания и ставит человека в совершенно новые условия социального взаимодействия, где жизнь имеет свои законы и им, как правило, сложно сопротивляться. При реализации наказания осужденный подвержен ряду неблагоприятных факторов от действия которых на индивидуальность каждого следует ожидать появления различных психических нарушений. Новая социальная роль в местах лишения свободы определяет изменение привычного реагирования, что «проверяет на прочность» возможности адаптации индивида. Потеря реальной самостоятельности, ограничение степени свободы в значительной степени способствуют дезадаптации человека, часто вызывая развитие тревоги, депрессии или их сочетания, как проявлений расстройства адаптации контингента в условиях пенитенциарного контакта. Установлено, что свыше 80% тяжких преступлений, а также самоубийств, самоповреждений совершают психически аномальные лица, т.е. имеющие расстройства психической деятельности, не достигшие психотического уровня и не исключющие вменяемости, но влекущие личностные изменения,

которые могут привести к отклоняющемуся поведению. Можно выделить следующие факторы, усиливающие психическую дезадаптацию в условиях пенитенциарного стресса:

- ситуации неопределённости и потенциального риска;
- психо-эмоциональное напряжение в виде истощающих психологических нагрузок;
- разрыв устоявшихся личностных связей и скудность дальнейших социальных контактов (коммуникативный «голод»);
- материальные лишения и дефицит привычных раздражителей для органов чувств;
- ограничение свободы с реальной повседневной опасностью;
- постоянное воздействие асоциально настроенных лиц;
- контакт с лицами, имеющими, в большинстве своём, психопатологию;
- жёсткие требования режима содержания, строгая регламентация жизнедеятельности;
- общественное порицание преступников в социальной среде;
- частое трудоиспользование без учёта профессиональных навыков и специальности;
- ограничения в удовлетворении сексуальных и других потребностей;
- психическая и соматическая отягощённость.
- неясность перспективы сразу после освобождения;
- отсутствие или уменьшение воздействия на человека культурных ценностей.

Практика показывает, что наиболее трудным даже для практически здоровых осужденных является начальный период пребывания в местах отбывания наказания, когда значительные затруднения испытывают до 80% осужденных в исправительных учреждениях общего режима, 60%-усиленного и 50%-строгого (3). В ежегодной структуре зарегистрированной заболеваемости пенитенциарного контингента психические расстройства стабильно занимают 1-2 места. В среднем в год в исправительном учреждении регистрируется до 30 аутоагрессивных действий, что в местах лишения свободы имеет особое социальное звучание и не всегда предсказуемые последствия. Следует учитывать, что пенитенциарный стресс может усиливать стресс, связанный с соматической отягощённостью, способствовать профессиональному заражению работающего медперсонала. Постоянное общение с арестованными и осужденными, страдающими такими инфекциями как туберкулёз, сифилис, гепатиты В и С, ВИЧ создаёт дополнительную угрозу здоровью сотрудников. Риск заразиться во много раз выше при наличии

у арестованного или осужденного неадекватного поведения, связанного с расстройством адаптации в виде тревожных и депрессивных расстройств.

Существующая система медобеспечения не предусматривает оценки наличия тревожных и депрессивных расстройств при первичном контакте следственно-арестованного или осужденного с медперсоналом. Кроме выявления инфекционной патологии, а также диагностики клинически обозначенных психических и соматических заболеваний в ходе осмотра новоприбывающих на основе опроса, осмотра и анализа имеющихся медицинских документов наличие и степень выраженности тревожных и депрессивных расстройств практически объективно не оценивается. Сегодня необходима разработка медицинских, научно-обоснованных, реабилитационных мер борьбы с психической дезадаптацией, предусматривающих

эффективную реализацию приоритетных мероприятий в области профилактики, диагностики и лечения тревожных и депрессивных расстройств у пенитенциарного контингента учётом конкретно складывающихся экономических, социальных и эпидемиологических условий. Это позволит осуществить первичный этап отбора лиц, требующих дальнейшей медицинской реабилитации, которая в широком смысле в местах лишения свободы подразумевает восстановление индивидуальной и социальной ценности человека. Она естественно включает и коррекцию психического состояния осужденных как фактора профилактики нарушений режима содержания. Своевременная диагностика, лечение и профилактика психических расстройств (заболеваний) у спецконтингента, в том числе тревожных и депрессивных расстройств, способствует сохранению его психического здоровья, более эффективному включению спецконтингента в систему воспитательных и трудовых мероприятий, предупреждению правонарушений.

