

*В.И. Петров,  
Е.И. Скугаревская,  
Т.И. Чегерова,  
Н.Н. Козутенко*

## **Особенности и результаты медицинской реабилитации осужденных с расстройствами адаптации тревожно-депрессивного спектра**

Приведены данные изучения результатов и особенностей медицинской реабилитации расстройств адаптации тревожно-депрессивного спектра у 138 осужденных (женщины и мужчины). Для оценки степени выраженности тревоги и депрессии были использованы следующие методы психологического тестирования: краткая шкала тревоги и депрессии Гольдберга, опросник Бека, шкала Шихана, опросник Спилбегера-Ханина, ММРІ, базисные копинг-стратегии Амирхана. Доказана высокая эффективность различных методов медицинской реабилитации. Особенности организации медицинской реабилитации осужденных связаны с характером тюремного быта. Ключевые слова: медицинская реабилитация, расстройства адаптации, осужденные, тревога, депрессия.

По данным Всемирной организации здравоохранения 300 млн больных с нервно-психическими нарушениями непсихотического характера обнаруживают в той или иной степени расстройства социальной адаптации, испытывают ограничения жизнедеятельности и нуждаются в различных аспектах реабилитации, причём в популяции психически больных людей социальная недостаточность, снижение качества жизни и ограничения жизнедеятельности лишь у 20% обусловлены так называемыми «большими психозами», в 80% случаев социальная недостаточность является следствием непсихотических нервно-психических нарушений [1]. Кардинальная смена жизненного стереотипа в условиях пенитенциарной изоляции проверяет на прочность адаптационные ресурсы человека, преступившего закон. С учётом индивидуальных различий адаптационного потенциала (комплекса внутренних ресурсов личности, обеспечивающих процесс адаптации) и адаптационного барьера (предельной степени жизненных трудностей, которые может выдержать человек без срыва механизмов психической адаптации) каждый попавший в места лишения свободы либо справляется с требованиями изменившейся среды, либо страдает различными адаптационными расстройствами от кратковременной депрессивной реакции до выраженных расстройств эмоций и поведения. Социально-психологическая дезадаптация, преимущественно проявляясь через ситуативно неадекватное поведение, создает предпосылки для нарушений режима содержания в местах лишения свободы [1]. Вместе с тем, налицо ограниченность возможностей реабилитации в полном объёме в условиях исправительного учреждения (ИУ). Ответственность за совершение преступления с временной изоляцией от законопослушного общества в виде отбывания наказания исключает на время полноценность должного социального восстановления, делает трудовую реабилитацию (с учётом прежней профессии и работы по ней) затруднительной, выдвигая на первый план медицинский аспект в виде медико-психологической реабилитации в ИУ. Своевременная диагностика и лечение психических нарушений, связанных с воздействием пенитенциарной среды, могут

посредством медицинской реабилитации (МР) способствовать профилактике нежелательных социальных последствий в условиях пенитенциарной изоляции от общества [2, 4].

Под реабилитацией в целом в социальной медицине (психиатрии) понимается сохранение и расширение сферы жизнедеятельности больного (индивида) при помощи комплекса медико-биологических, социальных и психологических мероприятий [1]. В настоящее время реабилитационные учреждения, чаще это амбулаторные отделения при крупных поликлиниках и стационарные отделения в крупных больницах, активно занимаются восстановлением и поддержанием оптимальным уровнем жизнедеятельности больных и инвалидов в среде законопослушного населения Республики Беларусь, в то же время в системе медобеспечения исправительных учреждений (ИУ) Департамента исполнения наказаний (ДИН) МВД Республики Беларусь процесс реабилитации практически не разработан, требует создания своей технологии (с учётом специфики деятельности ИУ и их реальных возможностей) с определением целей, задач, критериев оценки исходного состояния и эффекта конкретных реабилитационных мероприятий с выработкой рекомендаций по дальнейшему наблюдению. Заслуживают внимания особенности реализации и оценка возможных результатов реабилитационного воздействия на осужденных с расстройствами адаптации (РА) в ИУ ДИН МВД Республики Беларусь.

Цель работы:

- сравнить уровни тревоги и депрессии в группах осужденных мужчин и женщин с удовлетворительной (без РА) и неудовлетворительной адаптацией (с РА) между собой, а также с соответствующей по возрасту группой, находящейся вне пенитенциарной изоляции;
- оценить эффективность комплексной медицинской реабилитации (в виде обучающего тренинга, сочетания психо-, рефлекс-и медикаментозной терапии) расстройств адаптации у осужденных обоих полов, а также её влияние на базисные стратегии преодоления проблемных ситуаций;
- определить динамику выраженности тревоги и депрессии у осужденных на фоне применения комплексного реабилитационного воздействия;
- проанализировать особенности организации медицинской реабилитации осужденных с расстройствами адаптации тревожно-депрессивного спектра в ИУ ДИН МВД Республики Беларусь.

