

Boxoft Image To PDF Demo. Purchase from [www.Boxoft.com](http://www.Boxoft.com) to remove the watermark

Федеральная служба исполнения наказаний  
Академия права и управления

# Пенитенциарная клиническая психология

Под редакцией  
профессора **Д.В. Сочивко**

*Рекомендовано Международным учебно-методическим центром  
«Профессиональный учебник» в качестве учебного пособия  
для слушателей факультета повышения квалификации и первоначальной  
подготовки образовательных учреждений ФСИН России, обучающихся  
по специальности «Клиническая психология»*

*Рекомендовано Научно-исследовательским институтом  
образования и науки в качестве учебного пособия  
для слушателей факультета повышения квалификации и первоначальной  
подготовки образовательных учреждений ФСИН России, обучающихся  
по специальности «Клиническая психология»*

Электронные версии книг  
издательства «ЮНИТИ-ДАНА» на сайте  
Международной электронной библиотеки  
«Образование. Наука. Научные кадры»  
[www.nion.org](http://www.nion.org)



Москва • 2020

УДК [159.97:343.8-056.34](075.9)  
ББК 88.72-8я77-1+67.409.13я77-1  
П25

**Рецензенты:**

доктор медицинских наук, доцент *В.В. Новиков*  
(доцент кафедры психиатрии и психотерапии ФДПО ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»);  
кандидат психологических наук, доцент *Т.Н. Савченко*  
(ректор АНО ДПО «Высшая школа психологии», ведущий научный сотрудник лаборатории психологии познавательных процессов и математической психологии ФГБУН «Институт психологии Российской академии наук»)

Главный редактор издательства *Н.Д. Эриашвили*,  
кандидат юридических наук, доктор экономических наук, профессор,  
лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники

**П25** **Пенитенциарная клиническая психология: учеб. пособие** для слушателей факультета повышения квалификации и первоначальной подготовки образовательных учреждений ФСИН России, обучающихся по специальности «Клиническая психология» / под ред. Д.В. Сочивко. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2020. — 175 с.  
**И. Сочивко, Дмитрий Вячеславович.**

ISBN 978-5-238-03335-8

Агентство СІР РГБ

Учебное пособие разработано с учетом гуманизации процесса исполнения наказаний и перспективных направлений деятельности в УИС на период до 2030 г. Рассмотрены теоретические основы пенитенциарной клинической психологии и социально значимые заболевания обвиняемых, подозреваемых, осужденных, а также специфика оказания им медико-психологической помощи.

Для слушателей факультета повышения квалификации и первоначальной подготовки образовательных учреждений ФСИН России, обучающихся по специальности «Клиническая психология», преподавателей, персонала исправительных учреждений, а также специалистов в области пенитенциарной клинической психологии.

ББК 88.72-8я77-1+67.409.13я77-1

ISBN 978-5-238-03335-8

© ИЗДАТЕЛЬСТВО ЮНИТИ-ДАНА, 2020

Принадлежит исключительное право на использование и распространение издания (Федеральный закон от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ).

## Введение

---

Пенитенциарная клиническая психология является новой областью психологического знания, еще ожидающей своего глубокого методологического обоснования. В настоящее время можно говорить лишь об отдельных разработках заинтересованных авторов. Тем не менее уже сейчас можно составить некоторое обобщенное представление о целях и задачах, объекте и предмете этой новой области психологической науки.

Достаточно понятно, что в объект пенитенциарно-клинических исследований входят поведение и личность осужденных, обвиняемых и подозреваемых, взятых под стражу. Практически на настоящий момент многими авторами доказано, что различные заболевания вызывают различные изменения личности и поведения человека, а следовательно, и осужденного. Во всем многообразии этих изменений под влиянием заболеваний еще предстоит долго разбираться, чтобы привести их к какой-то системе, позволяющей предсказывать поведение осужденных, контролировать его и оказывать адекватную психологическую помощь с учетом особенностей его заболевания.

Также достаточно очевидно, что на настоящий момент среди исследователей в области пенитенциарной клинической психологии существуют приоритетные заболевания, влияние которых на личность и поведение осужденных изучается в первую очередь. К таковым можно отнести психические заболевания, грубо говоря, то, что лежит на поверхности проблематики пенитенциарной клинической психологии. Среди психических заболеваний большой интерес ученых вызывает аддиктивное поведение самого разного рода, начиная от алкоголизма и зависимости от психоактивных веществ (наркотиков) до различного рода игровых зависимостей и различного рода маниакальных аддикций (клептомании и т.п.).

Со стороны пенитенциарной психологии особое внимание уделяется связи тяжких преступлений (убийств, насилия) с психическими отклонениями.

Таким образом, важной проблемой пенитенциарной клинической психологии являются вопросы границ нормы и патологии поведения осужденных и их изменению под влиянием заболевания.

Вот только малая часть того, что исследуется в настоящее время и что далеко не охватывает всего спектра существующих проблем. Это учебное пособие является попыткой представить хотя бы эту часть ведущихся исследований.

Профессор *Д.В. Социво*

### *Коллектив авторов*

- Ольга Сергеевна Белова* — кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) (п. 2.8)
- Борис Георгиевич Бовин* — кандидат психологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник Научно-исследовательского института Федеральной службы исполнения наказаний (г. Москва) (п. 2.9)
- Елена Сергеевна Боярская* — кандидат медицинских наук, врач-нарколог Центра профилактики зависимого поведения ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ» (г. Москва) (п. 2.8)
- Александра Викторовна Вэтра* — старший психолог отдела кадров и работы с личным составом ФКУ УО ГНЦ им. В.П. Сербского УФСИН России по г. Москве (г. Москва) (п. 2.1)
- Ирина Сергеевна Ганишина* — доктор психологических наук, доцент, начальник кафедры юридической психологии и педагогики ФКОУ ВО «Академия ФСИН России» (г. Рязань) (п. 2.1, 2.6, 2.7)
- Александра Анатольевна Жарких* — кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры общей психологии психологического факультета ФКОУ ВО «Академия ФСИН России» (г. Рязань) (п. 1.1, 2.7)
- Наталья Анатольевна Ильиных* — старший психолог психологической лаборатории ФКУ ЛИУ-8 УФСИН России по Алтайскому краю, майор внутренней службы (г. Новоалтайск) (п. 2.6)
- Юлия Владимировна Крымова* — кандидат психологических наук, эксперт-психолог (специалист по опросам с применением полиграфа) ВВК-1 ФКЗ МСЧ-62 УФСИН России по Рязанской области (г. Рязань) (п. 1.5)
- Денис Алексеевич Курдин* — начальник психологической службы ФКОУ ВО «Академия ФСИН России» (г. Рязань) (п. 1.3, 1.4, 2.5, 2.10, 2.11)
- Татьяна Анатольевна Ребеко* — кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории психологии способностей и ментальных ресурсов им. В.Н. Дружинина ФГБУН «Институт психологии Российской Академии наук» (г. Москва) (п. 2.2)
- Светлана Николаевна Сорокоумова* — доктор психологических наук, профессор, профессор РАО, профессор кафедры социальной, общей и клинической психологии ФГБОУ ВО «Российский государственный социальный университет» (г. Москва) (п. 2.7)
- Дмитрий Владиславович Сочивко* — доктор психологических наук, профессор, профессор кафедры общей психологии ФКОУ ВО «Академия ФСИН России» (г. Рязань) (п. 1.1, 2.3, 2.4)
- Лариса Вадимовна Шатохина* — кандидат педагогических наук, начальник кафедры общей психологии ФКОУ ВО «Академия ФСИН России» (г. Рязань) (п. 1.1)
- Екатерина Александровна Щелкушкина* — кандидат психологических наук, ответственный секретарь редакционной коллегии научного журнала «Прикладная юридическая психология» (п. 2.3)

1.1. Экзистенциальная психодинамика здоровья  
и болезни личности

В учебном пособии мы будем исходить из понимания болезни и соответственно здоровья человека как некоего целостного состояния, что на языке медиков обычно выражается формулой, что «лечить надо не болезнь, а человека». С психологических позиций расширением этого постулата будет то, что любой болезни подвержена и личность человека, и его «Я» как подструктуры личности. По Вильяму Джеймсу, ближайшей к болезни структуре личности является ее эмпирическое «Я», которое, что очень важно, включает не только собственное тело, но и все его окружение, которое может быть названо «мое». Это и одежда, и жилище со всем его содержимым и т.д. Сам В. Джеймс писал об этом так: «В самом широком смысле личность человека составляет общую сумму всего того, что он может назвать своим: не только его физические и душевные качества, но также его платье, дом, жена, дети, предки и друзья, его репутация и труды, его имение, лошади, его яхта и капиталы. Все это вызывает в нем аналогичные чувства. Если по отношению ко всему этому дело обстоит благополучно — он торжествует; если дела приходят в упадок — он огорчен; rozumeeтся, каждый из перечисленных нами объектов неодинаково *влияет на состояние его духа* (здесь и далее курсив наш. — Д.С.), но все они оказывают более или менее сходное воздействие на *его самочувствие*» [1].

Джеймса часто причисляют к одним или даже одним из первых и глубоких предшественников экзистенциализма. Действительно, М. Хайдеггер, обосновывая экзистенциал человека из самых глубин философии и метафизики природы бытия и сущего, включив в научный лексикон свое знаменитое Dasein («Присутствие» в переводе В.В. Библихина), писал:

«Присутствие есть сущее, которое, понимая в своем бытии, относится к этому бытию. Тем самым заявлено формальное понятие экзистенции. Присутствие экзистировует. Присутствие есть далее сущее, *которое всегда я сам*». К экзистировующему присутствию принадлежит *его всегда-мое* как условие возможности собственности и несобственности. Присутствие экзистировует

всегда в одном из этих модусов, соответственно в их модальной индифферентности» [6].

Экзистирующее присутствие М. Хайдеггер более простыми словами обозначил как «бытие-в»: «Бытие-в подразумевает на-против бытийное устройство присутствия и есть *экзистенциал*. Но тогда тут нельзя думать о наличном бытии телесной вещи (человеческого тела) «в» наличном существе. Бытие-в тем менее означает пространственное «друг-в-друге» наличных вещей, что «in» исходно имеет не смысл пространственного отношения названного рода; «in» идет от корня *inpan-*, селиться, обитать, пребывать; «an» значит: я привык, доверился, ухаживаю за чем; оно имеет значение *colo* в смысле *habito* и *diligo*. *Сущее*, которому присуще бытие-в в этом смысле, мы характеризуем как сущее, которое всегда *est* я сам. Выражение «*bin*» (нем. — Д.С.), «есмь», связано с «*bei*», «при», и, значит, опять же: я обитаю, пребываю при... в мире так и так вот освоенном. *Быть*, понятое как *инфинитив* от «я есмь», т.е. как *экзистенциал*, значит обитать при... быть доверительно близким с... Бытие-в есть соответственно формальное экзистенциальное выражение бытия присутствия, имеющего сущностное устройство бытия-в-мире» [6].

Таким образом, через экзистенциал человека М. Хайдеггер помещает человека в мир («бытие-в-мире»). Экзистенциал охватывает и внешние отношения человека, в том числе и социальные: «обитать при... быть доверительно близким с ...». Теперь пора поставить вопрос, как раскрыть экзистенциальную сущность здоровья или болезни человека. Здесь нам необходимо глубже коснуться самого понятия бытия в той экзистенциальной концепции (М. Хайдеггера), которую мы выбрали для рассмотрения. Для этого нам понадобится раскрытие смысла следующих категорий: «вещь, вещи», которые, собственно, и наполняют экзистенциал личности, «присутствие», «повседневность», «пустота», которая порождает и определяет вещь, «время», «бытие-» в разных его аспектах, «забота»...

Человек присутствует в этом мире, соответственно в здоровье и болезни он также проявляется в этом мире. Присутствие в мире означает также и присутствие среди других присутствий — вещей. Что есть вещь по происхождению и по бытию в мире?

Еще Лао Дзы в IV в. до Р.Х. писал:

«Для того чтобы изготовить сосуд, размещивают глину.

Использование же сосуда обуславливается пустотой в нем.

Для того чтобы соорудить жилище, прорубают двери и окна.

Использование же жилища обуславливается пустотой в нем» [2].

Также и у Хайдеггера находим: «Горшечник... *формулет пустоту*. Ради нее, в ней и из нее он придает глине определенный образ. Горшечник ловит прежде всего — и всегда — неуловимую пустоту и предоставляет ее как вмещающую в виде емкости. Пустотой чаши предопределяется каждый шаг изготовления. *Вещественность емкости покоится вовсе не в материале, из которого она состоит, а во вмещающей пустоте*» [7].

Но что же тогда, спросим мы, есть стенки и дно чаши. Получается, что это по особым законам горшечного мастерства изготовленные перегородки, отделяющие одну пустоту от другой. Что это за законы и как они действуют? По нашему представлению, это и есть законы психодинамики, действующие в субъективном пространстве времени человека. Таким образом, человек пребывает не среди вещей, точнее, не в первую очередь среди вещей. Но коль скоро вещи входят в пространство его «эмпирического Я» (по У. Джеймсу), он пребывает среди психодинамических сил, которые «формируют» пустоту вокруг него и посредством его. Человек выступает центром и носителем этой психодинамики, как говорил Н.О. Лосский, субстанциональным деятелем, в процессе деятельности и поведения которого приходят в движение психодинамические силы и их циклы [5].

На эти силы вполне определенно указал Курт Левин, назвав их валентностями. Каждая вещь вокруг нас заряжена и имеет определенную — положительную или отрицательную — валентность [3]. Следовательно, и наше движение в пустоте, например, жилища происходит под действием этих сил.

Мы обходим что-то ассоциативно неприятное как можно дальше и тянемся к тому, что нас влечет. Так, автор сторонится рабочего стола, если он не собрал достаточно вдохновения для работы, и приближается к дивану и телевизору. Это в результате ситуативного распределения психодинамических сил. Курт Левин, однако, обратил внимание лишь на заряд, валентность вещей, не учитывая векторных величин действия психодинамических сил.

Сама же пустота жилища наполняется вещами в соответствии с их (интрапсихических сил) долговременным действием согласно психодинамической структуре субъективного пространства нашего «Я». Пространство психодинамических сил вложено в пространство физических сил, нам не подвластных. Так, расстояние от дома до работы постоянно и не зависит от нашего психического состояния, и все физические силы на

этом пути нам приходится преодолевать, однако также с учетом психодинамических сил и валентностей. Например, пройти мимо кафе по пути на работу. Аналогично размещенные в пустоте жилища вещи, однажды поставленные нами, остаются на своем месте также в соответствии с действием физических сил, которые также надо преодолевать. Таким образом, пустота, в которой мы живем, является сформированной, образуя окружающее пространство физических вещей и сил. Но, как уже было сказано, «формируется» эта пустота нами уже в соответствии с действием психодинамических сил. К такому же выводу приходит Хайдеггер, анализируя пустоту с позиций пространственности (искусства): «Пустота не ничто. Она также и не отсутствие. В скульптурном воплощении пустота вступает в игру как ищущее-выбрасывающее допускание, создание *мест*». И несколько ранее автор пишет: «Пустой стакан значит: собранный в своей высвобожденности и *способный впустить* в себя содержимое. *Опускать* снятые плоды в корзину значит предоставлять им это *место*» [7].