Цель работы

- Изучить распространённость тревожных и депрессивных расстройств как проявлений расстройства адаптации у прибывающего женского контингента следственного изолятора;
- Сравнить уровни тревоги и депрессии у различных категорий арестованных и осужденных;
- Оценить уровни тревоги и депрессии у осужденных, склонных к нарушениям режима содержания.

Материал и методы

Обследовано 500 человек из числа пенитенциарного контингента, из них первую группу составили 132 следственно-арестованные женщины, поступившие в тюрьму №4 в течение 2005 года (случайная выборка), которые тестировались на предмет наличия у них расстройства адаптации в первые дни пребывания в учреждении, 300 осужденных и следственно-арестованных второй группы выделены с целью сравнения уровней тревоги и депрессии у различных категорий содержащегося контингента (сроки пребывания от 1 до 9 месяцев), 68 осужденных отряда хозяйственного обеспечения, склонных к нарушениям режима содержания (третья группа), изучались для определения их уровня тревоги и депрессии как фактора, предрасполагающего к противоправному поведению.

2-я группа была разделена на 10 категорий по 30 человек каждая и представляла 3 блока, отличающиеся по признаку пола и возраста, соматической и инфекционной отягощённости, виду режима содержания, из них первую-составили подростки, женщины и мужчины следственного изолятора, вторую – больные активным туберкулёзом, сифилисом, ВИЧ-инфицированные и больные психосоматозами (язвенной болезнью 12-перстной кишки и артериальной гипертензией), третью – осужденные тюремного режима, хозяйственного обслуживания и арестанты.

Диагноз расстройства адаптации (рубрика F 43.2 МКБ – 10) выставлялся психиатром после осмотра арестованных и изучения данных тестирования. Возраст обследованных в группах – от 16 до 45 лет. Во всех случаях строго соблюдался принцип добровольности и индивидуального заполнения анкет. Наряду с общеклиническими данными применялось анкетное тестирование уровней личностной тревоги и депрессии по краткой шкале Гольдберга, тревоги – по шкале Шихана, депрессии-по опроснику Бека. У нарушителей режима содержания дополнительно применялся тест ММРІ. Результаты оценивались в баллах. Группу

сравнения составили 30 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с обследованным пенитенциарным контингентом, проходящие медосмотр на предмет будущего трудоустройства. Достоверность результатов оценивали методом вариационной статистики (2).

Результаты и обсуждение

Как видно из таблицы 1, расстройства адаптации имеют место у 69,4% поступающих в пенитенциарное учреждение женщин. На фоне относительно небольшой выраженности кратковременной депрессивной реакции (13,6%) почти у половины (47,7%) пенитенциарного женского контингента регистрируется расстройство адаптации в виде смешанной тревожно-депрессивной реакции, что подтверждает современные данные о том, что тревога и депрессия в большинстве случаев представляют собой единый конструкт, который лишь меняется во времени по степени выраженности одного из этих признаков. Обращает на себя внимание, что расстройства адаптации с преобладанием нарушений поведения и с нарушением эмоций и поведения составляют 8,3%, что относительно невелико, но субъекты, имеющие данное расстройство адаптации, часто склонны к немотивированным поступкам и противоправным действиям.

Таблица 1

Распространённость расстройств адаптации (по МКБ-10) у женщин следственного изолятора

№	Клиническая форма расстройств адаптации	Количество обследованных	%
1	Кратковременная депрессивная реакция	18	13,6
2	Смешанная тревожно-депрессивная реакция	63	47,7
3	С преобладанием нарушений поведения	7	5,3
4	С нарушением эмоций и поведения	4	3,0
5	Всего с признаками расстройств адаптации	92	69,4
6	Всего без признаков расстройств адаптации	40	30,4
7	Всего:	132	100

Анализ уровня тревоги и депрессии ($M \pm m$), представленный в таблице 2, у различных категорий арестованных и осужденных показал, что они достоверно отличаются у всех обследованных пенитенциарных контингентов в сравнении с группой сравнения по всем тестам, кроме одного в группе разных категорий осужденных (краткая шкала депрессии), что указывает на значительную степень выраженности тревоги и депрессии в пенитенциарной среде.