Материал и методы

Исследуемая группа представляла собой 132 осужденных из числа пенитенциарного контингента ИУ «Тюрьма № 4» ДИН МВД Республики Беларусь, состоящая из 68 мужчин и 64 женщины, в возрасте от 20 до 47 лет, страдающих РА тревожно-депрессивного спектра. Они составили две группы по признаку прошедших (34 женщины и 34 мужчины) и не прошедших медицинскую реабилитацию (30 женщин и 34 мужчины) по поводу РА. В основу постановки диагноза психиатром были положены критерии МКБ-10 [5] и результаты психологического тестирования по определению выраженности тревоги и депрессии как важнейших проявлений дезадаптации. Наряду с общеклиническими данными (до и после МР) использовали тестирование уровней тревоги и депрессии по краткой шкале Гольдберга, депрессии-по опроснику Бека, тревоги-по шкале Шихана, а также ряд диагностических шкал ММРІ (I, II, III, VII, IX) [3]. Для оценки личностной (ЛТ)

и реактивной тревожности (РТ) использован тест, разработанный Ч.Д. Спилбергером и адаптированный Ю.Л. Ханиным [9]. Во всех случаях строго соблюдался принцип добровольности и индивидуального заполнения анкет. Базисные копинг-стратегии изучались с помощью психодиагностической методики ИСПЭС («Индикатор стратегии преодоления эмоционального стресса»-CSI), разработанной Д. Амирханом [10] и адаптированной В.М. Ялтонским и Н.А. Сиротой [6] для проведения исследований на русском языке. МР выполнялась врачом-психиатром, психологом, психотерапевтом при активном содействии начальника медчасти учреждения. Она включала реализацию индивидуальных программ медицинской реабилитации (ИПМР), основанных на обучении в школе профилактики психической дезадаптации в ИУ, психотерапии, активного гипоксического релаксационного дыхательного тренинга, нервно-мышечной релаксации, музыкотерапии, аутотренинга, рефлексотерапии (иглорефлексотерапия и точечный массаж) и лечебной физкультуры, при необходимости дополняемых медикаментозной терапией (валериана, адонис-бром, сонапакс, доксепин и др.) и назначаемых дифференцированно. Результаты МР у всех исследуемых групп по всем шкалам определялись спустя 5 месяцев, кроме того, динамика тревоги и депрессии оценивалась ежемесячно по кратким шкалам Гольдберга. Контрольную группу составили 128 практически здоровых лиц (поровну мужчины и женщины), сопоставимых по возрасту с обследуемыми осужденными, успешно прошедшие медосмотр для приёма на работу. Они и группа осужденных с РА сравнивались по уровням тревоги и депрессии с таковым спецконтингентом без РА (125 мужчин и 87 женщин).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета Statistica 6.0. с использованием параметрических (t-тест Стьюдента) и непараметрических (критерии знаков, Колмогорова, Уилкоксона, тест медиан Манна-Уитни, и др.) критериев [8,11].

#### Результаты и обсуждение

Сравнение исходных уровней тревоги и депрессии у осужденных с РА и без него у мужчин и женщин между собой, а также с контрольной группой (рисунок 1) по всем используемым психологическим тестам показало, что они значительно выше у осужденных с неудовлетворительной адаптацией относительно двух других групп. При сопоставлении данных у осужденных обоих полов с РА и без него выяснилось, что они достоверно отличаются по всем тестам ( $p < 0.01$ ), что указывает на значительную степень выраженности тревоги и депрессии у лиц с неудовлетворительной адаптацией в ИУ.