Глаголы «впустить», «опустить»..., очевидно, одного корня со словом «пустота». Хайдеггер подчеркивает, что сам язык разъясняет нам роль пустоты, которая создает *место*. Язык же порождает и имя месту, как и вещи на нем, нашедшей свое место. В этом смысле Хайдеггер подчеркивает «Слово наделяет вещь бытием» [7]. Но помещение вещи на *место* требует сил, как физических (сила тяжести, сила трения...), так и психических. Не отвлекаясь на расстановку природных объектов физическими силами, определим сразу, что *место* в пространстве нашего «Я» для вещи определяется ансамблем психодинамических сил, действующих в *субъективном времени* [4]. Что это такое как характеристика бытия и присутствия вещи? *Место* вмещает присутствие, «бытие имеет место». Хайдеггер пишет: «Если Платон представляет бытие как *идею и собрание идей*, Аристотель как *энергию*, Кант как полагание, Гегель как абсолютное понятие, Ницше как волю к власти, то все это не случайно выдвинутые учения, но слова бытия как ответы на тот вызов, который звучит в утаивающем себя посылающем *вмещении*, в «бытие имеет Место»» [7]. И далее: «Из присутствия, присутствования звучит *настоящее*. Последнее *вместе с прошлым и будущим* образует характеристику *времени*. *Бытие как присутствие определяется временем... У каждой вещи свое время*» [7]. Здесь уместно задать вопрос: если у каждой вещи свое время, то как все эти вещные времена собираются в единое субъективное время нашей личности и нашего «Я»?



Получается, что Бытие в определенном смысле и есть Время, и Время тоже (не являясь просто каким-то предикатом, как и Бытие) «имеет место». Но где? Как раз во вмещающем себя присутствии, которое суть настоящее в своем единстве с прошлым (по Хайдеггеру, «уже не») и будущим — «еще не».

Отсюда Настоящее уже не является последовательностью исчезающе малых «теперь», как говорил о времени еще Аристотель. Последовательность «теперь», определенных с той или иной степенью дробности, есть, по Хайдеггеру, рассчитанное время, то, что в психодинамике мы называем физическим временем в противопоставлении субъективному, психологическому и историческому времени. Кратко воспроизведем здесь, чем же отличается субъективное психологическое (историческое) время от физического [5].

Забегая вперед, чтобы окончательно не оторваться от темы статьи, следует заметить, что многие, по крайней мере, психические заболевания и расстройства личности (порождающие и телесные болезни) связаны именно с нарушением субъективного времени и места духовных сущностей в нашем субъективном пространстве времени, начиная от физического беспорядка в жилище и потери способности с ним справиться и кончая раздвоением личности, шизофренией, суицидом или летальным окончанием смертельных болезней как отказом от будущего — настоящего, фобиями как деструкциями настоящего — прошлого (рис. 1.1).

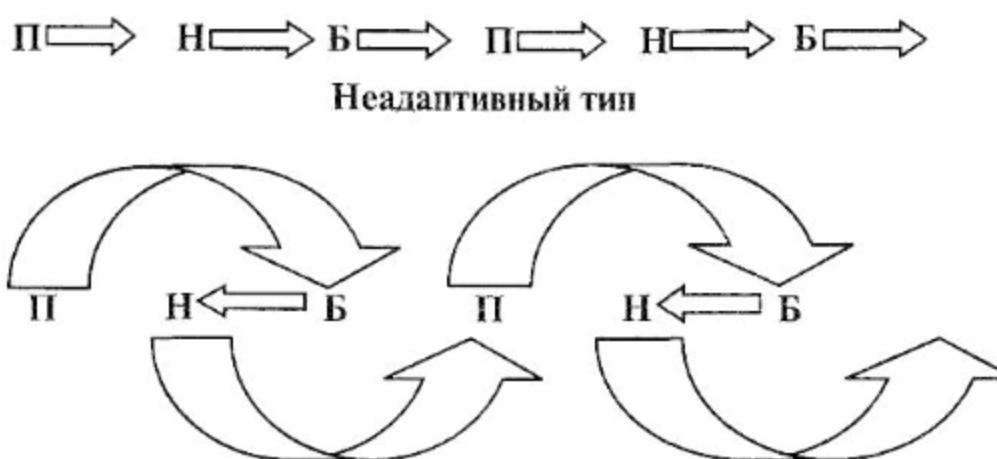


Рис. 1.1. Спиралевидная структура психического времени адаптивного субстанционального деятеля (психоида) в сравнении с неадаптивным

Итак, что же такое субъективное время с экзистенциальных позиций? Целью следующего раздела является теоретически укрепить наши психодинамические позиции понимания субъективного времени [4] в самых основаниях экзистенциальной философии и эмпирически продемонстрировать достигнутые результаты в анализе психодинамического экзистенциала болезни и здоровья человека. После этого можно будет поговорить о конкретных экзистенциально-психодинамических механизмах болезни.

Ранее мы детально описали психодинамическую структуру субъективного психологического (и исторического) времени [4]. Здесь же напомним лишь основное содержание. Физическое время линейно, непрерывно и плотно (рис. 1.1).

За прошлым следует настоящее, за ним — будущее. Как говорил св. Василий Великий, прошлое уже ушло, будущее не наступило, а настоящее исчезающе мало.

Субъективное психологическое (историческое) время нелинейно, спиралевидно и необходимо разрывно, причем именно в точке настоящего. Сходство особенностей психологического и исторического времени имеет свое значение (если, например, грубо рассматривать историю как огромный поток психических явлений).

В физике мы исследуем именно связь прошлого и будущего, единство которых вместе с исчезающе малым настоящим и создает аристотелевское «Теперь», и поэтому делаем акцент на том, например, что камень, брошенный с башни, обязательно будет падать непрерывно, пока не коснется земли (в опытах Галилея, например).

При этом для нас абсолютно безразличен тот факт, что тот же самый камень затем опять будет поднят на башню. А возможно, и погрузится в историческое настоящее, не имеющее длительности, став музейным экспонатом.

Таким образом, в истории же для нас, напротив, важна судьба именно этого камня в его настоящем, которое повторится со вторым бросанием, пока не будет окончен эксперимент. И исторически это одно, хотя и разорванное, настоящее.

Поэтому исторические (психологические) события могут прерываться, т.е. то, что началось давно, может не длиться теперь, потом вновь начать длиться. Для физической длительности это невозможно.

Моцарт как-то сказал, что высшие формы вдохновения он ощущает, когда видит свою симфонию, как яблоко на руке, т.е. одновременно. А это более 30—40 минут физического времени.

В результате мы намерены утверждать, что именно субъективное психологическое время есть субъективное время присутствия человека в мире. С общепсихологической точки зрения человек, полностью погруженный в физическое время, неадаптивен, он как бы течет по течению, натываясь на все соблазны и препятствия страстей и уныния. С медицинской точки зрения, как вариант болезни, это состояние называют состоянием «овоща», когда мозг практически не работает, или даже комы.

Если изложенные выше положения о структуре психологического времени верны, то основные компоненты психики должны быть как-то ориентированы в этом времени. Под основными компонентами мы имеем в виду издревле известную психологическую триаду — эмоции, познание и воля.

Эмоции (как переживания) связаны с психологическим прошлым, воля (с ее акцептором будущего) — с будущим, познание находится в настоящем, причем именно в психологическом настоящем. Однако заметим, что это настоящее (согласно лигам на рис. 1.1) включает в себя и «уже не» прошлого и «еще не» будущего. «...Настоящее как присутствие, — пишет Хайдеггер, — и все принадлежащее к такому настоящему должно было бы называться *собственно временем* (в нашей терминологии — субъективным временем), хотя непосредственно оно не имеет в себе ничего от привычно представляемого времени в смысле исчислимой последовательности Теперь».

Итак, сопоставим основные виды психических явлений с компонентами субъективного времени: эмоции (Э) = прошлое (Пр), воля (В) = будущее (Б) и познание (По) = настоящее (Н). Всего имеются только две (комбинаторные) возможности разных последовательностей включения волевых, эмоциональных и когнитивных процессов. Первый вариант — последовательность (ЭПоВ) = (ВЭПо) = (ПоВЭ)<sup>1</sup>. Равенство здесь означает, что циклическая смена может начаться с любого компонента, но всегда Э переходит в По, По — в В, а В — снова в Э, затем цикл повторяется.

Второй вариант: (ЭВПо) = (ВПоЭ) = (ПоЭВ). Других вариантов не существует. Разница этих двух последовательностей заключается в первую очередь в моменте включения волевого фактора (В) — потребного будущего (по П.К. Анохину).

Для неадаптивного типа эмоции непосредственно запускают определенный познавательный процесс (ЭПоВ), тем самым

<sup>1</sup> Круглые скобки означают циклическое движение трех компонентов.

овладевая им и всей личностью, так как именно познание является определяющим свойством человека разумного.

Очищение познания от страстей (эмоций) известно многим мировым религиям как практика духовного развития. Так, у православных святых отцов с первых веков христианства можно найти подробно описанную поэтапную динамику впадения человека в грех и утраты внутреннего, духовного человека (см., например, «Душеспасительные поучения» Аввы Дорофея). Первый этап — возникновение эмоции-страсти, поначалу не сильной, движения души к соблазну. Второй этап — *сосложение* — присоединение ума (когниции). Если этого второго не происходит, то человек позволит страсти овладеть волей, игнорируя познание, или даже полностью поддаться смене физических «Теперь» в частности и в состояниях своего тела. И просто брать и делать, что хочется, совсем не понимая своего поведения, что уже является крайней формой расстройства личности. Предварительное включение волевого компонента (Будущего) и дает нам адаптивный психодинамический тип личности (ЭВПо) по спирали времени (НБПр)

Если вернуться к рис. 1.1, то мы видим, что своевременное включение волевого компонента и делает возможным соединение «уже не» прошлого с «еще не» будущего, соединяющихся с настоящим, таким образом обретающим бездлительную *протяженность* присутствия и действия человека, т.е. обращения его с окружающими *вещами*. М. Хайдеггер спрашивает: «Как должны мы определить это *протяжение присутствия*, разыгрывающееся в настоящем, в осуществившемся, в наступающем? Опирается ли это протяжение на то, что оно дотягивается до нас, или оно достает нас потому, что оно само в себе есть протяжение? Имеет место второе. Наступающее как еще не настоящее протягивает и одновременно несет с собой уже не настоящее, осуществившееся; и наоборот, это последнее, осуществившееся, протягивает себе свое будущее. Взаимосвязь обоих протягивает и одновременно приводит с собой настоящее. «Одновременно», говорим мы, и этим приговариваем взаимопротяжению наступающего, осуществившегося и настоящего, т.е. их особенному единству, временной характер» [7]. И далее: «...время само не есть что-то временное, равно как не есть оно и нечто сущее. Поэтому нам запрещено говорить, что наступающее, осуществившееся, настоящее «одновременно» налицо. И все же в своем *взаимном протяжении* они принадлежат друг другу. Их единящее единство дает себя определить только из их особенного, из того, что они тянутся друг к другу. Только что же они протягивают друг другу? Ничто

другое, как самих себя, и это значит: протяженное в них присутствие. В этом последнем высвечивается то, что мы называем пространством-временем. *Под словом «время» мы только подразумеваем уже не последовательность Теперь одного за другим.* Тем самым пространство-время тоже означает уже не отстояние между двумя пунктами Теперь расчисленного времени, что мы имеем в виду, когда, например, констатируем: за отрезок времени в 50 лет произошло то и то. *Пространство-время означает сейчас открытость, просвечивающую во взаимном протяжении наступающего, осуществившегося и настоящего.* Одна эта открытость, и только она, впервые вмещает привычно известное нам пространство во всей возможной для него широте. *Просвет* взаимопротяжения наступающего, осуществившегося и настоящего сам допространственный; только поэтому он может вмещать пространство, т.е. иметь место» [7].

Основы такого понимания субъективного времени *внутреннего человека* заложил еще Августин Блаженный. Мы возьмем на себя смелость утверждать, что древнехристианское понятие «внутреннего человека» и есть тот *просвет* субъективного времени, который определяет присутствие человека в мире (бытие-в-мире). Это та самая «открытость» субъективного пространства-времени, его просвет в вечность и вездеприсутствия Бога. У Августина Блаженного Время состоит из трех времен или составляющих, находящихся в неразрывном единстве и взаимодействии. Это Настоящее прошедшего, Настоящее настоящего и Настоящее будущего.

Из рис. 1.1 видно, что если разместить временные циклы друг над другом (из чего, собственно, и состоит вся наша жизнь), то настоящее, прошедшее и будущее выстроятся в вертикальные последовательности, что и есть три времени, по Августину, которые как бы перпендикулярны физическому времени, как последовательности Теперь.

Хайдеггер пишет по этому поводу: «Эта взаимная игра оказывается особенным, в собственном времени разыгрывающимся протяжением, т.е. как бы четвертым измерением — не только «как бы», но по сути дела. Собственно время четырехмерно». И далее: «Философия от своего начала, когда бы она ни задумывалась о времени, спрашивала также, где оно расположено. При этом имелось в виду преимущественно время, отсчитываемое как протекание последовательных Теперь друг за другом. Заявлялось, что отсчета времени, каким мы ведем счет и с каким считаемся, не могло бы быть без псюхэ (психического. — Д.С.), не могло бы быть без *animus*, не могло бы быть без души, не могло бы быть без сознания, не могло бы быть

без духа. *Времени нет без человека.* Только что означает это «нет без»? Человек создатель времени или его получатель? И если второе, то как человек получает время? Есть ли человек сначала человек, чтобы потом по обстоятельствам, т.е. к какому-то определенному времени получить восприятие времени и встать в отношение к нему? Собственно время есть единящая троякий *просвет его протяжения близость присутствования* из настоящего, осуществившегося и будущего. Она уже достала человека как такового настолько, что он может быть человеком, только когда стал внутри простора троякого протяжения и выстоял определяющую это протяжение отклоняюще-отказывающую близость. Время не нечто сделанное человеком, человек не нечто сделанное временем. Здесь не имеет места никакая сделанность. Здесь имеет место только Место в смысле названной выше открытости просвета пространства-времени» [7]. Вот эта «близость», соответственно «отдаленность» присутствия и есть четвертое измерение времени, пространственность его Настоящего, если можно так выразиться.

В этом открытом, пустом пространстве времени располагаются и пустоты, которые мы называем вещами вместе со своими перегородками, отгораживающими одну пустоту от другой, и невидимым ансамблем психодинамических сил, управляющих нашим движением в этой пустоте, и наполнением ее вещами. Вещи, как было сказано еще Джеймсом (см. выше), в ближайшем (и не только) нашем окружении есть наше эмпирическое Я, которое склонно болеть, если вспомнить о названии статьи, но об этом ниже. Но что же такое сами вещи. Ранее мы приводили в пример пустоту кувшина, чаши, жилища, продолжим анализ этих же примеров. Мы уже говорили, что это не просто пустота, но пустота, подобная полю напряженных психодинамических сил, определяющих собственно экзистенциал, а затем и функционал чаши.

«Чашечность чаши, — пишет Хайдеггер, — осуществляется в подношении налитого в нее». Очевидно, что в чашу не для того что-то наливают, чтобы навсегда зарыть в землю. Налитое предназначено для кого-то. Таким образом, «пустая чаша тоже получает свое существо от этого подношения, хотя пустую чашу не поднесешь. Но эта невозможность поднести свойственна чаше и только чаше. <...> Подношением в чаше может быть питье. В чаше дают выпить воды, вина. В подносимой воде присутствует источник. В источнике присутствует скала, в ней — темная дрема земли, принимающей в себя дождь и росу неба. В воде источника присутствует бракосочетание неба и земли. Оно присутствует в вине от плода виноградной лозы, в кото-

ром взаимно вверились друг другу соки земли и солнце небес. В подношении воды, в подношении вина по-своему пребывают *небо и земля*. Но подношение их есть сама чашиность чаши. В существе чаши пребывают земля и небо. Подносимое в полной чаше — питье для смертных. Оно утоляет их жажду. Оно веселит их досуг. Оно взбадривает их общительность. Но подношение чаши иногда совершается и для жертвенного возлияния. Если ее содержимое — для возлияния, оно не утоляет жажду. Оно возносит на высоту торжественность праздника. В таком подношении чашу и не подносят гостям, и подношение это — не питье для смертных. Содержимое чаши — напиток, жертвуемый бессмертным богам.