Изучение выраженности тревоги и депрессии выявило достоверную разницу в баллах у подростков, женщин и мужчин следственного изолятора (СИЗО) в сопоставлении с группой сравнения (t от 2,6 до 20,0). Обращают на себя внимание высокие показатели тревоги и депрессии следственно-арестованных женщин, которые с достоверностью превалируют по сравнению с таковыми у подростков и мужчин СИЗО: p при оценке тревоги – от 0,0001 до $4,0 \times 10^{-5}$, по показателям депрессии- p от 0,01 до $7,2 \times 10^{-5}$, за исключением одного теста при сравнении выраженности депрессии по краткой шкале депрессии женщин и мужчин СИЗО. Эти достоверные различия в уровнях тревоги и депрессии между женщинами и мужским пенитенциарным контингентом могут указывать на большую психическую уязвимость женщин при пенитенциарной изоляции.

Сравнение уровня тревоги и депрессии во всех группах пенитенциарного контингента с инфекционной и соматической отягощённостью установило достоверное увеличение выраженности тревоги и депрессии в сопоставлении с группой сравнения (p от 0,054 до $2,4 \times 10^{-12}$).

Выявлена тенденцию к увеличению уровня тревоги и депрессии у ВИЧ-инфицированных в сравнении с группами другой инфекционной патологии и психосоматическими расстройствами. Достоверные различия зарегистрированы при оценке выраженности тревоги в группе больных активным туберкулёзом и психосоматическими расстройствами в сравнении с группой больных сифилисом (по краткой шкале тревоги и шкале Шихана). Кроме того по шкале Шихана выявлено достоверное увеличение уровня тревоги в группе носителей ВИЧ в сравнении с группой больных сифилисом и психосоматическими расстройствами. Анализ уровня депрессии в группе с инфекционной и соматической отягощённостью по короткой шкале депрессии показал, что достоверно различаются только группы больных туберкулёзом и сифилисом с преобладанием депрессии в группе больных активным туберкулёзом, больных сифилисом и психосоматическими расстройствами с более высокими показателями в группе с психосоматическими расстройствами. Использование опросника Бека в этих группах достоверных различий по уровню депрессии не выявило.

Изучение уровня тревоги и депрессии у различных категорий осужденных выявило достоверную разницу с группой сравнения по 3-м шкалам: краткой шкале тревоги, шкале Шихана, опроснику Бека (p от 0,004 до $1,1 \times 10^{-11}$), за исключением краткой шкалы депрессии. Наиболее высоким уровнем тревоги (по шкале Шихана) выделяются осужденные тюремного режима по сравнению с группами осужденных к аресту и хозяйственного обслуживания. По уровню депрессии достоверная разница выявлена лишь в одном случае (p 0,05), когда сравнивались осужденные тюремного режима и хозяйственного обслуживания. Таким образом, существенной разницы в уровнях депрессии осужденных различных режимов не зарегистрировано.

Таблица 2

Сравнительная оценка уровня тревоги и депрессии в структуре расстройств адаптации у различных категорий арестованных и осужденных ($M \pm m$)