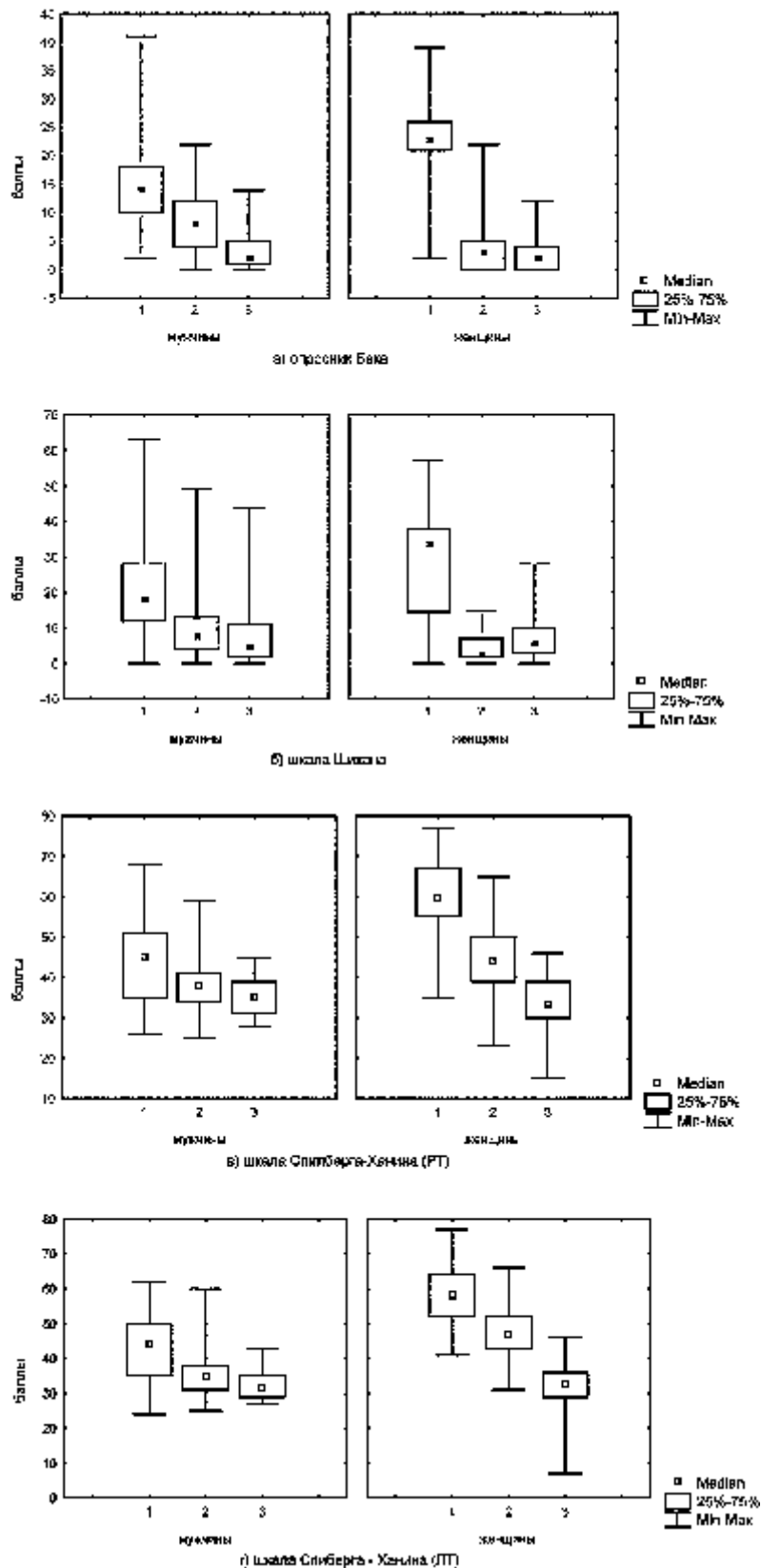


Рис. 1. Сравнение исходных уровней тревоги и депрессии по используемым шкалам у обследуемых групп: 1 – осужденные с РА, 2 – осужденные без РА, 3 – контроль.

Таким образом, клинические данные о наличии РА у осужденных подтверждаются результатами психологического обследования. Вместе с тем, уровни тревоги и депрессии в группах осужденных без РА и здоровых (контроль) обнаруживает уже не столь заметную разницу и хотя находятся в зоне значений, укладываемых в диагностическую норму, в отдельных случаях показатели

здоровых близки (по депрессии с использованием опросника Бека у женщин) к показателям осужденных без РА или даже превышают их у здоровых (по тревоге, определяемой по шкале Шихана у женщин) в сравнении со спецконтингентом без РА. Это лишний раз подтверждает наличие высокой психопатогенности повседневных стрессоров.

При анализе исходных показателей тревоги и депрессии у обследуемых осужденных выявлено, что практически все параметры имеют распределение отличное от нормального ( $p < 0.05$ ), потому дальнейшее сравнение групп проводилось с помощью непараметрического аналога критерия Стьюдента-критерия Манна-Уитни. Обращает на себя внимание, что исходные показатели тревоги и депрессии у осужденных с РА по всем используемым шкалам гораздо выше у осужденных женщин, нежели у осужденных мужчин ( $Z > 2.01$ ,  $p < 0.01$ ). Так, по краткой шкале тревоги эти показатели составили соответственно ( $M \pm m$ )  $5.8 \pm 0.26$  и  $3.4 \pm 0.22$ , краткой шкале депрессии –  $5.3 \pm 0.2$  и  $4.2 \pm 0.17$  балла. Аналогичные закономерности были получены и по другим тестам в отношении тревоги и депрессии.

Сравнительный анализ двух групп пенитенциарного контингента с РА (с МР и без МР) подразумевает определённую однородность исследуемого материала. При их исходном сравнении у женщин по медико-демографическим и социальным данным (возраст, образование, семейное положение, наличие детей, отношение к алкоголю, курению, кофеинсодержащим продуктам, соматическая и психическая отягощённость, включая наличие черепно-мозговой травмы, сохранность социальных связей, наличие профессии и работы по специальности статистически значимых различий не выявлено ( $p > 0,1$ ). Сопоставление уровней тревоги и депрессии по их кратким шкалам Гольдберга, опросникам Бека и Спилбергера-Ханина, шкале Шихана различий также не обнаружило ( $p > 0,1$  по всем тестам, кроме личностной тревожности, где  $p < 0,01$ ). Анализ показателей в группах исследуемых мужчин проводился с применением тех же критериев, что и в группах женщин. Изучение исходных медико-демографических и социальных особенностей мужского пенитенциарного контингента с неудовлетворительной адаптацией в группах с МР и без таковой статистически значимых различий не обнаружило ( $p < 0,1$ ). Сравнение уровней тревоги и депрессии по их кратким шкалам Гольдберга, опросникам Бека и Спилбергера-Ханина, шкале Шихана различий также не выявило ( $p > 0,1$ ).