Подношение чаши с напитком богам — подношение в собственном смысле. В подношении посвящаемого напитка льющая чаша являет себя как подношение дара. Посвященный богам напиток есть то, что, собственно, именуется словом «возлияние»: жертвоприношение. *GuЯ, gieЯen*, лить.. в индогерманском — *gni*, что значит: жертвовать. Лить — в полноте осуществления, до конца осмысленного, в своей подлинности именованного — это возливать, жертвовать и тем самым подносить в дар. Только поэтому возлияние может превращаться, когда затмевается его существо, в простое наливание и разливание, пока в конце концов не опустится до обыденной торговли в розлив. Лить — не значит просто манипулировать с жидкостью. В подношении чаши для питья пребывают по-своему смертные. В подношении чаши для возлияния пребывают по-своему божества, принимающие дар подношения как дар жертвоприношения. В подношении чаши всякий раз по-своему пребывают *смертные и божества*. В подношении чаши пребывают *земля и небо*. В подношении полной чаши одновременно пребывают *земля и небо, божества и смертные*. Эти четверо связаны в своем изначальном единстве взаимной принадлежностью. Предшествуя всему присутствующему, они сложены в простоту единственной четверицы. В подношении полной чаши пребывает одно-сложенность четырех. Подношение чаши есть дар потому, что дает пребыть земле и небу, божествам и смертным. Пребывание тут, однако, уже не просто постоянство чего-то наличного. *Пребывание есть событие*. Оно выносит четверых в ясность их собственной сути. От ее одно-сложности они вверены друг другу. Единясь в этой взаимопринадлежности, они выходят из потаенности. Подношение чаши дает пребыть односложности четверицы всех четырех. *Но в подношении чаши осуществляется как чаши*. Подношение собирает в себе то, что входит в поднесение: *двойное вмещение, вмещающее, пустоту и*

*выливание* поднесенного. Все это, собранное вместе в подношении, само собрано вокруг сбывающегося пребывания четверицы. Это многосложно простое собирание — существо чаши» [7].

То, что было показано на примере чаши относительно ее существа, может быть показано относительно любой вещи, входящей в наше эмпирическое «Я». Можно взять, например, одежду, которую мы носим и которой У. Джеймс придавал особое значение, говоря, что в шуточном цитировании древних: человек состоит их тела, души и платья — есть доля вполне серьезного психологического факта. Существо одежды можно также расписать как игру «четверицы» — небо, земля бессмертные духовные силы и человеки. Так земля растит хлопок, для роста нужна вода с неба. Одежда существует для того, чтобы вмещать человеческое тело, одежда может быть повседневной, рабочей или сакральной для служения Богу и богам. Одежда есть такое же подношение не только для облачения, но и для повседневного пребывания, и неважно, будет это подношение близкого человека или самоподношение. Хайдеггер говорит о «скрещении» четверицы как зеркальной игры четырех. Слово (логос) наделяет вещь бытием. Вещь дарит пребывание «четверице» здесь и теперь в односложности мира. «То, что станет вещью, сбудется от окружения зеркальной игры мира. Тогда только мир явится как мир» [7]. И только тогда человек обретет свое бытие-в-мире и свое эмпирическое «Я».

Эту «игру четверицы», «зеркальную игру мира мы могли бы воспроизвести в психодинамических циклах взаимодействий, что позволит построить психодинамические типы эмпирического «Я», по критерию различий четырехмерного субъективного времени. Мы ожидаем также, что полученная психодинамическая типология позволит также построить некоторую психодинамическую типологию болезни/здоровья человека.

Итак, мы имеем четыре составляющих игры мира: земля, небо, условно говоря, «боги» и люди. Следует пояснить, что мы вовсе не имеем намерения впасть в язычество, нарушая христианский принцип единобожия. Под «богами» мы понимаем все бессмертные сущности, начиная от православных святых как позитивном моменте и кончая различными суевериями, фетишами как негативном моменте так или иначе порождающими психические, а вслед за ними и телесные заболевания.

Итак, попробуем построить психодинамическую игру этих сил, как мы делали это обычно в психодинамической диагностике типологий личности с помощью латинского квадрата [5].

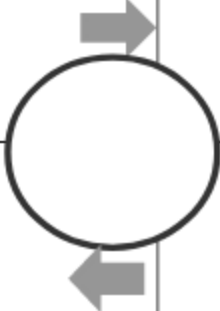
Знак кругового движения внутри таблицы символизирует спираль субъективного времени: над первым оборотом спирали



надстраивается второй, над вторым — третий и т.д. до конца времен земной истории или жизни конкретного человека. Движение начинается из «уже не...» прошлого, которое и открывает просвет, затем переходит в будущее (см. рис. 1.1), затем в настоящее. Настоящее осуществляется и становится новым прошлым или осуществившемся (Прошлое 2), которое запускает новый виток спирали субъективного времени. Но, как пишет Хайдеггер, «осуществившееся не выпадает как просто прошедшее из предыдущего Теперь. Осуществившееся присутствует, однако, своим особенным образом» [7].

Таблица 1.1. «Игра «четверицы» в четырехмерном пространстве субъективного времени эмпирического Я личности человека

	<i>Бессмертные «боги»</i>	<i>Смертные люди</i>
Небо	Просвет	Будущее
«Уран»	В вечности	«Аполлон»
Земля	Прошлое	Настоящее
«Гея»	«Аид»	«Хронос»



«Просвет» открывает субъективному времени частичку Божественной вечности, в результате чего субъективное время лишается физической длительности и обретает протяженное (подобие Божественного вездесутствия) настоящее.

Компоненты субъективного времени, представляющие первый этап хайдеггеровской игры «четверицы» (см. выше), в своих сочетаниях (второй этап игры «четверицы») образуют то, что Михаил Ненашев, интерпретируя Хайдеггера, назвал «регионами предметности» [4].

Согласно комбинаторным возможностям переходов в табл. 1.1, таких регионов может быть только шесть. И случайно это или нет, в описании М. Ненашева, исходившего из логики возможных областей сущего, их тоже получается шесть. Далее попробуем проинтерпретировать все возможные попарные сочетания компонентов четырехмерного субъективного времени (в порядке присвоенных номеров (см. табл. 1.1) и совместить их с классификацией, приводимой М. Ненашевым. В этой игре

взаимопереходов компонентов четырехмерного субъективного времени, очевидно, возможны какие-то нарушения, «разрывы» спирали, что и является первопричиной, экзистенциалом, бытийной сущностью болезни. Когда происходит какая-то деформация или даже разрыв какой-то из лиг спирали (см. рис. 1.1), возникает собственно экзистенциал болезни эмпирического «Я», а точнее — болезни всей личности, так как какие-то нарушения ее третьего компонента (по У. Джеймсу) эмпирическому исследованию не поддаются и носят скорее духовный характер (одержимость...). В зависимости от того, где происходит нарушение спирали времени, возникает тот или иной тип заболевания. Это нарушение спирали субъективного времени, по нашему мнению, есть первопричина болезни, ее экзистенциальное содержание как ее «бытие в...», психодинамической структуре личности, как измененный способ ее экзистирования.

Итак, перейдем к регионам предметности по М.А. Ненашеву в сопоставлении с нашей структурой спиралевидного четырехмерного времени и его древней мифологической историей. Не будем забывать, что большинство болезней были известны еще в глубокой древности (и даже сохранились многие их названия), а их познание осуществлялось древней метафизикой через мифологию. Эти мифологические корни заболевания не только сохранились в современной медицине, но даже имели и существенное развитие как раз в традиционной психодинамике глубинной психологии — «Эдипов» комплекс и аналогичный комплекс «Электры» и т.д.

*Взаимопереходы в табл. 1.1 и их интерпретация.*

1. (Просвет — Будущее)<sup>1</sup> — циклическое взаимодействие просвета, который содержит «уже нет» Прошлого с «еще нет» Будущего характерно, по нашему мнению, для творческой деятельности, искусств и наук. М. Ненашев так обозначает этот регион предметности: «произведения искусства — литературные произведения, картины, скульптуры, симфонии. Они, конечно, как-то сцеплены с чувственными предметами» [4]. Вопрос об отнесении сюда же наук может быть спорным. Но нам представляется, что с точки зрения субъективного времени творческий процесс един и для научного, и для художественного творчества. В этом психодинамическом цикле прометеев огонь творчества сменяется лаврами Аполлона, атрибутами которого в греческой мифологии являются не только лавры, но

<sup>1</sup> Крупные скобки означают циклический переход одного состояния в другое и обратно. Подробнее см.: *Сочиево Д.В. Психодинамика. М., 2007.*

и «мудрый» ворон. Но Прометей заплатил за свою жертву людям своей печенью, что может быть *причиной желчности и агрессивности*. Прометей не только дал людям огонь, но и научил строить дома, что породило оседлый образ жизни, тем более Аполлон научил людей радоваться красоте и его стрелы всегда попадали в цель. Таким образом, этот психодинамический тип мог страдать также и гиподинамией со всеми вытекающими отсюда болезненными последствиями.

2. (Просвет — Прошлое) — это область собственных переживаний, накопленного опыта, ресурса детских воспоминаний, регрессий и интроверсий. По М. Ненашеву, «так называемое психическое, которое постигается во внутреннем восприятии. Это психическое не совпадает с простыми переживаниями сознания. <...> Например, я внезапно понимаю, что во мне происходит что-то такое, о чем я раньше не знал; или произошло, а я только теперь узнаю об этом» (Там же). И далее, ссылаясь на Романа Ингардена, Ненашев поясняет: «Например, я любил кого-то. Это отразилось в моей жизни, так что это могли заметить другие. Я еще не знал, что люблю, но она уже знала, что я люблю ее; она заметила это, прежде чем я сам узнал, что люблю» (Там же). Как в мифе про Аида (бога загробного мира) и Персефону, дочь Деметры — богини плодородия и красоты природы. Аид похищает наши переживания и чувства, как похитил он прекрасную Персифону, которую Зевс обещал ему в жены. Деметра загрустила, и земля перестала плодоносить и потеряла свою красоту. Тогда Гермес по просьбе Геи (богини земли) выговорил у Аида две трети времени в году для пребывания Персифоны на земле с матерью. С тех пор земля расцветает весной и увядает осенью и наступает зима (время нахождения Персифоны у Аида). Сама цикличность природных времен года отражается в этом психодинамическом цикле, также составляющем эмпирическое «Я» человека. Аид, несомненно, приносит людям и *депрессию* не только во времена нахождения Персефоны в его царстве, но и ее вечной зависимостью от него. На спирали времени такие больные застревают в прошлом умерших переживаний. Огонь Прометея становится лишь средством к существованию, а не творческим порывом, строительство (устройство) дома — тяжелой обязанностью. За таким человеком гонится прошлое, он убегает, что, по нашему мнению, порождает и разрушение внутренних органов, прежде всего ЖКТ и опорно-двигательного аппарата.

3. (Просвет — Настоящее) — это область человеческого труда и жизнеобеспечивающей деятельности во всех их видах.

Хронос создал огонь, воду и воздух, а Прометей передал навыки пользования ими людям. Управляемое человеком взаимодействие этих стихий порождает необходимое пропитание и вещи. Но для деятельности необходимы и другие люди, кроме моего собственного «Я». Поэтому М. Ненашев обозначает этот вид предметности как «чужое психическое, которое присутствует у человека, с которым я общаюсь. Несомненно, что я приобретаю знание о чужом внутреннем мире. Ведь иначе была бы невозможна совместная деятельность» (Там же). Болезни, порожденные взаимодействиями между людьми, — это, прежде всего, расстройства личности, в том числе и органические нарушения, которые носят психогенный характер.

4. (Прошлое — Будущее)<sup>1</sup> — это, по М. Ненашеву, математическая предметность: «Еще одним типом предметностей являются математические объекты, то есть различные фигуры и структуры, которые мы тоже можем изучать как объективную данность. У вас есть система аксиом, вы пускаете машину дедукции в ход сколько угодно далеко. Однако имеется ли какое-то прямое, непосредственное познание определенных изначальных фактов, которые адекватно выражаются в аксиомах? Нужно полагать, что такое познание должно существовать, если только математика действительно есть познание» (Там же). Как писал поэт, «мертва теория, мой друг, но древо жизни пышно зеленеет». Такова в этом психодинамическом цикле встреча бога смерти Аида и лучезарного Аполлона. И «зерно, как сказано в Писании, если не умрет, то останется одно, а если умрет, то принесет много плода». Убивая творческие порывы цифрами и расчетами, математика порождает многие знания и так называемый научно-технический прогресс. С другой стороны, такой человек стремится догнать Будущее, так как «победил» Аида (заложил основы будущего) с помощью математики. Он постоянно стремится догнать всю красоту Аполлона, и так же, как этот Бог, каждая его стрела должна попасть в цель. Это может породить сердечные нарушения и сбой ритма. При таких повреждениях спирали на переходе к будущему возможны сердечно-сосудистые заболевания, инфаркты и инсульты.

5. (Будущее — Настоящее) — это, если следовать нашей спирали времени в ее психологической интерпретации, переход

<sup>1</sup> В какой последовательности написаны бинарные составляющие цикла, не имеет значения, так как речь идет о постоянном, непрерывном и нераздельном циклическом взаимодействии. Однако мы будем ставить компоненты цикла в соответствии со спиралью времени (см. рис. 1.1).

Воли к Познанию. Конечная организация поведения как отдельного человека, так и человека в социуме. А следовательно — по М. Ненашеву, и «социальные учреждения, например, университет в городе Осло. Может ли он быть воспринятым чувственно? Здания и люди, которые учатся и преподают, — все это, конечно, может быть чувственно воспринято. Но это еще не университет. Произойдет землетрясение, эти здания разлетятся на куски, погибнут студенты и профессора, но университет будет существовать, как и прежде. То есть останется университет, который можно возродить, восстановить. Но возродить можно лишь то, что есть. Итак, есть университет, а также парламент, окружной суд, академия наук, библиотека и т.д. как особый регион предметностей» [4].

Такие системы обладают разной степенью закрытости. Кроме университета существует, например, министерство внутренних дел, федеральная служба безопасности, федеральная служба исполнения наказаний и т.д. Закрытые системы в большей мере порождают так называемых «людей системы», которые живут по особым правилам внутреннего распорядка, каким-то своим нормам и служебным приказам и инструкциям. С точки зрения сопутствующих патологий это порождает так называемую *профессиональную деформацию* и все связанные с ней расстройства личности. Система коверкает настоящее время человека, ограничивает его волю. Подобно Хроносу, который, как известно, пожирал своих детей, за что и был повержен Зевсом в Тартар, система пожирает своих служащих, которые утрачивают экзистенциал настоящего, находясь на грани личностного кризиса. Это, в частности, выражается в кризисе пенсионного возраста служащих закрытых систем, которые выходят на пенсию молодыми еще людьми и не могут устроить свою жизнь, так как умеют только выполнять приказы. Часто это приводит их к аддиктивному поведению (алкоголизму пьянству...) или к криминальному образу жизни.