№	Категория контингента (по 30 человек в каждой группе)	Краткая шкала личностной тревоги Гольдберга	Шкала тревоги Шихана	Краткая шкала депрессии Гольдберга	Опросник Бека для оценки депрессии
1	Подростки СИЗО	3,5±2,1	16,5±13,4	2,4±1,3	14,5±5,0
2	Женщины СИЗО	5,6±1,8	39,4±25,0	3,5±1,7	22,3±8,3
3	Мужчины СИЗО	3,3±1,9	19,4±7,1	3,0±1,7	15,6±7,6
		<i>Краткая шкала личностной тревоги Шкала Шихана</i>		<i>Краткая шкала депрессии Опросник Бека для оценки депрессии</i>	
		<i>P 1 - K: t=5,2 p≈1,3x10⁻⁵; t₁₁:</i>	<i>P 1 - K: t=4,0 p≈0,0004;</i>	<i>P 1 - K: t=2,6 p≈0,014;</i>	<i>P 1 - K: t=10,5 p≈1,4 x10⁻¹⁰;</i>
		<i>P 2 - K: t=20,0 p≈6,7x10⁻¹⁹; t₁₃:</i>	<i>P 2 - K: t=7,0 p≈8,8x10⁻⁶;</i>	<i>P 2 - K: t=3,6 p≈0,001;</i>	<i>P 2 - K: t=12,1 p≈4,5x10⁻¹⁰;</i>
		<i>P 3 - K: t=5,3 p≈9,9 x10⁻⁶; P 1 - 2: t=4,1 p≈0,0003; P 1 - 3: t=0,4 p≈0,69; P 2 - 3: t=4,8 p≈4,0x10⁻⁵;</i>	<i>P 3 - K: t=8,5 p≈1,7x10⁻⁹; P 1 - 2: t=4,4 p≈0,0001; P 1 - 3: t=1,1 p≈0,28; P 2 - 3: t=4,2 p≈0,0002;</i>	<i>P 3 - K: t=3,0 p≈0,005; P 1 - 2: t=3,1 p≈0,004; P 1 - 3: t=1,7 p≈0,099; P 2 - 3: t=1,3 p≈0,203;</i>	<i>P 3 - K: t=6,0 p≈1,4 x10⁻⁶; P 1 - 2: t=4,6 p≈7,2x10⁻⁵; P 1 - 3: t=0,5 p≈0,62; P 2 - 3: t=2,7 p≈0,01;</i>
4	Больные активным туберкулезом лёгких	4,9±1,8	31,8±21,9	3,6±2,2	18,7±7,1
5	Носители ВИЧ	5,8±6,4	41,6±31,3	2,4±3,2	19,2±10,4
6	Больные сифилисом	3,8±1,7	15,8±4,9	2,2±0,7	15,9±6,3
7	Больные с психосоматическими расстройствами	5,0±2,4	28,2±16,3	3,2±2,2	17,8±10,6
		<i>Краткая шкала личностной тревоги Шкала Шихана</i>		<i>Краткая шкала депрессии Опросник Бека для оценки депрессии</i>	
		<i>P 4 - K: t=9,5 p≈1,5x10⁻¹⁰; P 5 - K: t=3,8 p≈0,0006; P 6 - K: t=7,0 p≈8,8 x10⁻⁹; P 7 - K: t=9,5 p≈1,5x10⁻¹⁰; P 4 - 5: t=0,8 p≈0,46; P 4 - 6: t=2,4 p≈0,02; P 5 - 6: t=1,7 p≈0,09; P 4 - 7: t=0,2 p≈0,84; P 5 - 7: t=0,7 p≈0,49; P 6 - 7: t=2,4 p≈0,02;</i>	<i>P 4 - K: t=6,0 p≈1,4x10⁻⁶; P 5 - K: t=6,0 p≈1,4x10⁻⁶; P 6 - K: t=8,4 p≈2,2 x10⁻⁹; P 7 - K: t=7,0 p≈8,8x10⁻⁹; P 4 - 5: t=1,4 p≈0,17; P 4 - 6: t=3,8 p≈0,0006; P 5 - 6: t=4,4 p≈0,0001; P 4 - 7: t=0,7 p≈0,48; P 5 - 7: t=2,1 p≈0,044; P 6 - 7: t=4,0 p≈0,0004;</i>	<i>P 4 - K: t=3,8 p≈0,0006; P 5 - K: t=2,0 p≈0,054; P 6 - K: t=2,3 p≈0,028; P 7 - K: t=3,3 p≈0,002; P 4 - 5: t=1,7 p≈0,099; P 4 - 6: t=3,5 p≈0,001; P 5 - 6: t=0,3 p≈0,76; P 4 - 7: t=0,7 p≈0,49; P 5 - 7: t=1,1 p≈0,28; P 6 - 7: t=2,5 p≈0,02;</i>	<i>P 4 - K: t=11,3 p≈2,4x10⁻¹²; P 5 - K: t=8,2 p≈3,7 x10⁻⁹; P 6 - K: t=10,0 p≈4,5 x10⁻¹¹; P 7 - K: t=7,5 p≈2,3 x10⁻⁹; P 4 - 5: t=0,2 p≈0,84; P 4 - 6: t=1,6 p≈0,12; P 5 - 6: t=1,5 p≈0,14; P 4 - 7: t=0,4 p≈0,69; P 5 - 7: t=0,5 p≈0,62; P 6 - 7: t=0,9 p≈0,37;</i>
8	Осужденные к аресту	2,9±2,9	16,5±8,1	1,3±1,9	12,6±7,1
9	Осужденные тюрьмы	3,5±1,9	27,7±10,4	1,7±1,6	14,8±6,6
10	Осужденные хозяйственного обслуживания	2,8±2,3	13,7±5,2	1,8±1,7	11,6±5,9
		<i>Краткая шкала личностной тревоги Шкала Шихана</i>		<i>Краткая шкала депрессии Опросник Бека для оценки депрессии</i>	
		<i>P 8 - K: t=3,1 p≈0,004; P 9 - K: t=5,8 p≈2,4 x10⁻⁶; P 10 - K: t=4,0 p≈0,0004; P 8 - 9: t=0,9 p≈0,38; P 9 - 10: t=1,2 p≈0,24; P 8 - 10: t=0,2 p≈0,84;</i>	<i>P 8 - K: t=5,8 p≈2,4x10⁻⁶; P 9 - K: t=10,6 p≈1,1 x10⁻¹¹; P 10 - K: t=5,9 p≈1,8x10⁻⁶; P 8 - 9: t=4,7 p≈5,4x10⁻⁵; P 9 - 10: t=6,7 p≈2,0x10⁻⁷; P 8 - 10: t=1,6 p≈0,12;</i>	<i>P 8 - K: t=0,9 p≈0,38; P 9 - K: t=1,4 p≈0,17; P 10 - K: t=1,6 p≈0,12; P 8 - 9: t=1,0 p≈0,33; P 9 - 10: t=0,3 p≈0,76; P 8 - 10: t=1,3 p≈0,20;</i>	<i>P 8 - K: t=6,9 p≈1,2x10⁻⁷; P 9 - K: t=9,2 p≈3,1x10⁻¹⁰; P 10 - K: t=7,3 p≈3,9x10⁻⁸; P 8 - 9: t=1,2 p≈0,24; P 9 - 10: t=2,0 p≈0,05; P 8 - 10: t=0,6 p≈0,55;</i>
11	Группа сравнения	1,2±1,1	6,6±3,8	0,6±0,7	2,9±3,4