Сравнение уровней тревоги и депрессии осужденных мужчин и женщин, прошедших и не прошедших МР, представлено в таблице 1.

Таблица 1

Психологический тест		Осужденные мужчины			
		с МР (баллы)		без МР (баллы)	
		n=34		n=34	
		до	после	до	после
Краткая шкала тревоги		3.56±0.34	2.09±0.23*	3.35±0.31	2.58±0.22*
Краткая шкала депрессии		4.03±0.22	1.85±0.23*	4.38±0.28	2.64±0.38*
Опросник Бека		13.74±1.25	7.50±0.65*	14.64±0.77	12.55±1.07
Шкала Шихана		19.26±2.78	12.12±1.76*	21.0±2.06	19.00±2.19*
РТ		42.85±2.00	34.85±1.13*	44.4±1.62	42.55±1.37
ЛТ		42.74±1.87	38.09±1.39*	43.2±1.46	42.20±1.42
MMPI	I	64.97±2.73	52.65±2.45	64.7±3.18	69.00±5.04
	II	63.71±1.94	51.40±2.17*	64.2±2.43	62.50±3.5
	III	56.82±2.14	45.10±1.38*	56.29±2.09	58.8±3.46
	VII	67.06±2.13	50.10±2.27*	65.29±1.96	61.15±2.27
	IX	66.38±1.91	61.15±1.75	66.0±1.65	60.2±1.94
Психологический тест		Осужденные женщины			
		с МР (баллы)		без МР (баллы)	
		n=34		n=30	
		до	после	до	после
Краткая шкала тревоги		6.06±0.33	2.85±0.28*	5.63±0.42	4.37±0.26*
Краткая шкала депрессии		5.62±0.30	2.38±0.25*	4.90±0.27	3.67±0.26*
Опросник Бека		25.00±1.13	11.50±1.11*	23.20±0.54	17.6±1.05*
Шкала Шихана		31.76±2.12	13.71±1.50*	26.60±2.71	18.37±1.88*
РТ		61.03±1.48	43.44±1.51*	59.10±1.87	50.1±1.40*
ЛТ		59.71±1.45	49.47±1.20*	55.73±1.68	49.67±1.21*
MMPI	I	65.30±3.07	49.40±2.79*	55.00±2.50	61.65±3.30
	II	57.80±2.31	41.95±2.69*	52.00±3.17	52.40±2.23
	III	59.00±2.60	48.55±2.20	55.50±2.35	56.15±2.73
	VII	54.50±1.74	38.90±2.80*	51.00±3.08	48.20±2.71
	IX	64.70±2.49	61.35±2.29	67.80±2.25	59.30±1.84

примечание: \*-достоверные различия ( $p < 0.05$ ) в группах осужденных с МР и без МР.

При сравнении данных до и после реабилитационного воздействия был использован критерий знаков, который оценивает значимость направления изменения исследуемых показателей, что является важным при оценке эффективности реабилитационных мероприятий. Так в группе женщин, прошедших МР, были выявлены достоверные изменения в сторону уменьшения тревожно-депрессивного регистра состояния по кратким шкалам Гольдберга, опросникам Бека и Спилбергера-Ханина, шкале Шихана ( $Z > 2.01$ ,  $p < 0,01$ ). По I, II и VII шкалам MMPI также получены достоверные различия ( $Z = 2.3$ ,  $p = 0,02$ ;  $Z = 2.9$ ,  $p = 0,002$  и  $Z = 2.3$ ,  $p = 0,02$  соответственно), хотя по III и IX шкалам ( $p = 0,07$  и  $p = 1,0$ ) различия не зарегистрированы. В группе же женщин, не получавших МР, также отмечалось снижение уровней тревоги и депрессии, что вполне логично с течением времени, по кратким шкалам Гольдберга, опросникам Бека и Спилбергера-Ханина, шкале Шихана ( $Z > 2.01$ ,  $p < 0,05$ ), но по шкалам невротической триады, VII и IX шкалам MMPI достоверных различий через 5 месяцев по сравнению с их исходным уровнем получено не было.

Тестирование полученных результатов по другим критериям (Уилкоксона и Манна-Уитни) показало также достоверное уменьшение тревоги и депрессии ( $p < 0,03$ ) во всех применяемых тестах у женщин с МР, кроме IX шкалы MMPI, в тоже время в группе женщин без МР в I, II, III, VII шкалах MMPI достоверных различий

обнаружено не было ( $p > 0,2$ ).

Анализ исходных показателей тревоги и депрессии осужденных мужчин и через 5 месяцев в группе с МР показал наличие достоверного уменьшения тревожно-депрессивного регистра состояния по кратким шкалам Гольдберга, опросникам Бека и Спилбергера-Ханина, шкале Шихана ( $Z > 4.5$ ,  $p < 0,01$ ), значимое снижение уровней по II, III и VII шкалам ММРІ ( $Z > 2.29$ ,  $p < 0,03$ ), хотя по I и IX шкалам различия не зарегистрированы. В группе осужденных мужчин, не получавших МР, также отмечалось снижение уровней тревоги и депрессии по кратким шкалам Гольдберга, шкале Шихана ( $Z > 2.08$ ,  $p < 0,03$ ), однако по опроснику Бека, шкале Спилбергера-Ханина (РТ и ЛТ), шкалам невротической триады (I,II,III), а также VII и IX шкалам ММРІ различий не выявлено.