6. (Настоящее — Прошлое 2) — еще один (последний) регион предметности, это собственно «вещи, процессы и события, которые связаны причинными отношениями» [4]. Что касается нашего эмпирического «Я», то это те вещи, которые я могу назвать моими. Это последняя лига в спирали времени образует переход на новый виток, т.е. это не возврат к Прошлому, которое «вот уже не...» и которое присутствует как «осуществившееся», однако своим особенным образом» (см. выше). Это завершение старого и начало нового поиска из Прошлого 2 в Будущем 2 с психологической точки зрения формирование но-

вого гештальта, который пока еще находится на стадии «чего-то хотелось». Это шанс для человека начать жизнь заново, что-то изменить, в том числе и свой способ существования и экзистенциал здоровья. Хронос в этом цикле в отместку за противодействие рождению своих детей Ураном оскোпляет его, сам, будучи его сыном. Такова встреча Хроноса с Аидом. Хронос избегает возвращения силой Урана обратно в чрево Геи, но совершает страшное преступление — насилие над собственным отцом, за что впоследствии, как уже было сказано, повергается Зевсом в Тартар. Таким образом, настоящее человека изначально омрачено перспективой смерти, тем, что Хайдеггер называл «бытие к смерти». Если оно овладевает человеком, то он обретает экзистенциал болезни. «Бытие в мире» утрачивает смысл, человек сам себя губит через сеть аддикций, вредных привычек и всего комплекса расстройств личности. Как говорил Ф.М. Достоевский, «если Бога нет, то все позволено».

Итак, мы получили четыре типа субъективного времени и шесть типов экзистенциала эмпирического «Я» личности, как разметки на спирали четырехмерного времени. Это шесть личностных типов непосредственно укорененных в самых основах древней метафизики и мифологии, так подробно проанализированных Мартином Хайдеггером. Результатом этого анализа стала, как известно, экзистенциальная философия и психология, которая вводит в философский оборот знаменитое Dasein М. Хайдеггера, которое (в переводе Библихина) мы понимаем как «присутствие» или как «бытие в...». Присутствие как ««бытие-в...» подразумевает... бытийное устройство присутствия и есть экзистенциал... *Сущее*, которому присуще бытие-в в этом смысле, мы характеризуем как сущее, которое всегда *есть я сам*» [6]. Однако эта формулировка требует продолжения: бытие в...? Очевидно, речь должна пойти о мире. Мир полон вещей. Как мы установили выше, в вещах используется не вещество, а пустота внутри него. Пустота наполнена психодинамическими силами, центром которых является «Я» («я есмь»). Чтобы ответить на поставленный выше вопрос и получить для «Я» «бытие в мире», т.е. его экзистенциал, М. Хайдеггер привлекает компоненты мирового устройства вещи: «Веществуя, вещь дает пребыть собранно четверых — земле и небу, божествам и смертным — в *одно-сложности* их собою самой *единой* четверицы. Земля растит и носит, питая, плодит, хранит воды и камни, растения и животных. Говоря — земля, мы мыслим тут же, от простоты четырех, и остальных трех. Небо — это путь Солнца, бег Луны, блеск звезд, времена года, свет и сумерки дня, тьма

и ясность ночи, милость и неприютность погоды, череда облаков и синеющая глубь эфира. Говоря — небо, мы от простоты четверых мыслим тем самым уже и других трех. Божества — это намекающие посланцы божественности. Из нее, потаенно правящей, является Бог в своем существе, которое изымает его из всякого сравнения с присутствующим. Именуя божества, мы мыслим вместе уже и других трех от односложной простоты четверицы. Смертные — это люди. Они зовутся смертными, потому что в силах умирать. Умереть значит: быть способным к смерти как таковой. Только человек умирает. Животное околевает. У него нет смерти ни впереди, ни позади него. Смерть есть ковчег Ничто — т.е. того, что ни в каком отношении никогда не есть нечто всего лишь сущее, но что тем не менее имеет место, и даже — в качестве тайны самого бытия. Смерть как ковчег Ничто хранит в себе существенность бытия. Смерть как ковчег Ничто есть хран бытия. И будем теперь называть смертных смертными не потому, что их земная жизнь кончается, а потому, что они осиливают смерть как смерть. Смертные суть то, что они суть, как смертные, сохраняя свое существо в хране бытия. Они — осуществляющееся отношение к бытию как бытию» [7].

Вещь, по Хайдеггеру веществует в «игре» этой «четверицы». Эта игра может осуществляться только во времени. Но не во времени Аристотеля как последовательности исчезающе малых. Теперь, то, что нынче называется физическим временем, а в четырехмерном времени с просветом в вечность, которое мы называем субъективным психодинамическим (историческим) временем (см. выше). Расписав в статье эту игру «четверицы» в четырехмерном субъективном времени, мы и получили шесть психодинамических типов экзистенциала эмпирического «Я» личности как «бытийного устройства присутствия» эмпирического «Я» в мире. Фактически это экзистенциальные психодинамические типы личности, так как третий компонент личности, по У. Джеймсу, — «чистое Я» — не поддается научно эмпирическому исследованию [1].

Определение типа экзистенциала эмпирического «Я» личности обычно осуществляется психотерапевтом (и врачом, знакомым с основами психотерапии) интуитивно в опоре на анализ типа гештальт-контакта, как он представлен в гештальтпсихологии. Но схем контакта у разных авторов достаточно много. Мы предложили схему гештальт-контакта, основанную на модели субъективного времени [4], подробное описание которой не входит в задачи этого параграфа. Можно только добавить, что,

по нашему мнению, в соответствии с принятой в глубинной психологии терминологией «преконтакт» соответствует «Просвету» в табл. 1.1 и всем трем его переходам в Будущее, Настоящее и Прошлое. Переход Прошлого в Настоящее соответствует катексису, переход Будущего в настоящее — катарсису и переход Настоящего в Прошлое 2 — постконтакту и зарождению базовой тревоги... На наш взгляд, экзистенциал здоровья/болезни это и есть то знание (возможно, интуитивное), которое позволит лечить не симптомы, а целостного человека.

### Список литературы

1. Джеймс У. Психология. М.: Педагогика, 1991.
2. Лао Дзы Дао Де Дзинь. М.: Эксмо, 2002.
3. Левин К. Динамическая психология. М.: Смысл, 2001.
4. Ненашев М.И. Мартин Хайдеггер о сущем и бытии // Научно-культурологический журнал. 2012. № 6 [244]. 05.04.
5. Сочиево Д.В. Психодинамика. М.: МПСИ, 2007.
6. Хайдеггер М. Бытие и время. М., 2008.
7. Хайдеггер М. Время и бытие. М.: Республика, 1993.

## 1.2. Принципы и методы медико-психологической работы в пенитенциарных лечебных учреждениях

Основными принципами медико-психологической работы в пенитенциарных лечебных учреждениях являются:

- *принцип гуманности* — внимательное заботливое отношение, приоритет уважения личностного достоинства, защиты прав и интересов человека независимо от его доминирующих негативных индивидуальных характеристик, совершенного преступления, поведения;
- *принцип доступности и универсальности* — все осужденные независимо от политико-идеологических, религиозных, национальных, расовых, половозрастных, социально-статусных и иных особенностей должны иметь равные права и реальные возможности получения законной социальной помощи, поддержки, защиты;
- *принцип адресности* — оказание индивидуальной социальной помощи всем нуждающимся осужденным, особенно наиболее уязвимым категориям (инвалиды, престарелые, пенсионеры, больные, не имевшие определенного места жительства, рода занятий и др.), их социальное сопровож-



- дение в период исполнения наказания, а также содействие постпенитенциарной ресоциализации и реабилитации;
- *принцип добровольности* — социальная помощь не может оказываться вопреки воле осужденного, за исключением случаев, связанных с угрозой жизни и безопасности самих осужденных и иными обстоятельствами;
  - *принцип конфиденциальности* — неразглашение информации о личности и социальных проблемах осужденных, которая может нанести им различный вред, ущемить их права и достоинство, ухудшить ситуацию;
  - *принцип воспитательно-профилактической направленности* — создание условий для исправления осужденных, предупреждения возникновения новых сложных ситуаций, устранение причин, их порождающих;
  - *принцип стимулирования осужденного* — работа должна быть направлена на поиск и поддержку позитивного ресурса осужденного по самостоятельному разрешению своих проблем, а также личное самовоспитание;
  - *принцип толерантности* — терпимое профессиональное отношение, оказание помощи всем категориям нуждающихся осужденных, независимо от личных симпатий-антипатий, оценки обстоятельств и характера совершенного преступления, тяжести и его последствий, степени виновности и нравственно-правовой, психолого-педагогической деградации человека;
  - *принцип максимизации социальных и личностных ресурсов* — использование предусмотренных законом основных средств, способов и технологий исправления, привлечение государственных органов, неправительственных, добровольческих, благотворительных, правозащитных, религиозных и иных организаций и учреждений, а также частных лиц в целях разрешения проблем осужденного, создания условий для его нормального социального самочувствия и позитивного развития личности.

*Объектом медико-психологической деятельности* являются люди, которые оказываются в сложной жизненной ситуации и не способны самостоятельно разрешить возникшие перед ними проблемы по социальной адаптации к изменившимся условиям жизнедеятельности. Это могут быть и инвалиды, и пенсионеры, и лица, не имеющие жилья и соответственно прописки, подвергшиеся насилию и переживающие посттравматический синдром, и т.д.

*Методы* — способы достижения какой-либо цели; совокупность приемов и операций решения конкретной задачи. К *общим* методам относят сравнительный, системный. К *частным* методам относят метод наблюдения, анализ документов, опрос, анкетирование, мониторинг и пр. Итак, дадим краткую характеристику вышеуказанным методам.

*Сравнительный метод* — способствует выделению объектов сравнения, изучению их изменений в динамике в различные этапы общественно-политического и социально-экономического развития стран.

*Системный метод* — позволяет изучать сложившуюся у личности систему отношений, выявить все элементы медико-психологической работы, сравнить и проанализировать отдельные элементы медико-психологической работы.

*Частные методы* — позволяют провести анализ всего комплекса приемов, таких как наблюдение, анализ документов, анкет, посещение лечебных учреждений уголовно-исполнительной системы в целях ознакомления с опытом, проведение международных конференций, учебных семинаров, круглых столов, издание учебников, пособий, книг, обмен студентов и преподавателей.

*Первичная медико-санитарная помощь* оказывается в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-специалистами, а также соответствующим средним медицинским персоналом.

*Скорая медицинская помощь* оказывается учреждениями, подразделениями скорой медицинской помощи государственной или муниципальной системы здравоохранения в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения. Скорая медицинская помощь гражданам РФ и иным лицам, находящимся на ее территории, оказывается бесплатно.

*Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь* оказывается гражданам при заболеваниях, требующих специальных методов диагностики, лечения и использования сложных, уникальных или ресурсоемких медицинских технологий. Этот вид помощи оказывается врачами-специалистами лечебно-профилактических учреждений.

*Гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями,* перечень которых определяется уполномоченным Правительством РФ федеральным органом исполнительной власти, оказывается медико-социальная помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях бесплатно или на льготных условиях.

*Гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих,* перечень которых определяется Правительством РФ, медико-социальная помощь оказывается в предназначенных для этой цели учреждениях государственной системы здравоохранения в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

### 1.3. Психологические особенности осужденных и их учет в пенитенциарном лечебном учреждении

В отличие от соматически здорового осужденного личность больного изменяется и дополняется теми особенностями, которые вносит в нее болезнь, протекающая в отрыве от семьи, в условиях строго регламентированного распорядка дня, режима содержания. Поэтому в период обследования важно выяснить особенности отношения больного к болезни, лечению, взаимосвязь отношений с наиболее значимыми установками данной личности. Знание психологических особенностей отношения больного к болезни, связанных с этим его переживаний расширяет возможность активного вовлечения пациента в систему лечебно-реабилитационных мероприятий. Это позволяет врачу обоснованно применять дифференцированную тактику в целях коррекции представлений пациента о заболевании и самом себе.

Болезнь осужденного — это жизнь в «измененных» условиях. Все психологические особенности сознания больным человеком своей болезни можно довольно условно разделить на виды переживаний и реакций на заболевание. Сюда входят суждения о значении ранних проявлений болезни, особенности изменения самочувствия в связи с усложнением болезненных расстройств, на этапе обратного развития и восстановления здоровья, представления о возможных последствиях болезни для себя и окружающих, продолжении профессиональной деятельности и т.д. Особо следует подчеркнуть, что в центре внимания и интересов больного всегда стоят его субъективные переживания. Они имеют несколько сторон:

1) *сензитивную* (чувственную). Подразумеваются ощущения дискомфорта, слабости, боли и др.;

2) *эмоциональную*. К ней относятся надежда на выздоровление или неблагоприятный исход болезни, ее осложнение, переживание страха, тревоги;

3) *волевую*. В этом случае преобладает понимание необходимости принятия неотложных мер к преодолению болезни, обследованию и быстрому выздоровлению посредством активного лечения;

4) *рационально-информативную*. Она подчинена желанию знать подробности течения болезни, ее длительность, возможные варианты исхода (полное выздоровление, временная нетрудоспособность, инвалидность, смерть).

Значительные трудности для персонала представляют осужденные, имеющие различные психические отклонения. У таких осужденных нарушена адаптация, они склонны к деструктивному поведению, характеризуются постоянной конфликтностью, неспособностью ощущать свою вину и учиться на собственном опыте. Данные осужденные отличаются колебаниями психоэмоциональных состояний, утратой трудоспособности, грубыми нарушениями режима, частыми периодами декомпенсации, когда самим осужденным создается вокруг себя психотравмирующая обстановка, чтобы была возможность «выплеснуть» на других свои негативные переживания.

#### 1.4. Личностные особенности медицинского персонала уголовно-исполнительной системы и специфика его взаимодействия с осужденными

В исправительных учреждениях усилия врачей необходимо направить не только на предупреждение возникновения болезненных расстройств или их декомпенсации у осужденных, но и на то, чтобы предупредить у больного возникновение безнадежности, безысходности, тоски, обреченности. Медицинский персонал обязан вовремя подавать надежду больному, казалось бы, в безвыходной ситуации, формировать правильное отношение к течению заболеваний и возникающими трудностями и не создавать негативных реакций. Речь, прежде всего, идет не только о явных оскорблениях личности (словами, жестами, поступками), но и равнодушии к больному осужденному, его здоровью, чрезмерное внимание к одним и безразличие к другим.

У многих больных наблюдается тенденция на осторожную установку изучения микросоциального окружения. Наиболее

трудная для изучения категория больных, которые приспосабливаются к условиям отбывания наказания и микросоциальному окружению. «Приспособленцы» знают внешне, как себя вести, но внутренне (психологически) не признают систему норм и ценностей новой социальной среды, хотя внешне проявляют к ней определенную терпимость (конформизм).

Врачи всегда должны помнить о тесной взаимосвязи психического и соматического как единого целого состояния организма человека в механизме развития болезненных расстройств. Особого внимания заслуживают депрессивные нарушения различной степени выраженности — от легкого угнетенно-подавленного настроения до выраженной депрессии. Во время этих состояний у спецконтингента нередко возникают аутоагрессивные и суицидальные попытки или агрессивные действия. Эти состояния должны своевременно диагностировать врачи и проводить соответствующие терапевтические мероприятия по их предупреждению в исправительных учреждениях.

В последнее время необходимо выделить раздел этики, касающийся медицинского персонала исправительных учреждений. Применительно к медицинской практике это вопросы о долге, моральной обязанности и профессиональной этике врача, и медицинской сестры.

Решение этических проблем особенно важно в лечебных учреждениях уголовно-исполнительной системы, где складываются сложные межличностные отношения в коллективах осужденных и ответственные взаимодействия медицинского персонала с больными и медицинской части с другими службами. Именно здесь существенную роль играют разнообразные формы психологического влияния медицинских работников на осужденных при непосредственном и опосредованном контактах с ними. При этом большое значение имеют личные особенности врача и медицинской сестры, ошибки, совершаемые ими в выполнении служебных обязанностей, сохранение профессиональной тайны, реализация других вопросов, характерных только для деятельности медицинских учреждений мест лишения свободы.