Высокий уровень тревоги и депрессии приходится на группу осужденных – нарушителей режима содержания (Таблица 3). Выраженность тревоги по краткой шкале личностной тревоги Гольдберга и шкале Шихана (M±m) составила соответственно 4,3±1,7 и 18,6±17,4 балла; депрессии по краткой шкале Гольдберга и опроснику Бека – 3,4±1,8 и 16,3±7,4 балла. Обнаружена высокая достоверная разница

между группами осужденных и группой сравнения, которая колебалась по *t* от 2,4 до 14,0 и *p* от 0,02 до $6,3 \times 10^{-19}$.

Таблица 3

Уровень тревожных и депрессивных расстройств у осужденных хозяйственного обслуживания-нарушителей режима содержания

Тест	Тревога (краткая шкала)	Тревога (шкала Шихана)	Депрессия (краткая шкала)	Депрессия (опросник Бека)	MMPI				
					I	II	III	VII	IX
Группы									
Группа сравнения n=50 (1)	1,2±1,1	6,6±7,4	0,6±0,8	2,9±3,4	51,1 ±7,3	46,2 ±8,5	48,0 ±7,5	47,4 ±8,3	59,1 ±8,8
Нарушители режима содержания n=68 (2)	4,3±1,7	18,6±17,4	3,4±1,8	16,3±7,4	63,5 ±12,5	65,6 ±12,2	54,6 ±9,1	66,4 ±10,5	67,5 ±9,7
Осужденные, не имеющие нарушений режима содержания n=50 (3)	2,5±1,9	13,7±12,4	1,9±1,7	10,4±7,6	50,2 ±4,8	55,8 ±9,1	44,4 ±7,3	56,8 ±7,1	63,8 ±11,2
P 1 – 2	t=12,5 P≈5,3x 10 ⁻¹⁷	t=5,2 P≈3,7x10 ⁻⁶	t=1,4 P≈6,3x 10 ⁻¹⁹	t=13,4 P≈3,6x10 ⁻¹⁸	t=6,9 P≈8,6x10 ⁻⁹	t=10,2 P≈8,2x 10 ⁻¹⁴	t=4,4 P≈5,8 x 10 ⁻⁵	t=10,6 P≈2,1 x10 ⁻¹⁴	t=4,9 P≈1,0x 10 ⁻⁵
P 1 – 3	t=3,6 P≈0,007	t=3,6 P≈0,0007	t=6,5 P≈3,6x 10 ⁻⁸	t=6,3 P≈7,4x 10 ⁻⁸	t=0,8 P≈0,4	t=5,3 P≈2,6x 10 ⁻⁶	t=2,6 P≈0,01	t=6,3 P≈7,4 x10 ⁻⁸	t=2,4 P≈0,02
P 2 – 3	t=5,0 P≈7,4x 10 ⁻⁶	t=1,8 P≈0,08	t=5,0 P≈7,4x 10 ⁻⁶	t=4,2 P≈0,0001	t=7,8 P≈3,3x10 ⁻¹⁰	t=4,9 P≈1,0x 10 ⁻⁵	t=6,8 P≈1,2 x 10 ⁻⁸	t=6,0 P≈2, 1x 10 ⁻⁷	t=1,8 P≈0,08