Оценка полученных результатов по другим критериям (Уилкоксона и Манна-Уитни) через 5 месяцев в сравнении с исходным уровнем мужского пенитенциарного контингента в исследуемых группах, выявило в группе осужденных мужчин, прошедших МР, уменьшение тревоги и депрессии ( $p < 0,04$ ) во всех применяемых тестах, кроме шкалы IX ММРІ. В группе мужчин, не прошедших МР, достоверное снижение изучаемых параметров в сравнении с исходным уровнем выявлено только по кратким шкалам Гольдберга ( $p < 0,02$ ) и IX шкале ММРІ ( $p = 0,04$ ), в других же изучаемых тестах значимых различий не получено ( $p > 0,1$ ).

Таблица 2

Различия между исходными уровнями показателей тревоги и депрессии и спустя 5 месяцев в обследуемых группах осужденных

Психологический тест		Женщины n=30		Мужчины n=34	
Краткая шкала тревоги		3.235	1.233*	2.176	1.735
Краткая шкала депрессии		3.205	1.266*	1.471	0.764*
Опросник Бека		13.500	5.600*	6.235	2.088*
Шкала Шихана		18.058	8.233*	7.147	2.000
РТ		17.588	9.000*	8.000	1.882*
ЛТ		10.235	6.067*	4.647	1.029*
ММРІ	I	10.05	-5.55	16.21	-6.93*
	II	10.35	-0.75	15.50	3.47
	III	10.30	-2.85*	9.00	0.13
	VII	16.40	1.95*	12.93	6.27
	IX	3.95	5.55	-3.21	8.47*

примечание: \*-достоверные различия ( $p < 0.05$ ) в группах осужденных с МР и без МР.

Чтобы оценить различия в изменениях уровней тревоги и депрессии в группах дезадаптированного спецконтингента с МР и без нее, рассмотрены различия каждого исследуемого показателя в группах осужденных мужчин и женщин спустя 5 месяцев с начала наблюдения. При этом наблюдается нормальное распределение данных, поэтому достоверность различий оценивалось с помощью критерия Стьюдента. Доказано, что более значительное снижение тревоги и депрессии отмечалось в группах мужчин и женщин с реабилитационным воздействием (таблица 2). Так, в группе женского контингента достоверные различия получены в восьми из 11 использованных психотестов (кроме I, II и IX шкал ММРІ). У осужденных мужчин достоверные различия отмечены в шести из 11 использованных психотестов (кроме

краткой шкалы тревоги Гольдберга, шкалы Шихана, II, III и VII шкал ММРІ).

Динамическая характеристика тревоги и депрессии оценивалась в течение 5 месяцев от начала наблюдения, причем анализировались уровни как в группах с МР, так и без таковой (рисунок 2).