Профессиональная деятельность врача в основном протекает во взаимодействии с больным человеком, чрезвычайная сложность которого определяется не только биологическими особенностями организма, но главным образом общественными связями, специальными ограничениями и зависимостями в условиях содержания в местах лишения свободы и довольно сложными взаимоотношениями осужденных.

*Профессионализм врача* лишь инструмент, применение которого зависит и от других сторон личности врача: умение завоевать доверие больных не показным проявлением сочувствия, а истинным чувством сопереживания каждому из них. Врач любой специальности обязан владеть основами медицинской психологии, приобретать опыт и навык в соблюдении этических норм и принципов поведения в своей практической деятельности. Именно поэтому к личности врача предъявляются высокие требования к исполнению им как служебного, так и профессионального долга и наличию следующих профессиональных качеств.

*Всестороннее образование врача.* Оно должно быть более полным, глубоким, сопровождаться самовоспитанием нравственности. Для эффективной деятельности врач должен обогащать себя знаниями, нравственными привычками, значительно превосходящими аналогичные качества больных. Образованность, практический опыт и интуиция врача способствуют повышению его авторитета у руководства учреждения и спецконтингента, что представляется немаловажным фактором в служебной деятельности медицинского работника.

*Авторитет врача.* Имеет большое значение для установления контактов и налаживания общения с больными. Авторитет врача — это, прежде всего, глубокие знания и опыт работы в своей области медицины, умение их применить при организации медицинского обеспечения осужденных, выбор оптимальной тактики врачебного поведения, его доброжелательность, искренность, сердечность, скромность, моральный облик. Главная цель профессиональной деятельности врача — улучшение здоровья больных и предупреждение заболевания у здоровых. Благоприятное психологическое влияние на больного — одно из качеств, составляющих авторитет врача. Он приобретает авторитет у больных в том случае, если как личность гармоничен, спокоен и уверен, но не надменен, и если его манера поведения — быстрая, настойчивая и решительная, сопровождается человеческим участием, деликатностью и ответственностью, умением владеть собой при всех обстоятельствах.

*Правдивость врача.* Одно из важных качеств, неизбежная особенность в его деятельности. Эта черта, прежде всего, заключается в порядочности, умении взять на себя ответственность за свои высказывания, поступки и действия. Это должно быть определено при организации и проведении мероприятий по оказанию медицинской помощи больным, находящимся

в лечебном учреждении, и особенно в случае негативных последствий в состоянии их здоровья. Необходимые элементы этого — компетентность врача и убежденность в правоте своих поступков, основанных на знании, опыте и интуиции, понимании тонких психологических процессов, происходящих с больными, окружающими его осужденными и медицинскими работниками, понимании логичности, последовательности и искренности действий врача.

Даже при неблагоприятном исходе лечения, но проявлении к больному человечности, доброжелательности и бережного отношения к психике его товарищи и близкие родственники поймут, что врач сделал все, что было в силах. Врач должен проявлять индивидуальный подход в выборе средств и методов лечения, давать правильную оценку эффективности тактики лечения.

*Взаимоотношения врача с больным* раскрывается через многие сложные психологические взаимосвязи. Самым главным является установление контакта с больным, завоевание его доверия. Уже при первом контакте с больным происходит взаимное изучение, причем больной знает о враче больше, чем тот о больном. Но возможно возникновение и психологического барьера, недоверия к врачу, возникающее от грубых окриков, обращения к больному на «ты», посредством кличек и прозвищ, упреков за содеянное. Особенно молодым врача свойственна несдержанность. Следует сказать, что профессия врача — это подвиг, она требует самоотверженности, чистоты души чистоты помыслов.

*Медицинская сестра.* Личность медицинской сестры во многом определяется ее профессиональными обязанностями. Она не только выполняет назначения, процедуры, предписанные больным, и осуществляет уход за ними, но и оказывает положительное воздействие на психику больных, что имеет, особенно в больничных учреждениях, большое воспитательное значение. Скорейшему выздоровлению больного способствуют манера поведения медицинской сестры, ее внимание и доброжелательность. Такую медицинскую сестру ждут больные, так как она создает необходимый психологический климат в клиническом отделении больницы.

Чтобы завоевать авторитет у осужденного, медицинская сестра всегда должна быть подтянутой, опрятной, одета в чистую одежду, служить образцом чистоты и аккуратности, скромности и вежливости. В работе медицинской сестры, как и врача,

большое значение имеет слово. Медицинская сестра должна быть приветливой, спокойной и выдержанной. Ей нельзя спорить с больными, повышать голос, следует помнить: «Слово — лечит, слово — ранит». От медицинских работников осужденный ожидает исцеления и поэтому своим обостренным вниманием следит за действиями медицинской сестры. Залогом успеха в работе медицинской сестры является сочетание в ее поступках сердца и разума. Именно поэтому не следует в присутствии больного употреблять непонятные ему термины, обсуждать диагноз заболевания, врачебные назначения.

Хорошим профессиональным качеством медицинской сестры является наблюдательность. Необходимо постоянно развивать и воспитывать в себе эту способность. Особенно важно следить за психологическим состоянием больного осужденного. Медицинская сестра обязана отвлечь пациента от тяжелых мыслей, связанных с заболеванием, внушить ему веру в выздоровление. У каждой медицинской сестры свой подход к больным. Но каждый из них в работе должен сопровождаться теплотой, отзывчивостью, вниманием, профессиональной заботой о больном, сочувствием к его страданиям и просто человеческим участием. Находясь среди больных, медсестра должна понимать их проблемы, а не решать их самостоятельно, не посоветовавшись с врачом. Она должна четко и внимательно выполнять назначения врача и его указания, четко исполнять свои должностные обязанности, возложенные на нее.

Следует обратить внимание на то, что принципы профессиональной этики не допускают никаких личных отношений между медицинскими сестрами и больными, особенно таких проявлений, которые общество оценивает как «любовные ухаживания». По личным особенностям и выполнению служебных обязанностей медицинские сестры группируются на шесть психологических типов:

1) *медсестра-рутинер*. Наиболее характерной чертой является механическое выполнение своих обязанностей. Она выполняет все, что необходимо для ухода за больным, но осуществляет его формально, бездушно, безразлично;

2) *медсестра, «играющая заученную роль»*. Для такой медицинской сестры характерна искусственность;

3) *«нервная» медсестра*. Это эмоционально лабильная личность, склонная к невротическим реакциям. Для нее характерны раздражительность, вспыльчивость, грубость;



4) *медсестра, имеющая мужеподобный характер*. Она отличается большой настойчивостью, решительностью, деловитостью, нетерпимостью к малейшим беспорядкам или отклонениям в распорядке дня, приема лекарств, выполнения процедур. Она может быть хорошим организатором;

5) *медсестра материнского типа*. Она выполняет свою работу с проявлением максимальной заботливости и сочувствия к больным. Забота о больном — для нее жизненное призвание;

6) *медсестра-специалист*. Такая медсестра фанатически предана своей узкой специализации.

Таким образом, от медицинских сестер в лечебных учреждениях УИС требуются высокая служебная и профессиональная дисциплина, четкое выполнение своих обязанностей. Достичь успехов в работе медицинская сестра сможет лишь с помощью постоянного повышения своих знаний и практических навыков. Она обязана содействовать повышению авторитета врача. Тогда она станет настоящей помощницей врача в воплощении этических принципов в любом исправительном учреждении.

Эмпирическое исследование по изучению особенностей взаимодействия медицинского персонала с осужденным состояло из двух этапов: на первом опросу и наблюдению подвергались осужденные, на втором — сотрудники медицинской части медицинского учреждения ФСИН России.

Инновационный компонент [1] проведенного исследования состоял в том, что первый этап был направлен на выявление причин недовольства осужденных по отношению к медицинскому персоналу учреждения, которое выражалось в вербальном негативизме. В ходе исследования осужденным предоставлялась возможность самостоятельно написать пожелания медицинскому персоналу, что хорошо отображено в анкетах. В исследовании принимали участие 48 осужденных.

Бланк опросника включал в себя шесть основных вопросов с разделением на несколько подпунктов и один вопрос — дополнительный, где каждый осужденных мог выразить свои пожелания и предложения медицинскому персоналу.

Исходя из обобщенных данных исследования, можно сделать выводы.

Так как в данном учреждении осужденные содержатся достаточно короткий промежуток времени (до одного месяца — 54%, от одного до трех месяцев — 27%, больше трех месяцев — 19%), данный фактор сказывается на том, что большинству

осужденных неважно, кто их лечащий врач и сколько времени они будут находиться в учреждении (прибыли в учреждение, чтобы отдохнуть от жизни в колонии или по оперативным соображениям). Поэтому таких осужденных устраивает работа врачей и медицинских сестер, которые приходят на осмотр к больным один раз в неделю (указали на это 42% осужденных) либо уделяют достаточно много внимания (56%), но если вопрос касается эмоционального состояния осужденных, которое у них выражено наиболее явно, то выясняется, что оно не изменилось во время отбывания наказания в учреждении (46% опрошенных). Поэтому осужденных, прежде всего, интересуют другие моменты пребывания, а процесс лечения отходит на второй план. Не исключено, что многие из них стремятся поправить свое здоровье параллельно с решением других проблем.

Находясь на лечении, осужденные испытывают душевное равновесие и спокойствие. Но, несмотря на положительные отзывы о работе медицинского персонала, судя по заполненным анкетам, осужденные непроизвольно указывают на определенное чувство недовольства работой врачей и медицинских сестер. Этот аспект можно проследить в вопросе № 7, где они самостоятельно выражают свои пожелания.

Например, «быть повнимательнее к больным», «работать, как положено», «чтобы относились к пациентам, как к людям», «работать добросовестнее» и т.д. Такие пожелания высказали больше половины опрошенных, несмотря на ответы самой анкеты.

Второй этап исследования проведен с участием медицинского персонала учреждения (как писалось ранее), где принимали участие и врачи, и медицинские сестры. Цель данного опроса — выявить особенности лечебного процесса по мнению медицинских работников учреждения, отношение к ним осужденных.

В ходе исследования медицинским работникам предоставлялась возможность самостоятельно выразить предпосылки, на их взгляд, развития более эффективного лечения осужденных во избежание каких-либо неприязненных отношений. В исследовании принимали участие 17 медицинских работников.

Опросный лист включал в себя пять основных вопросов с разделением на несколько подпунктов и один вопрос — дополнительный, где каждый сотрудник имел право выразить свои предложения по развитию более эффективного лечения осужденных и улучшению лечебного процесса (приложение 3).

Исходя из обобщенных данных исследования, можно сделать следующие **выводы**.

Большинство сотрудников медицинского персонала учреждения работают от 1 года до 5 лет (53% опрошенных), 41% медиков отработали в учреждении больше 5 лет. Данный фактор говорит о том, что сотрудники хорошо изучили специфику работы в больнице, в состоянии выполнять свои служебные обязанности в полном объеме.

Большинство сотрудников-медиков устраивает их вид профессиональной деятельности, специфика работы в лечебном учреждении для осужденных (53% опрошенных), 47% — частично удовлетворены своим трудоустройством. Большинство медиков добросовестно и неформально относятся к выполнению своих служебных обязанностей — 71%, лишь 24% иногда хотели бы расслабиться, но так, чтобы не помешало работе. Поэтому можно утверждать, что сотрудники спокойно относятся к высказываниям осужденных в свой адрес, мало обращают внимания на факт их наличия. Со слов медиков, большинство осужденных отзываются положительно об их деятельности — 76%, 41% спецконтингента, со слов опрошенных, высказывают изредка некоторое недовольство, грубят и лишь 24% считают, что осужденные проявляют безразличие к деятельности медиков.

Ссылаясь на добросовестность выполнения своих служебных обязанностей, медики считают, что их деятельность является эффективной и приносит положительные результаты для осужденных (41% опрошенных), однако 53% считают, что организация лечения не всегда соответствует существующим стандартам.

Таким образом, по результатам проведенных исследований среди осужденных учреждения и медицинского персонала необходимо сделать следующие выводы как для осужденных, так и для медицинского персонала, что будет способствовать оптимизации профессионального взаимодействия медицинского персонала и осужденных. Данные выводы способны создать предпосылки для эффективного лечения осужденных в любом медицинском исправительном учреждении или медицинской части колонии.

1. Осужденные положительно относятся к медицинскому персоналу, отдавая свое здоровье в их руки. Данный фактор можно использовать в целях благоприятного исхода лечения:

чаще навещать своих больных, давать компетентные, но доступные рекомендации, справляться о состоянии здоровья, тогда сами осужденные будут спокойнее и вежливее в контактах с медицинским персоналом.

2. В общении с осужденными не допускать грубости, что положительно скажется на психике самого осужденного и эффективности лечения.

3. Больше обращать внимание на повышение квалификации медицинских работников, уделять внимание их профессиональной грамотности, улучшать методы диагностики.

4. Необходимо проводить с осужденными санитарно-просветительскую работу, направленную на разъяснение существующих проблем, связанных с их здоровьем, настраивать осужденных на соблюдение ими распорядка дня, режима лечения, который предписал врач.

5. Медицинским работникам соблюдать личную служебную дисциплину, добросовестно относиться к выполнению своих служебных обязанностей, проявлять стремление к новым знаниям и методам лечения.

### *Список литературы*

1. Ушатиков А.И., Ганишина И.С. Проблемы психологического обеспечения инновационной деятельности в уголовно-исполнительной системе: ретроспективный анализ и современное состояние // Прикладная юридическая психология. 2015. № 4. С. 38—43.

### 1.5. Полиграф как метод диагностики аддиктивных состояний и личностных расстройств в учреждениях уголовно-исполнительной системы

Процесс реализации Концепции развития пенитенциарной (уголовно-исполнительной) системы (от лат. *penitentia* — раскаяние) связан с обеспечением сбалансированности процессов сохранения и обновления количественного и качественного состава кадров, повышения их профессиональной компетенции, уровня дисциплины и безопасности. Сотрудник УИС должен быть профессионалом своего дела, кристально чистым и высокоморальным человеком, патриотом и защитником людей, также обеспечивающим охрану прав, свобод и законных интересов осужденных и лиц, содержащихся под стражей.

Качественный подбор и расстановка кадров, а также профилактика правонарушений и преступлений среди сотрудников пенитенциарной системы обеспечиваются проведением специальных психофизиологических исследований с применением полиграфа<sup>1</sup>. Общепсихологические основания использования полиграфа в практической деятельности по составлению представлений о личности человека, некоторых существенных содержаниях ее внутреннего мира, в особенности тех, которые человек хочет скрыть, имеют давнюю историю и с позиций современной психологии не являются чем-то новым. Эпитафом к полиграфической теории вполне можно предложить древнегреческое изречение: «Юпитер, ты сердишься, значит, ты не прав»<sup>2</sup>.

В Древнем Китае существовал такой способ обнаружения истины. Когда судья зачитывал обвинение, подсудимый брал в рот горсть сухого риса. Считалось, что от страха перед правдой приостанавливалось слюноотделение. Если рис оставался сухим, человек автоматически признавался виновным. Не менее интересный способ был придуман и в Древней Индии. Обвиняемому называли слова, связанные с преступлением. Он должен был отвечать и тихо ударять в гонг. Если соврет, рука дрогнет, гонг зазвучит громче. А в ряде стран в руку подозреваемому лицу клали хрупкое яйцо. Изменение реакции человека на ситуацию по пульсу активно практиковал в арабском мире Авиценна. Одним из последних существенных теоретических достижений на этом пути был ассоциативный метод З. Фрейда, который оценивал задержки времени реакции на те или иные слова, что свидетельствовало об особой их эмоциональной окрашенности для испытуемых.