Выводы

1. Изучение расстройств адаптации в виде тревожных и депрессивных проявлений в системе Департамента исполнения наказаний МВД Республики Беларусь является актуальным ввиду широкой распространённости, выраженности и неблагоприятных последствий в системе пенитенциарных учреждений.
2. К группе повышенного риска возникновения расстройств адаптации тревожно-депрессивного спектра можно отнести арестованных женщин, контингент с инфекционной и соматической отягощённостью, прежде всего-ВИЧ-инфицированных, больных активным туберкулёзом и психосоматическими расстройствами, а также осужденных тюремного режима.
3. Сопоставление уровней тревоги и депрессии всех категорий пенитенциарного контингента с группой сравнения выявило существенную достоверную разницу с преобладанием тревоги и депрессии у содержащихся в исправительном учреждении.
4. Применяемые диагностические методики по выявлению уровня тревоги и депрессии (краткие шкалы Гольдберга, опросник Бека, шкала Шихана) можно рекомендовать для тестирования пенитенциарного контингента с учётом их

небольших затрат времени (до 15 минут на одного обследуемого), они не требуют аппаратного обеспечения и легко интерпретируются.

Литература:

1. Берн Эрик. Игры в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. Лениздат. 1992. 394 С.
2. Вальчук Э.А. Гулицкая Н.И. Расчёт и анализ статистических показателей в здравоохранении. Учебно-методическое пособие. Гродно. 1997. С.17-36.
3. Волков В.Н. Организация психиатрической помощи осужденным. Специальные вопросы организации медобеспечения в ИТУ. Сб. лекций № 2. Домодедово: ВИПК МВД СССР, 1985. С. 3-19.
4. Здравоохранение в Республике Беларусь. Официальный статистический сборник за 2003 год. МЗ Республики Беларусь. Сектор методологии и анализа медицинской статистики. РНМБ. Минск. ГУРНМБ. 2004. 359 С.
5. Кавецкий И.Т. Нормализация психического состояния осужденного как составляющая социально-психологической реабилитации. Материалы сборника: Социально-психологическая реабилитация осужденных: эффективные модели работы. Материалы международной, научно-практической конференции: 23 – 24 декабря 2002 года. г. Минск. КИН МВД Республики Беларусь. Представительство ООН в Республике Беларусь./ Под редакцией В.И. Хомлюка, В.Г. Стуканова. – Мн.: РИВШ БГУ, 2003. – 172 С.
6. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. Медицинское информационное агентство. Москва. 2003. 425.
7. Черносвитов Е.В. Специальная социальная медицина. Москва. Академический проект. 2004. 717 С.
8. Ustun B.T. et al. Mental illness in general Health Practice: An international study. № Y, 1995.
9. Glatzel J. Endogene Depressionen. Zur Psychopathologie, Klinik und Therapie zyklischer Verstimmungen. Anankastisch melancholische Zyklomygien: Stuttgart, 1973. P. 118 – 123.
10. Costa-e-Silva J. A. Benzodiazepines and depression. Benzodiazepines Today and Tomorrow. 1993. Lancaster, 1980, Vol. 131 – 142