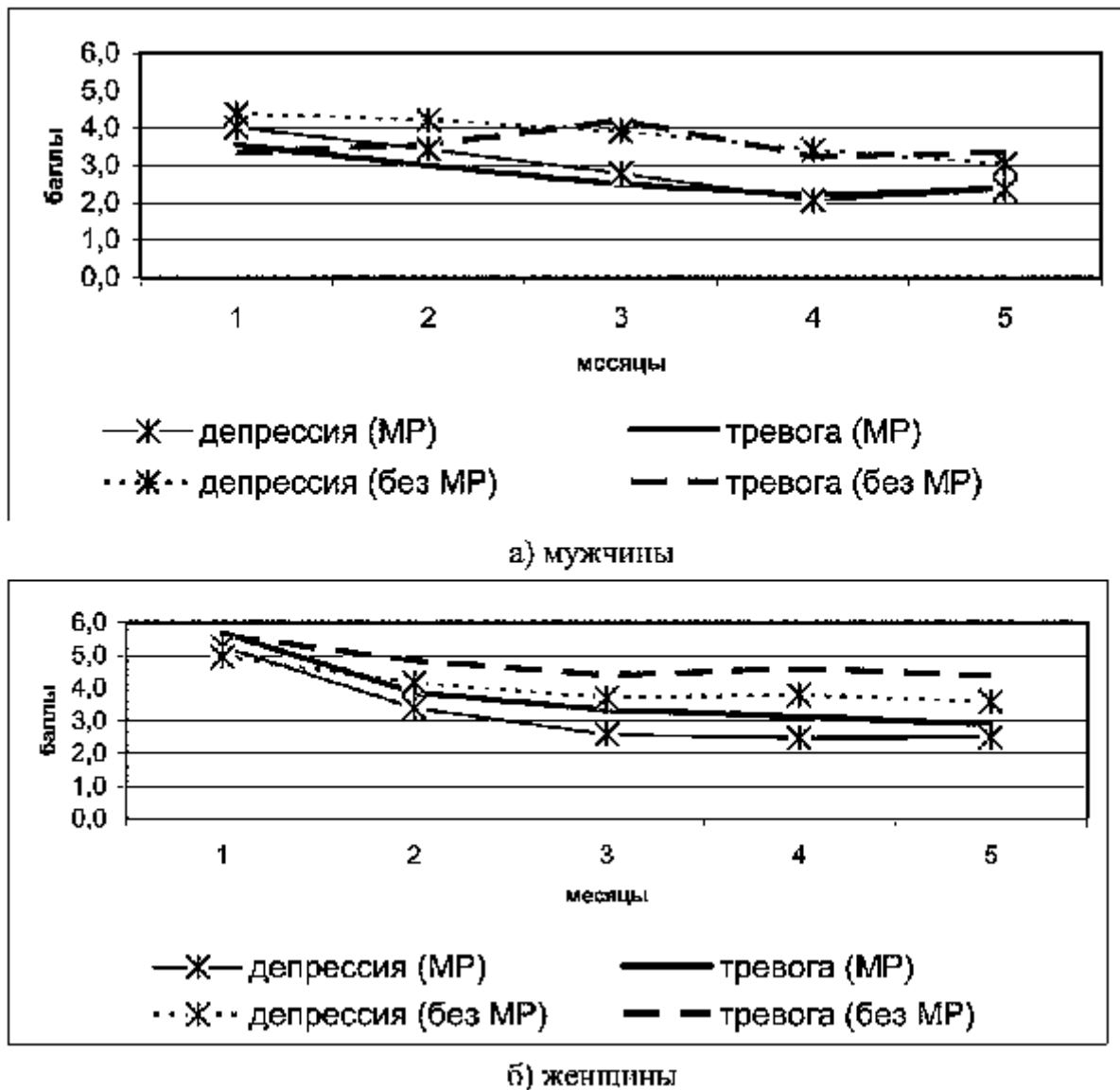


Рис. 2. Динамика тревоги и депрессии по краткой шкале Гольдберга у осужденных с расстройствами адаптации, прошедших МР и без МР.

Динамика расстройств адаптации у мужчин и женщин на фоне проведения МР указывает на более значительное снижение уровней тревоги и депрессии (спустя 5 месяцев) в группе осужденных, получавших реабилитационное воздействие, что указывает на его высокую эффективность.

Симптоматика РА тревожно-депрессивного регистра в ИУ, как правило, является следствием проблем пенитенциарного пребывания. Представляется логичным на фоне изучения уровней тревоги и депрессии у осужденных проследить динамику преодоления ими проблемных ситуаций. Сопоставление исходных уровней базисных копинг-стратегий у осужденных мужчин и женщин с РА, проходивших МР и группы без реабилитационного вмешательства, различий не обнаружило ( $p > 0,1$ ). Тем не менее, в группе женщин, прошедших МР (таблица 3), были выявлены достоверные изменения базисных копинг-стратегий «поиск социальной поддержки» и «активное совладание», в сторону увеличения, копинг-стратегии «избегание»-в сторону уменьшения ( $Z > 2.01$ ,  $p < 0,01$ ). В группе же



осужденных женщин, не получавших МР, по базисным копинг-стратегиям достоверных различий через 5 месяцев по сравнению с их исходным уровнем получено не было, что указывает на способность адекватной МР в большей степени задействовать позитивную копинг-стратегию «активное совладание» с проблемой и уменьшать использование дезадаптивной копинг-стратегии «избегание» у женского пенитенциарного контингента с РА. Оценка полученных результатов по другим критериям (Уилкоксона и Манна-Уитни) показало достоверные различия тех же копинг-стратегий у женщин с МР, в то же время в группе женщин без МР достоверных различий обнаружено не было.

Таблица 3

Базисные копинг-стратегии	Осужденные женщины			
	с МР (баллы)		без МР (баллы)	
	до	спустя 5 месяцев	до	спустя 5 месяцев
Поиск социальной поддержки	17.15±0.93	18.68±0.56*	18.63±0.60	18.4±0.58
Активное совладание	13.44±1.10	16.09±0.84*	11.77±1.24	11.27±1.12
Избегание	10.41±0.83	7.18±0.60*	11.07±0.70	12.13±0.74
Базисные копинг-стратегии	Осужденные мужчины			
	с МР (баллы)		без МР (баллы)	
	до	спустя 5 месяцев	до	спустя 5 месяцев
Поиск социальной поддержки	17.26±0.62	17.03±0.59	18.2±0.54	18.70±1.27
Активное совладание	11.35±0.68	14.68±0.63*	13.3±0.92	11.11±0.66*
Избегание	9.88±0.51	6.88±0.54*	9.85±0.52	11.58±0.65*

примечание: \*-достоверные различия ( $p < 0.05$ ) исходного уровня и спустя 5 месяцев.