Отношение к полиграфу в мире далеко не однозначное. Сегодня считается, что опытным специалистам удается выявлять лживые ответы с вероятностью 90—95%. В ряде стран, скажем Германии и Польше, данные полиграфа не рассматриваются судами в качестве доказательств. Верховный суд США в своем решении от 1998 г. постановил, что вопрос о применении

<sup>1</sup> Концепция развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года: утв. распоряжением Правительства РФ от 14.10.2010 № 1772-р // СЗ РФ. 2010. № 43.

<sup>2</sup> Социевко Д.В., Крымова Ю.В. К вопросу о психодинамике реагирования на полиграфические обследования при приеме на службу (учебу) // Прикладная юридическая психология. 2015. № 1.

в судах данных полиграфа в качестве доказательств должен решаться самостоятельно в юрисдикциях штатов и округов<sup>1</sup>.

*Полиграф* (от греч. poly — много, graphos — пишу) — это техническое устройство, представляющее собой комбинацию медико-биологических приборов, позволяющих фиксировать динамику психофизиологических реакций лица на вопросы, задаваемые полиграфологом.

Прибор является пассивным регистратором процессов, протекающих в организме человека, и не оказывает на них обратного влияния. Полиграф остался всего лишь инструментом, с помощью которого регистрируются физиологические реакции: полиграф не определяет ни правдивости, ни лживости, ни тем более виновности опрашиваемого лица.

Как писал А.Р. Лурия, совокупность образов, прямо или случайно связанных с преступлением, породившим сильное эмоциональное переживание, образует в памяти человека прочный комплекс. Искусственная активизация одного из элементов этого комплекса, даже против воли субъекта, автоматически воссоздает в сознании все его элементы. Важно и то, что преступник стремится скрыть не только свое участие в преступлении, но и сопряженные с ним переживания, в том числе связанные как с самим преступлением, так и с его отдельными деталями, которые оказываются резко эмоционально окрашенными для преступника и практически не касаются заподозренного ошибочно<sup>2</sup>.

Теоретически не исключено случайное появление у обследуемого лица сильно выраженных реакций на значимый раздражитель, несмотря на то что в действительности он непричастен к преступлению, однако «в высшей степени неправдоподобно, чтобы такие совпадения носили систематический характер и повторялись при ответах на различные вопросы»<sup>3</sup>.

Использование полиграфа позволяет объективно отразить субъективную значимость того или иного стимула для индивида.

<sup>1</sup> Мязлик Н.И. К вопросу об эффективности специальных психофизиологических исследований в кадровой работе // Российский полиграф. 2007. № 3.

<sup>2</sup> Комиссарова Я.В. Методические аспекты психофизиологического исследования с применением полиграфа // Российский судья. 2006. № 2.

<sup>3</sup> Комиссарова Я.В. Особенности невербальной коммуникации в ходе расследования преступлений. М.: Юрлитинформ, 2004.

*Под специальным психофизиологическим исследованием с применением полиграфа* (далее по тексту — СПФИ) понимается процедура регистрации психофизиологических показателей обследуемого с использованием технических средств (полиграфного устройства) при предъявлении словесных или зрительных стимулов, осуществляемая для оценки достоверности сообщаемой информации по проявлению его психоэмоциональных реакций.

**Процедура проведения психофизиологического исследования с применением полиграфа.** Повышение эмоционального напряжения при участии человека в СПФИ теснейшим образом связано с ростом нейрофизиологической активности коры и глубинных структур головного мозга, которые контролируют низшие отделы мозга, регулирующие физиологические функции организма. Реакции обследуемого, являющегося носителем идеальных следов события и обстоятельств преступления, фиксируются полиграфом с помощью датчиков, закрепленных на различных частях тела участника процедуры. При этом главной задачей полиграфолога является вынесение на основе оценки соотношения физиологических реакций обследуемого на те или иные стимулы суждения о субъективной значимости для него этих стимулов, свидетельствующей о наличии в памяти человека идеальных следов какого-либо события или его отдельных элементов, факт выявления которых может служить ориентиром при решении вопроса о том, скрывает ли обследуемый определенную информацию. Выводы по вопросам, поставленным на разрешение полиграфолога, делаются на основе комплексного анализа полученных в ходе исследования результатов.

Полиграф в наиболее распространенных выпускаемых модификациях рассчитан на регистрацию следующих физиологических показателей: изменения частоты и глубины дыхания, изменения частоты пульса, величины кожно-гальванической реакции, относительной величины давления, тремора. Количество регистрируемых физиологических параметров зависит от конфигурации полиграфа.

При проведении СПФИ существуют ограничения, при наличии которых проводить исследование нежелательно, так как результаты будут недействительны:

- физическое или психическое истощение (сильная усталость) — при таком состоянии притупляются физиологические реакции;

- острая сердечная недостаточность — наличие боли в области сердца заглушит эмоциональную боль от вопросов;
- психическое заболевание или расстройство;
- алкогольное опьянение, употребление наркотиков или сильно действующих лекарств;
- наличие данных о беременности;
- острая боль;

В процессе тестирования полиграф фиксирует физиологические реакции человека, в том числе обозначающие наиболее волнующие для него вопросы. Построенный по специальным методическим правилам опрос позволяет с вероятностью 90—95% делать выводы о том, связано ли данное волнение человека с ложью на задаваемые вопросы или нет.

Таким образом, использование полиграфа при опросе по специальной методике способно связать проявляемое человеком волнение именно с ложью, а не с чем-либо другим. При кадровых проверках ложь человека при ответах на задаваемые вопросы, естественно, связана с попыткой скрыть негативную информацию о себе.

В самых общих чертах методика использования полиграфа при кадровом отборе основана на использовании следующей закономерности. Если человеку, совершившему правонарушение, предъявить стимул (воздействие), то это вызывает устойчивые психофизиологические изменения, превышающие реакции на другие стимулы. Последующий сравнительный анализ позволяет выяснить стимулы, наиболее эмоционально значимые для обследуемого. Если они связаны с преступлением, а обследуемый отрицает свое участие в нем, то, скорее всего, это связано с его причастностью к расследуемому правонарушению.

Вместе с тем следует сразу обозначить необходимость очень корректного соблюдения правил проводимого СПФИ. Например, в психофизиологических реакциях могут быть обнаружены специфические признаки, указывающие на природу эмоциональных процессов, вызвавших эти реакции. В равной степени это могут быть удивление, испуг, радость, ситуативная тревожность и т.д. Поэтому разделение реакций, обусловленных утаиванием информации, от реакций иной природы может быть усложнено из-за несоблюдения весьма строгих условий проведения опроса на полиграфе.

Каким же образом при проведении СПФИ из оценки реакций обследуемого можно получить информацию, полезную для



вынесения решения о его профессионально-психологической пригодности к службе? Поясним этот процесс на следующем примере.

Допустим, при объективном осмотре врач-психиатр обнаруживает у кандидата на службу на внутренней поверхности левого предплечья несколько линейных параллельных шрамов, и кандидат на службу утверждает, что не наносил себе самоповреждений (самопорезов), а его, например, оцарапала кошка. Тогда при постановке диагноза врач-психиатр сталкивается с двумя версиями: кандидат действительно не наносил себе самопорезов или все-таки наносил, но при этом скрыл данный факт.

Именно в подобной ситуации особенно эффективна помощь врачебной комиссии опроса на полиграфе.

Процедура тестирования в описанном случае будет заключаться в следующем. Полиграфолог по специально созданной методике задает вопрос: «Вы наносили себе самоповреждения на левой руке?»

Если обследуемый наносил себе порезы и скрывает это, то предъявляемый вопрос при исследовании для обследуемого будет субъективно более значим, чем остальные вопросы. Естественно, все эти факторы вызовут более сильные психофизиологические реакции, которые регистрирует полиграф. И в данном случае можно смело (с вероятностью 90—95%) утверждать, что волнение, проявленное обследуемым и зафиксированное полиграфом, связано с попыткой скрыть (а это значит давать ложный ответ) факт нанесения себе самопорезов.

Для человека, не наносящего себе самоповреждения, все предъявляемые стимулы-вопросы будут равноценно нейтральными. Отрицая нанесение себе самопорезов, человек не скрывает каких-либо фактов. Поэтому возможное появление более сильной реакции на какой-либо стимул-вопрос будет носить случайный характер. Так как тест будет основан на предъявлении нескольких стимулов-вопросов, то вероятность совпадения случайной сильной реакции с предъявлением вопроса, связанного с нанесением обследуемым себе самопорезов, а в действительности не совершающего таких действий, будет очень мала (например, 20%). Одно из основных правил тестирования обязывает полиграфолога проводить один и тот же тест не менее двух раз. Поэтому после второго тестирования вероятность ошибки уменьшается еще больше (4%). Если обследуемый не наносил себе самопорезов, то после проведения двух тестов

в 96% случаев реакции на предъявление данного стимула вопроса не будет.

Таким образом, если до проверки на полиграфе, две выдвинутые версии («наносил — не наносил») были равновероятными, то после проверки одна из них станет более определенной и может служить ориентиром при планировании последующих психолого-психиатрических обследований.

Основы опроса на полиграфе можно обобщить в нескольких выводах.

Во-первых, полиграф кроме психофизиологических реакций, определяющих наиболее волнующие человека моменты в ответ на предъявляемые стимулы, ничего не регистрирует и никакую ложь или правду сам по себе выявить не может.

Во-вторых, построенный по определенным правилам опрос позволяет с вероятностью 90—95% утверждать, связано ли проявляемое человеком волнение с попыткой скрыть что-либо или не связано. На этой основе полиграфолог может определить: имеет ли место наличие скрываемой информации по факторам риска, имеющим значения для службы или учебы в уголовно-исполнительной системе.

И наконец, в-третьих. Сфера прикладного применения исследований на полиграфе определяется самой природой получаемых с помощью этого прибора результатов, которые носят вероятностный характер. Хорошо известно, что доказательственное значение имеет лишь категорический положительный или отрицательный вывод. Вероятное заключение не является доказательством и может быть использовано лишь в качестве дополнительной, уточняющей информации. Таким образом, единственной сферой практического применения данного психофизиологического метода в деятельности органов уголовно-исполнительной системы является получение ориентирующей информации. Проверки на полиграфе при работе с кадрами именуется *скрининговыми* (от англ. screen — просеивать, проверять на благонадежность). Они обеспечивают выявление отрицательных мотивов службы в уголовно-исполнительной системе, исключают поступление на службу лиц с корыстной мотивацией, экстремистской направленностью, склонных к нарушению законности и дисциплины, имеющих в анамнезе аддиктивные формы поведения.

Необходимо особо отметить, что в результате проверок у обследуемых лиц наблюдается выявление одновременно несколь-

ких негативных биографических данных из категории скрываемой информации. Данная тенденция не является частным или случайным проявлением, а отражает асоциальные проявления у отдельной части граждан. Так, соотношение количества лиц, скрывающих информацию, и количества случаев негативной информации составило 1:1,5, что позволяет сделать вывод о многофакторности встречаемости асоциальных явлений. Аддиктивное поведение часто сопровождается совершением правонарушений и дисциплинарных проступков, за которые обследуемые не привлекались к ответственности.

Выявляется и противодействие работе полиграфа. Такие сознательные действия (намеренное противодействие) обследуемых лиц являются показателем наличия какой-либо скрываемой информации и наилучшим образом иллюстрируют эффективность использования полиграфа в кадровой работе как профилактического средства. Актуальность внедрения проверок на полиграфе в профессиональный психологический отбор в настоящее время многократно возросла в связи с неблагоприятной наркологической ситуацией. Выросло число молодых людей в ситуации, например, приема на службу и учебу в уголовно-исполнительную систему в возрасте от 17 до 25 лет, употребляющих курительные смеси, травку, гашиш. В результате проведенных СПФИ по частоте встречаемости обнаруживаются следующие «факторы риска»: употребление наркотических и психотропных веществ в немедицинских целях; наличие расстройств поведения, связанных с употреблением алкоголя; суицидальное поведение; сокрытие неблагоприятных фактов биографии.

Обследуемые, стремясь приукрасить свою биографию, откорректировать ее в соответствии с требованиями, предъявляемыми к сотрудникам органов уголовно-исполнительной системы, зачастую не сообщают информацию, которая, по их мнению, может каким-то образом умалить их авторитет. Во-первых, это сокрытие неблагоприятных фактов биографии (например, стремление завуалировать истинное отношение к алкоголю, наркотикам, психоактивным веществам). Во-вторых, малозначительные факты биографии, утаиваемые опрашиваемыми из-за желания соответствовать образу будущего идеального сотрудника органов уголовно-исполнительной системы (например, мелкие кражи в магазинах, лишение родительских прав одного из родителей, безработные родители).

Многие кандидаты не желают сообщать о своем интересе к сайтам в Интернете, содержащим порнографические материалы. Другие интересуются доступной информацией о запрещенных организациях, не участвуя в таковых, тем не менее боятся показать себя не в лучшем свете.

Скрывая подобные факты, никоим образом не компрометирующие обследуемого, тем не менее он все же находится в состоянии стресса, которое неизбежно фиксируется в ходе предтестовой беседы и самого тестирования на полиграфе. Это может быть истолковано не в пользу кандидата и требует дополнительного времени на обсуждение и использование уточняющих методик. Не менее важным остается вопрос и о риске суицидального поведения, склонности к аутоагрессии у кандидатов на учебу.

Таким образом, участие в опросе с использованием полиграфа для добросовестного человека является реальным шансом заслуженно получить приоритет при поступлении на службу или учебу в уголовно-исполнительную систему, ускорить и упростить процесс «акклиматизации» в новом коллективе. Это также возможность обратить внимание на имеющиеся проблемы в области психологического здоровья и получение ранней психотерапевтической и медицинской помощи.

#### *Список литературы*

1. Концепция развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года: утв. распоряжением Правительства РФ от 14.10.2010 № 1772-р // СЗ РФ. 2010. № 43.
2. Сочиево Д.В., Крымова Ю.В. К вопросу о психодинамике реагирования на полиграфические обследования при приеме на службу (учебу) // Прикладная юридическая психология. 2015. № 1.
3. Мягих Н.И. К вопросу об эффективности специальных психофизиологических исследований в кадровой работе // Российский полиграф. 2007. № 3.
4. Комиссарова Я.В. Методические аспекты психофизиологического исследования с применением полиграфа // Российский судья. 2006. № 6.
5. Комиссарова Я.В. Особенности невербальной коммуникации в ходе расследования преступлений. М.: Юрлитинформ, 2004.

## Некоторые социально значимые заболевания подозреваемых, обвиняемых, осужденных и специфика оказания им медико- психологической помощи

## 2

### 2.1. Ментальные расстройства несовершеннолетних обвиняемых, подозреваемых, осужденных за насильственные преступления

Несмотря на общее снижение числа подростковой преступности (согласно статистике МВД и Верховного суда РФ за 2018 г.), увеличилось число насильственных преступлений, совершенных несовершеннолетними с особой жестокостью. По данным ряда исследований, среди такого рода преступности особую роль играет криминальное поведение несовершеннолетних с метальными расстройствами личности, при этом опережая преступность, осуществляемую «взрослыми».

Под термином «ментальность» (от лат. *mens*) подразумеваются разум, образ сознания, души, мышления. Ментальное, или психическое, расстройство личности в широком понимании означает состояние психики, которое отличается от здорового, нормального, однако его не стоит путать с проявлением отрицательных черт характера или сторон личности [14].

Таким образом, соответствующими критериями наличия психического расстройства являются критерии, обратные тем, которые относятся к психическому здоровью, т.е. нарушение постоянства и интегрированности своего физического и психического Я, отсутствие критичности к себе и своим поступкам, неспособность управлять своим поведением в соответствии с нормами, принятыми в обществе, общая неприспособленность к изменениям в жизненных обстоятельствах, отсутствие способности планировать, реализовывать цели жизнедеятельности и др.