Сравнение исходных копинг-стратегий с их данными, полученными через 5 месяцев у осужденных мужчин с РА (таблица 3) в группе с МР показало более рациональное использование базисных копинг-стратегий «активное совладание» (в сторону увеличения) и уменьшение стратегии «избегание» ( $Z > 4.5$ ,  $p < 0.01$ ). В то же время в группе осужденных мужчин, не получавших МР, отмечено наличие достоверных различий в стратегиях «активное совладание» (в сторону уменьшения) и увеличение использования стратегии «избегание» ( $Z > 2.83$ ,  $p < 0.004$ ) при отсутствии таковых в стратегии «поиск социальной поддержки». Оценка полученных результатов по другим критериям (Уилкоксона и Манна-Уитни) через 5 месяцев в сравнении с исходным уровнем мужского пенитенциарного контингента в исследуемых группах выявило в группе осужденных мужчин, прошедших МР, уменьшение адаптивной копинг-стратегии «поиск социальной поддержки». В группе мужчин, не прошедших МР, отмечено достоверное уменьшение стратегии «активное совладание» и увеличение стратегии «избегание».

Чтобы оценить различия в изменениях уровней базисных копинг-стратегий в группах с МР и без нее, рассмотрены различия уровней каждой стратегии (таблица 4) спустя 5 месяцев от начала исследования.

Таблица 4

Различия между исходными уровнями базисных копинг-стратегий и спустя 5 месяцев в обследуемых группах осужденных

Базисные копинг-стратегии	женщины		мужчины	
	Средняя величина изменений с МР, баллы	Средняя величина изменений без МР, баллы	Средняя величина изменений с МР, баллы	Средняя величина изменений без МР, баллы
Поиск социальной поддержки	-1.529	0.293*	0.235	-0.500
Активное совладание	-2.627	0.500*	-3.324	2.205*
Избегание	3.235	-1.067*	3.000	-1.735*

примечание: \*-достоверные различия ( $p < 0.05$ ) в группах осужденных с МР и без МР.

Как видно из таблицы, результатом МР у осужденных женщин является

увеличение использования адаптивных копинг-стратегий «поиск социальной поддержки» и «активное совладание» и уменьшение дезадаптивной копинг-стратегии «избегание» с противоположной картиной у женщин, не получавших реабилитационного воздействия, причём различия в изменениях уровней статистически достоверны по всем базисным стратегиям преодоления проблем. У осужденных мужчин нет достоверных различий по аналогичному показателю у копинг-стратегии «поиск социальной поддержки», но они имеются у копинг-стратегий «активное совладание» (увеличение) и «избегание» (уменьшение), что указывает на совершенствование способов совладания со стрессом на фоне проведения МР.

Решая конкретные задачи по МР дезадаптационных расстройств у осужденных обращает на себя внимание ряд особенностей при реализации реабилитационного воздействия в условиях ИУ:

1. Медицинская реабилитация привлечённых к уголовной ответственности лиц, а также впоследствии осужденных проводится на фоне законодательно установленных режимных требований (по размещению, содержанию, надзору и жизнеобеспечению спецконтингента), следственных действий и последующего судебного разбирательства, что требует чёткого взаимодействия и учёта интересов всех заинтересованных служб ИУ.

2. Объект медицинской реабилитации подвергается воздействию не только со стороны реабилитолога (другого персонала ИУ, задействованного в реабилитации), но и лиц, содержащихся с ним в одной камере, а также представителей судебно-следственных органов и прокуратуры, определяющих судебную перспективу и могущих играть двоякую роль в динамике развития расстройств адаптации у СК.

3. Реализация программ медицинской реабилитации должна учитывать мотивацию осужденных на применение лечебных воздействий, должна проводиться добровольно, с учётом постоянно меняющейся ситуации по рассмотрению уголовного дела, как в благоприятную, так и в неблагоприятную сторону.

4. Выделение тревоги и депрессии как основных составляющих расстройств адаптации в ИУ обусловлено их выраженными негативными социальными последствиями: тревога сковывает, порождает неадекватность и нарушения поведения («там где начинается страх, там кончается мысль...»), депрессия существенно ограничивает социальную активность (социально негативна), суицидальна и часто скрытна от диагностики.

5. Медицинская реабилитация требует тщательного отбора лиц, нуждающихся в этом, ввиду возможного отрицательного влияния асоциально настроенных и криминализированных лиц на создание благоприятного комплаенса в начале лечения и результаты реабилитации при его завершении.

6. При организации медицинской реабилитации следует учитывать высокую инфицированность спецконтингента туберкулёзом, сифилисом, ВИЧ-инфекцией и парентеральными гепатитами, а также психическую его отягощённость (ЧМТ, зависимости, эпилепсия в анамнезе и др.), что диктует необходимость своевременного адекватного обследования, осмотра психиатром до формирования групп на реабилитацию.

7. Преобладание среднего и низкого образовательного уровня осужденных требует соответствующей простоты применяемых психотестов и методов лечебного воздействия, что следует учитывать при составлении индивидуальных программ

медицинской реабилитации.

8. Отсутствие постоянного визуального контроля медперсонала за реабилитантом, невозможность поддержания адекватного контакта с ним ввиду режимных ограничений в течение дня, а также продолжительности рабочего времени медицинских работников определяет необходимость задействования в реабилитационном процессе максимального количества лиц (медперсонал, психологи, воспитатели, члены общественных организаций, фондов и представители религии) в максимальной продолжительности коммуникативного контакта.

9. Пенитенциарный контакт (пенитенциарный стресс) – это постоянное психогенное воздействие экстремальных характеристик на здоровье СК, что делает актуальным необходимость отслеживания динамической характеристики психического статуса в ходе реализации реабилитационных программ.

10. Медицинская реабилитация в ИУ должна проводиться комплексно, с учётом всех имеющихся позитивных сил и средств в противовес факторам, способствующим дезадаптации, криминализации, соматизации психических расстройств, а также деградации личности СК в условиях социальной изоляции.

11. Для протекания расстройств адаптации в ИУ характерны рецидивы тревожно-депрессивной симптоматики при неблагоприятном развитии уголовного дела и ухудшении состояния социального статуса (лишение свободы, значительный срок отбывания наказания, распад семьи, забвение близких), что определяет необходимость преемственности в проведении медицинской реабилитации на этапе СИЗО – исправительная колония.

12. Как правило, выполнение индивидуальных реабилитационных программ психических расстройств непсихотического уровня, в частности расстройств адаптации тревожно-депрессивного спектра, завершается в течении 1-3 месяцев на уровне возможностей медчасти ИУ, однако при прогрессировании симптоматики, утяжелении нозологической формы и неэффективности проводимой амбулаторной терапии следует соблюдать этапность оказания психиатрической помощи: амбулатория медчасти ИУ-стационар медчасти ИУ – психиатрическое отделение Республиканской больницы для осужденных ДИН МВД Республики Беларусь – Республиканская клиническая психиатрическая больница или психиатрическая больница специального типа «Гайтюнюшки» при соответствующем заключении психиатрической экспертизы.

13. Применение психофармакотерапии в реализации медицинской реабилитации в условиях ИУ часто требует ограничения (по причине наличия зависимостей к психотропным препаратам у части СК), равно как и инвазивных методов лечения (по причине контагиозности биоматериалов инфекционных больных с реальным риском профессионального заражения) в пользу более широкого использования неинвазивных методов терапии (психо-и фитотерапии, физиолечения, электро-и лазероакупунктуры).

Выводы:

1. МР осужденных с расстройствами адаптации тревожно-депрессивного спектра имеет свои особенности, обусловленные спецификой уголовно-исполнительной системы МВД Республики Беларусь и актуальна ввиду возможности неадекватного поведения спецконтингента с РА.

2. Рациональное использование средств МР в ИУ позволяет добиться желаемого эффекта в подавляющем большинстве случаев, который проявляется в

уменьшении уровней тревоги и депрессии спецконтингента, рациональном использовании базисных копинг-стратегий.

3. Адаптационные расстройства тревожно-депрессивного регистра осужденных женщин более выражены в сравнении с осужденными мужчинами и, на фоне схожей по применяемым методам коррекции МР, в итоге остаются более высокими по уровням тревоги и депрессии после ее окончания.

4. Динамика расстройств адаптации у мужчин и женщин на фоне проведения МР указывает на более значительное снижение уровней тревоги и депрессии (спустя 5 месяцев) в группе осужденных, получавших реабилитационное воздействие.

### **Литература**

1. Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии. Руководство для врачей и психологов, Санкт-Петербург. – СПб.: ИКФ «Фолиант», 2002,-256 с.

2. Волков В. Н. Медицинская психология в ИТУ: Учебник. Юридическая литература. Москва. 1989. МВД СССР. Всесоюзный институт повышения квалификации руководящих работников ИТУ. С. 38.

3. Евсегнеев Р.А. Психиатрия для врача общей практики. Минск, 2001 г. С.393-397.

4. Кавецкий И.Т. Нормализация психического состояния осужденного как составляющая социально-психологической реабилитации. Материалы международной, научно-практической конференции: 23 – 24 декабря 2002 года. г. Минск. КИН МВД Республики Беларусь. Представительство ООН в Республики Беларусь./ Под редакцией В.И. Хомлюка, В.Г. Стуканова. – Мн.: РИВШ БГУ, 2003. – 172 С.

5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. – Минск. «Асар», 2001. – 309 с.

6. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков. // Обозр. психиатр. и мед. психол. – 1994.-№1. С. 63 – 64.

7. Спилбергер Ч.Д. Концептуальные и методологические исследования тревоги. // Стресс и тревога в спорте. – М.: Спорт, 1983. – С. 55-70.

8. Статистика в медицине и биологии: Руководство. В 2-х томах/ Под ред. Ю.М. Т.1. Теоретическая статистика. – М.: Медицина, 2000.-412с.

9. Ханин Ю.Л. Исследование тревоги в спорте. // Вопросы психологии. 1978.- №6. – С. 94-106.

10. Amirkhan J.H. A Factor analytically driven measure of coping: The coping strategy indicator. // J. Personality Soc. Psychol. – 1990. – Vol. 59, №5. – P. 1066 – 1074.

11. Fundamentals of Biostatistics/ Bernard Rosner.-5th ed.-US: Duxbury. Thomson Learning, 2000.-792 p.