В классификации МКБ-10, разработанной Всемирной организацией здравоохранения, описываются такие психические расстройства, как аффективные, невротические, связанные со стрессом, с употреблением психоактивных веществ, с физиологическими нарушениями, умственная отсталость, расстройства поведения, начинающиеся в детском и подростковом возрасте, и др.

Росту преступности несовершеннолетних с ментальными расстройствами личности способствуют пропаганда средствами массовой информации насилия, безнравственности, жестокости, бездуховности, а также моральное разложение общества, особенно молодежи.

Резкое социальное расслоение населения особенно болезненно воспринимается подростками в силу своих возрастных особенностей. Невозможность достижения несовершеннолетними с психическими расстройствами пропагандируемых жизненных благ, отсутствие должного воспитания, укоренение в сознании подростков вседозволенности обуславливают их активное вовлечение в преступную деятельность. Дополнительными социально-психологическими детерминантами такой преступности выступают деформация правосознания и самосознания, низкий уровень правовой и нравственной культуры, безответственность, недостаточный самоконтроль и неумение анализировать последствия своего поведения.

К сожалению, правоохранительные органы не всегда способны своевременно выявить психические нарушения личности несовершеннолетнего преступника, воспринимая их противоправные действия как следствие психологической незрелости, несформированной личности подростка, неспособности оценивать свои поступки и соотносить их с поведением, принятым в обществе. В результате это понижает способность объективно оценивать весь масштаб преступлений, совершаемых несовершеннолетними с ментальными расстройствами личности, а также своевременно реагировать и оказывать непосредственную помощь при ее проявлениях [5].

На сегодняшний день исследователи, которые занимаются проблемой взаимосвязи психических расстройств и преступным поведением несовершеннолетних (Ю.М. Антонян, М.В. Виноградов, А. Гурьева, В.П. Емельянов и др.), утверждают, что среди совершивших убийства, изнасилования, разбои, нанесение тяжких телесных повреждений большая часть из них имеет ментальные расстройства (при этом не влияя на их невменяемость). Данные авторы выделяют следующие психические расстройства, свойственные несовершеннолетним правонарушителям: злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами, различного рода психопатии, последствия черепно мозговых травм, органические заболевания ЦНС, умственная отсталость, наркомания, шизофрения, реактивные состояния, эпилепсия, пограничные состояния, депрессия, неврозы и др.

Одной из актуальных тем изучения ментальных расстройств несовершеннолетних является природа их происхождения. В.П. Емельянов признавал роль социальных факторов в преступности несовершеннолетних с психическими расстройствами [9]. О.Ф. Семенова и И.А. Кудрявцев указывают на биологический фон подростковой преступности, который заключается в высокой частоте различных психических расстройств, в осложненных родах и органической патологии [11].

В.М. Литвишков, Д.В. Пестриков, Р.М. Воронин, О.В. Ковачев, А.В. Датий, Е.А. Кожевникова [10], А.В. Митькина считают, что категория несовершеннолетних, содержащихся в местах лишения свободы, является достаточно сложной, в связи с тем что объектом исправления являются подростки, которые имеют своеобразный уклад психики в силу особенностей своего развития, в том числе социально отягощенные дефекты интеллектуального и психофизиологического развития. К данным дефектам относятся: нарушения разного рода деятельности организма, возникшие в пренатальный период, во время родов, а также раннем детском возрасте; выраженное с детского возраста нарушение невропатологических черт и патохарактерологических реакций; низкий уровень интеллектуального развития, который предопределяет трудности в учебе, труде, социальном опыте, в общении со сверстниками, и др.

Таким образом, причины насильственных преступлений, совершенных несовершеннолетними с ментальными расстройствами личности, представляют собой синтез биологических и социальных факторов.

Во-первых, это прежде всего *влияние семьи* на развитие мировоззрения и моральных установок ребенка, особенно на раннем этапе детства. Согласно исследованиям И.С. Ганишиной [2, 3, 4], А.И. Ушатикова, Б.Г. Ананьева, И.П. Башкатова, Л.И. Божович и др., неблагополучные семьи оказывают пагубное воздействие на психику несовершеннолетнего посредством злоупотребления алкоголем, отсутствия любви, понимания, уважения, проявления жестокости. Такое отрицательное влияние может привести к возникновению психических травм, девиантному поведению несовершеннолетних и в целом ментальному расстройству личности подростка, последствиями которого являются агрессия, нарушение ценностных ориентаций, отказ от обучения, употребление наркотических и алкогольных веществ, участие в криминальных группировках, суицидальное поведение и др.

Следующий этап влияния на личность несовершеннолетнего начинается с его *интеграции в среду обитания*, в которую подросток попадает в более сознательном возрасте («уличные» и школьные друзья, их определенные установки, ценности и идеалы, объединенные в присущую им субкультуру, которая может носить как положительный, нейтральный или отрицательный характер). Попадая под влияние вредных субкультурных объединений, несовершеннолетний начинает следовать их устоявшимся обычаям, которые часто принимают противоправный характер.

Если вышеописанные социальные факторы накладываются один на другой в сочетании с пропагандой в средствах массовой информации алкоголизма, наркомании, порнографии, алчности, агрессии, также с отсутствием организованной воспитательной работы в учебных заведениях и многого другого, высока вероятность возникновения психических нарушений, которые, как следствие, приводят к асоциальному и преступному поведению и дальнейшему попаданию в места лишения свободы.

Как выявлено В.А. Гурьевой и другими практическими психологами, в первую очередь несовершеннолетние, попадающие в места лишения свободы — это лица с психическими отклонениями (подростки с аддиктивным поведением, акцентуированные, с умственной отсталостью, задержкой психического развития, с диссоциальным расстройством личности и иными расстройствами) [8, с. 205].

Отдельное внимание стоит уделить несовершеннолетним подозреваемым, обвиняемым и осужденным за насильственные преступления, страдающим ментальными расстройствами, связанными с употреблением алкогольных и наркотических веществ. Подростки, имеющие алкогольную или наркотическую зависимость, представляют собой особую группу риска, так как имеют ряд поведенческих и эмоциональных проблем, криминальные стереотипы поведения. По данным О.И. Трифонова, основным фактором формирования зависимости от психоактивных веществ у несовершеннолетних осужденных является семейное неблагополучие (отсутствие родительской любви, неадекватное воспитание, злоупотребление родителями алкоголя, сиротство или неполная семья). Автором выявлено, что преобладание насильственных преступлений среди несовершеннолетних связано с частым переходом к периодическому употреблению алкоголя и, как следствие, совершению преступлений в состоянии опьянения, так как для подростков в состоянии



абстиненции свойственно развитие аффективных расстройств. Такая категория лиц с психическими расстройствами, основанными на алкогольной и наркотической зависимости, по мнению О.И. Трифонова, попадает в поле зрения психологов и психиатров только в местах лишения свободы. После отбывания срока наказания они не стремятся к продолжению медицинского и психологического сопровождения и вновь начинают злоупотреблять алкоголем и наркотиками, что в скорейшем приводит к новым преступлениям. Поэтому наиболее важной задачей в местах лишения свободы является формирование стойкой и продолжительной ремиссии, психотерапевтической коррекции асоциального поведения несовершеннолетних подозреваемых, обвиняемых и осужденных за насильственные преступления с повышением мотивации на личную ответственность с дальнейшей социальной реабилитацией [17].

Для большинства несовершеннолетних подозреваемых, обвиняемых и осужденных за насильственные преступления характерны такие психические и социальные отклонения, как повышенная эмоциональная возбудимость, наличие различных фобий, недовольство собой и окружением, повышенная внушаемость, негативное отношение любому воспитательному влиянию, жестокость и др. Им присуще нарушение социальных норм в широком смысле: отсутствие навыков элементарного этикета, потеря ценности человеческой жизни, утрата интереса к образованию, лень, бездуховность, отсутствие ценностных ориентаций, нравственности, дурные привычки. Неудачи в школе и неадекватное давление родителей способствуют формированию у подростка низкой самооценки, которую они стремятся компенсировать в форме асоциального поведения [6].

Духовный мир такого несовершеннолетнего достаточно скуден, он заменяется деформацией нравственных идеалов, отрицательными ценностями (А.И. Ушатиков, Т.В. Калашникова, В.Г. Деев, К.Е. Игошев, Н.А. Харина). Подросток не думает о последствиях своего поведения, он эгоцентричен и самоцентрирован, упрям, несамокритичен и тщеславен, стремится к свободе, независимости, быть более взрослым, действует по первому эмоциональному побуждению, равнодушно относится к переживаниям других людей (так, на заданный вопрос несовершеннолетнему, обвиняемому в покушении на убийство и нанесении тяжких телесных повреждений, о том, какие чувства должны испытывать маленькие дети потерпевшей, он ответил: «Мне все равно, что они испытывают, это совершенно не имеет никакого значения, так как это было очень весело и занятно»).

По данным Г.Г. Бочкаревой, часть несовершеннолетних правонарушителей никогда не испытывала чувство стыда, у другой части подростков стыд возникал лишь с сознанием примененного наказания, а не в связи с аморальностью содеянного преступления [1].

Многие несовершеннолетние подозреваемые, обвиняемые и осужденные за насильственные преступления, оказавшиеся в местах лишения свободы, сожалеют о случившемся, однако больше о том, что оказались наказанными за содеянное. Они не считают свои преступления тяжкими, не испытывают чувства вины, нарушают режимные требования, следуют нормам тюремной субкультуры, ведут себя демонстративно, максимально противодействуя персоналу учреждения и воспитательным воздействиям. Это в очередной раз говорит о сложности задач, которые стоят перед воспитателями, психологами и социальными работниками для необходимого эффективного их сопровождения.

Также у несовершеннолетних подозреваемых, обвиняемых и осужденных за насильственные преступления часто возникают периодические депрессивные состояния. У них отмечаются перепады настроения, снижение активности или, наоборот, повышенная возбудимость, агрессивность и враждебность.

При анализе возникающих проблем (осознание уголовного наказания, конфликтны с семьей, сокамерниками и др.) у подростков возникает чувство пессимистической оценки своих перспектив, неудовлетворенность своим положением, убеждение, что их жизнь может только ухудшаться («нет смысла следовать вашему режиму, пытаться что-то изменять в себе, проще на все закрыть глаза. У меня два пути: жизнь в тюрьме или смерть. Моим родным будет без меня лучше»).

В проведенных исследованиях А.И. Мокрецова, В.В. Новикова, которые анализировали психические расстройства, связанные с судебными-следственными ситуациями, было выявлено, что существуют определенные интервалы, в которых происходит обострения ментальных расстройств на основе активности стрессовых факторов. Так они выделяют следующие периоды возбуждения уголовного дела; пребывание в изоляторе временного содержания; нахождение в следственном изоляторе; период ожидания и вынесения приговора; помещение и дальнейшее пребывание после осуждения в учреждениях уголовно-исполнительной системы. По мнению авторов, данные этапы характеризуются невротоподобными реакциями, которые по мере прохождения каждого этапа приобретают рецидивное течение с периодами обострений [15, с. 140].

Несовершеннолетним подозреваемым, обвиняемым и осужденным за насильственные преступления также свойственно проявление повышенной чувствительности по отношению к ложно понимаемой несправедливости, что способствует формированию злопамятности и скрытой агрессивности. В свою очередь, данные негативные качества совместно с неповиновением ложатся в основу демонстрации своей уверенности не только окружающим сокамерникам и сотрудникам учреждения, но и самому себе. Первичными мотивами повседневной жизнедеятельности в условиях изоляции для таких подростков становятся избегание ошибок, желание обрести устойчивое покровительство у лидеров неформальных групп, подражание криминальной романтике (нанесение татуировок, самопорезов, создание блатных стихов, песен, карикатур на сотрудников и др.). У них появляются сверхценные идеи, которые определяют их поступки и характеризуются отказом от режимных требований, протестом и имитацией поведения более авторитетных лиц. Таким образом, происходит подмена нравственных понятий и социальных ценностей.

Подростки, которые не стремятся к нарушению режима содержания, отличаются подвижностью, общительностью, болтливостью, резкой сменой настроения и проявлениями вербальной агрессии. Они в большей мере способны к манипулированию, шантажу, а также получают удовольствие от того, что выводит на отрицательные эмоции окружающих.

По мнению А.И. Савельева, при психологическом и воспитательном сопровождении несовершеннолетних осужденных с психическими нарушениями необходимо учитывать их склонность к нарушению режима содержания и строить различные направления работы отдельно для каждой категории подростков [16].

В исследованиях ряда авторов (В.В. Лаврищев, И.К. Саясова, Н.Г. Цветкова, Т.Н. Ларина, О.В. Гагина, О.Г. Ковалев, Т.Е. Мальшева, З.Р. Ханова) затрагивается вопрос о том, что большинство несовершеннолетних правонарушителей, совершивших преступления с особой жестокостью, не испытывают сильного чувства вины за совершенные преступления. Так, приведем примеры ответов из психодиагностических бесед при первичном обследовании несовершеннолетних, попавших в следственный изолятор, на вопрос о причине совершенного ими преступления: «Я не насиловал жертву, а просто ее убил», «Мне хотелось узнать, как умирает человек не в компьютерной игре, а в реальной жизни», «Я хотел отомстить за издевательства

в школе и чтобы меня стали уважать», «Все били, и я вместе с ними», «Я же не убил того мужика, а просто покалечил, тем более он первый начал», «Я не считаю, что сделал что-то плохое, мне был интересен сам процесс», «Мой младший брат надо мной постоянно издевался, поэтому я не смог остановиться, когда бил его ножом».

Следование криминальной субкультуре закрепляет у несовершеннолетних отсутствие критического отношения к себе и другим, позитивную оценку своих асоциальных поступков, деформацию ценностной сферы самосознания, неспособность оценивать последствия своих действий. При этом вышеуказанные авторы подчеркивают, что формирование негативного отношения к совершенным преступлениям является обязательным условием профилактики асоциального поведения несовершеннолетних с ментальными расстройствами личности.

В ряде трудов отечественных психологов (Ю.М. Антонян, В.Г. Деев, А.И. Ушатиков, Б.Б. Казак, А.В. Пищелко, Д.В. Сочивко, О.Д. Ситковская и др.) также часто упоминаются важность и необходимость учитывать сотрудниками исправительных учреждений и органами суда и следствия отношение подозреваемых, обвиняемых и осужденных к совершенным преступлениям (самосознание, чувства раскаяния, вины, стыда и др.) и только потом на основе этого строить процесс их психологического сопровождения и процесс исправления в целом.

Обязательной составляющей психологического сопровождения несовершеннолетних с ментальными расстройствами личности является *поведенческая психотерапия*. Данная психотерапия включает многие психологические методы и приемы, которые помогают как при психических, так и физических проблемах (например, проведение бесед, выполнение упражнений). Основная цель при использовании психотерапии заключается в помощи избавления от нежелательных черт характера и моделей поведения подростка.

Еще одним эффективным средством работы с несовершеннолетними, имеющими ментальные расстройства личности, является *коррекция поведенческих установок* с помощью чтения литературы. Психологи И.И. Купцов и Т.В. Пивоварова считают, что литература «обладает незаменимым воспитательным потенциалом». С помощью чтения литературы происходят постепенная коррекция ценностных ориентаций, духовное развитие личности, формирование способности к нравственно-волевому поведению, умение оценивать свои жизненные происходящие

события и события других людей, контролировать свое поведение и собственные поступки [13].

Также данные авторы высказывают мысль, что личностное развитие возможно в том случае, если несовершеннолетние осужденные видят конкретные примеры из жизни, точнее, тех людей «которые представляют собой нравственный идеал... Именно преподаватели, воспитатели и психологи воплощают в сознании несовершеннолетних осужденных образец для подражания, служат эталоном поведения, интеллектуального развития, добросовестного выполнения требования администрации» [12].

Необходимым условием развития личности несовершеннолетнего с ментальными нарушениями является также психологическая профилактика. В процессе психологической профилактики, по мнению И.С. Ганишиной, должны быть задействованы все институты социализации: семья, школа, специалисты — психологи, социальные работники, сотрудники органов внутренних дел, волонтеры [5, 7].

Таким образом, мы считаем, что необходимым условием для формирования конструктивных ценностных ориентаций, нравственных идеалов и самосознания несовершеннолетних подозреваемых, обвиняемых и осужденных за насильственные преступления, коррекции их ментальных расстройств личности, негативных установок в поведении, является совершенствование профессионально-личностных и нравственных качеств сотрудников психологических, воспитательных, социальных, режимно-оперативных и медицинских служб, а также обеспечение их профессионального взаимодействия для наиболее эффективного и комплексного сопровождения несовершеннолетних подозреваемых, обвиняемых и осужденных с ментальными расстройствами личности.

#### Список литературы

1. *Бочарева Г.Г.* Психологическая характеристика мотивационной сферы подростков-правонарушителей. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1968. С. 9—10.
2. *Ганишина И.С., Ушатиков А.И.* Неблагополучная семья и девиантное поведение несовершеннолетних: Учеб. пособие. М.: Изд-во Моск. психолого-социального института; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2006.
3. *Ганишина И.С.* Психологическое влияние неблагополучной семьи на девиантное поведение несовершеннолетних. Автореф. дис. ... канд. псих. наук: 19.00.06. Рязань, 2004.

4. *Ганишина И.С.* Формирование девиантного, аддиктивного и делинквентного поведения несовершеннолетних в условиях жизни в неблагополучной семье // Психология XXI века: вызовы, поиски, векторы развития: Сб. материалов Всерос. симпозиума психологов / Под ред. Д.В. Сочивко. Рязань: Академия ФСИН России, 2019. С. 241–250.
5. *Ганишина И.С.* О технологиях психологического и социально-педагогического сопровождения подростков и молодежи по профилактике наркотической зависимости // Осознание культуры — залог обновления общества. Перспективы развития современного общества: Материалы XX Всерос. науч.-практ. конф. Севастополь, 2019. С. 294–297.
6. *Ганишина И.С.* Некоторые индивидуально-психологические и социально-демографические особенности личности наркозависимых несовершеннолетних правонарушителей // Совершенствование организации противодействия незаконному обороту наркотических средств и психотропных веществ в современных условиях. Материалы круглого стола. Рязань, Рязан. филиал Моск. ун-та МВД России им. В.Я. Кикотя, 2017. С. 49–53.
7. *Ганишина И.С.* Ранняя профилактика девиантного, делинквентного, аддиктивного и суицидального поведения несовершеннолетних — основа национальной безопасности личности в современной России // Научное обеспечение психолого-педагогической и социальной работы в уголовно-исполнительной системе: Сб. материалов Всерос. науч.-практ. конф., посвящ. 25-летию со дня образования психологической службы уголовно-исполнительной системы / Под ред. Д.В. Сочивко. Рязань: Академия ФСИН России, 2017. С. 679–685.
8. *Гурьева В.А.* Психопатология подросткового возраста. Томск.: НИИ ФСИН, 1996.
9. *Емельянов В.П.* Преступность несовершеннолетних с психическими аномалиями как комплексная проблема // Личность преступника и уголовная ответственность: Правовые и криминологические вопросы. Саратов, 1979. Вып. 1. С. 110–111.
10. *Кожеевникова Е.А.* К вопросу о понятии преступности несовершеннолетних лиц с психическими аномалиями // Вестн. Челябин. гос. ун-та. Челябинск: Изд-во ЧелГУ, 2010. Вып. 24. С. 81–83.
11. *Кудрявцев И.А., Семенова О.Ф.* Смысловая сфера несовершеннолетних с психическими расстройствами, совершивших насильственные правонарушения // Психологический журнал. 2002. № 3. С. 54–62.

12. *Купцов И.И., Пивоварова Т.В.* Рациональные пути исправления несовершеннолетних осужденных // Прикладная юридическая психология. 2013. № 3. С. 26—34
13. *Купцов И.И., Пивоварова Т.В.* Особенности познавательных интересов и представлений об идеалах несовершеннолетних осужденных женского пола // Прикладная юридическая психология. 2012. № 1. С. 172—177.
14. *Леви В.Л.* Искусство быть собой. Изд. обновл. М.: Знание, 1991.
15. *Мокрецов А.И., Новиков В.В.* Личность осужденного. М.: НИИ ФСИН, 2006.
16. *Савельев А.И.* Правовые аспекты предупреждения виктимизации несовершеннолетних // Психопедагогика в правоохранительных органах. 2012. № 4 (51) С. 63—65.
17. *Трифонов О.И.* Психические и поведенческие расстройства у осужденных подростков, зависимых от наркотиков: диагностика, организация медицинской помощи, терапия и реабилитация. Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.18, 14.02.45. М., 2008.

## 2.2. Специфика гендерных личностных расстройств у несовершеннолетних осужденных

Данные современных исследований позволяют утверждать, что ментальная недифференцированность является архаичным механизмом психического функционирования. Согласно теории психологической дифференциации Г. Уиткина, дифференциация свойственна любой развивающейся системе и определяет сложность структуры. Мы полагаем, что группа несовершеннолетних преступников, совершивших тяжкие телесные правонарушения, характеризуется тотальной недифференцированностью всех психических структур, включая гендерную идентичность.

Данная *недифференцированность* относится как к переживанию собственной телесности, так и к психической неотделенности. Исходная психическая недифференцированность влечет последующие психические деформации, в том числе девиантное поведение. Наш основной тезис состоит в том, что причиной недифференцированности психической структуры у данной группы испытуемых является ранний травматический опыт.

Известно, что на ранней стадии развития собственное тело не отделено от тела матери. Однако все исследователи согласны с тем, что исходным состоянием онтогенеза является состояние «слияния» (младенца и матери), неразличимости «Я и Меня» и недифференцированности («Я и другого»).

Ф. де Виньмон и П. Фурнере<sup>1</sup> заимствуют у М. Жонрода (Jeanrod, 2003) понятие «распределенные репрезентации» действий, которые характеризуются тем, что кодируют слитый опыт собственного действия и его результата. Э. Бик<sup>2</sup> ввела в 1968 г. понятие *первичной кожи*. «Части личности в наиболее примитивной форме переживаются как не обладающие силой, связывающей их, и поэтому они должны в известном смысле удерживаться вместе тем, что переживается ими пассивно, — кожей, функционирующей в качестве границы»<sup>3</sup>. Кожа выполняет функцию связывания («слипания») частей личности, которые еще не дифференцированы от частей тела. Как указывает Б. Фельдман, по мере развития первичной кожи происходит дифференциация внутренней и внешней реальности<sup>4</sup>.

Внутренний опыт, накапливающийся с детства, от слитого состояния движется к структурированному и дифференцированному. Этот опыт становится более артикулированным и менее глобальным. Если ребенок не имел опыта хорошей матери, то он испытывает дефицит в способности дифференциации, так как у него нет опыта защищенности. К. Шмит<sup>5</sup> показала, что ребенок, которого не держали на руках, не может развить чувство прочной границы — кожу. И как следствие, такой ребенок не может развить «ощущение границы» и, таким образом, не умеет «интернализировать ее контейнирующую функцию». Эти дети развивают вторую кожу, которая проявляется в ригидном мышечном напряжении.

Представители глубинной психологии вводит понятие «гендерной определенности» и «гендерной спутанности»<sup>6</sup>. Сэмюэлс указывают на значимость фигуры отца в качестве разделяющего принципа для формирования зрелой идентичности дочери при переходе от «гендерной спутанности» к «гендерной опре-

<sup>1</sup> *Vignemont F.de, Fournere P.* The sense of agency: A philosophical and empirical review of the «Who» system// *Consciousness and Cognition*. 2004. Vol. 4. № 1. P. 1—19.

<sup>2</sup> *Бик Э.* Переживание кожи в ранних объектных отношениях// *Психология кожи*/ Сост. и науч. ред. С.Ф. Сироткин, М.Л. Мельникова. М.: 2004. С. 84—89.

<sup>3</sup> Там же. С. 84.

<sup>4</sup> *Feldman B.* Skin for imaginal // *Journal of Analytical Psychology*. 2004. Vol. 49. № 3. P. 285—313.

<sup>5</sup> *Schmidt K.* Nonverbal Communication of Negative Affects: The Influence of Infant Observation on the Analysis of an Adult Patient.

<sup>6</sup> *Samuels A.* The Plural psyche. Personality, Morality, and the Father. 1989. P. 63.



деленности»<sup>1</sup>. Именно отец и его ментализация позволяют перейти от стадии симбиоза (или психологического слияния и неразличимости с матерью) к выделению собственного Я. «Психологическое отношение, называемое отцом, трансформирует связь мать—дитя в отношения сродства»<sup>2</sup>. Эта связь, по словам автора, является искусственной, поэтому «отцовский принцип» предопределяет формирование связей с миром в целом<sup>3</sup>.

Процесс индивидуации происходит параллельно с процессом социализации и включает усвоение гендерных стереотипов и гендерных ролей: привычных форм поведения, которые стандартизируются и подкрепляются системой взаимных ожиданий. Культурная детерминанта в структуре гендерной идентичности плохо осознается и выражается в спутанности стереотипов относительно лиц своего и противоположного пола.

М. Адамс<sup>4</sup> развивает понятие «культурного бессознательного», введенного Дж. Хендерсоном для обозначения культурно обусловленного личного бессознательного. Он предлагает расширить понимание «культурной обусловленности» и ввести новые структурные компоненты, позволяющие зафиксировать факт культурного влияния не только на личное, но и на коллективное бессознательное. «Коллективное бессознательное имеет два измерения: естественное (которое включает архетипы и архетипические образы) и культурное (которое включает культурные стереотипы и стереотипные образы)»<sup>5</sup>, присущие данной культуре.

Формирование гендерных индивидуальных моделей начинается на ранних этапах онтогенеза, в диаде мать—дитя, и происходит путем ассимиляции отдельных компонентов коллективных ментальных моделей. На формирование идентичности ребенка влияют как осознаваемые, так и бессознательные гендерные модели матери, ее рациональное и эмоциональное отношение к ребенку и его полу.

В персоналистических направлениях исследований основное внимание уделяется тому, как индивид становится «гендерным», т.е. что он усваивает и отвергает из репертуара гендерных норм. Гендерная идентичность формируется в ходе онтогенеза и предполагает интериоризацию черт, свойств, состояний, присущих не только своему, но и противоположному полу.

<sup>1</sup> *Samuels A.* Op. cit. P. 66.

<sup>2</sup> *Ibid.* P. 67.

<sup>3</sup> *Ibid.* P. 110.

<sup>4</sup> *Adams M.V.* The Fantasy principle. *Psychoanalysis of the imagination.* 2004. P. 252.

<sup>5</sup> *Ibid.* P. 155.

Например, происходит изменение поведенческих и эмоциональных стереотипов, связанных с материнством и воспитанием детей. В частности, от субкультуры зависит представление о фемининной внешности, культурно обусловленным является представление о привлекательности тела. Б. Фредриксон и Е. Робертс<sup>1</sup> указывают, что большая валентность образа тела у девочек связана с культурально обусловленными представлениями о женском теле по сравнению с мужским. Мужское тело рассматривается скорее как активное и интенциональное, тогда как женское тело — только как объект рассматривания. В исследовании, проведенном В.А. Лабунской<sup>2</sup>, показано, что прически имеют атрибут фемининности, маскулинности и андрогинности. Отношение к женской сексуальности претерпело значительное изменение даже на протяжении последнего столетия. Легализация сексуальных контактов, фиксация на сексуальных удовольствиях, организация секс-клубов являются нововведениями XX в.

Процесс формирования идентичности включает не только развитие ментальных моделей эго-сознания, но также структур персоны. Л.И. Анцыферова (2004) обращается к понятию персоны, или субстанции личности, введенного К.Г. Юнгом, для описания того, как Я презентует себя окружающим. Презентация себя окружающим зависит от того, какие модели строит индивид относительно ожидаемых от него форм поведения и каким из этих стандартов он готов следовать.

«Хотя и предполагается, что идентичность гарантирует узнаваемость, стабильность и устойчивость личности, она в то же время является продуктом неустойчивых и непредсказуемых взаимодействий. Представляется, что в обычных условиях этот парадокс каким-то образом уравнивается без особых трудностей»<sup>3</sup>.

В исследовании нами был реализован *метод анализа нарративов*. Испытуемых просили описать эпизод правонарушения, свои чувства и переживания. Исследовалась их способность

<sup>1</sup> Fredrickson B., Roberts E. Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*. 1997. Vol. 21. P. 173—206.

<sup>2</sup> Лабунская В.А. Бытие субъекта: самопрезентация и отношение к внешнему Я // Субъект, личность и психология человеческого бытия / Под ред. В.В. Знакова, З.И. Рябикиной. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2005. С. 235—257.

<sup>3</sup> Пападопулос Р. Индивидуальная идентичность и коллективные нарративы при конфликтах // Новая веста. 2002. № 4. С. 14.

к децентрации (т.е. их способность описать свой субъективный эмоциональный опыт в соотношении с телесными переживаниями жертв). Анализ указывает на то, что большинство участников исследования не были способны дифференцировать свои собственные переживания от ситуации правонарушения. Если говорить о содержании переживаний, то в их основе лежит дезаффективное удивление по поводу телесности жертвы (мягкость плоти жертвы, количество крови, тяжесть мертвого тела). Сожаление о совершенном правонарушении и раскаяние носили скорее притворный характер. Все эти результаты свидетельствуют о том, что не произошла дифференциация себя и другого на уровне телесной репрезентации.

Полученные результаты позволяют предположить, что данная выборка испытуемых характеризуется недифференцированностью женского и мужского. Именно эта базовая спутанность гендерной идентичности лежит в основе компульсивной тенденции «обрести себя», выделяя в качестве «мужского» агрессию, а в качестве «женского» — пассивность. Видимо, следует допустить, что у девушек имеется очень сильная психическая диссоциация, которая позволяет им, с одной стороны, демонстрировать относительно сохраненные и адаптивные формы поведения, с другой — отрицать и вытеснять неассимилированный психический опыт. Подавляющее большинство испытуемых демонстрируют пониженную витальность и направленные против себя агрессивные тенденции в сочетании с попыткой оградить себя от ранних эмоциональных переживаний.

Мы полагаем, что девушки-убийцы умерщвляют плоть другого человека, тестируя тем самым телесность, ее онтологию. Опыт дифференцированной телесности остался недоразвитым в их ментальном опыте. Факт правонарушения можно рассматривать как попытку восполнения данного опыта, как возврат к тому этапу онтогенеза, освоение которого необходимо для формирования зрелого ментального опыта, и как компульсивную попытку прохождения стадии сепарации.

Вывод о компульсивной попытке воссоединения с собственным телом путем повреждения Другого подтверждают данные, полученные по методике И.В. Лыбко (опросник «Диагностика телесного Я»).

У подавляющего числа испытуемых имеются крайне низкие значения по фактору «Самопринятие своего телесного Я». Согласно методике, данные показатели интерпретируются как «отстраненность и безразличие к своему телесному Я, потеря интереса к своим телесным ощущениям». Вместе с тем по вто-

рому фактору — «Влияние Другого на отношение к своему телу» — получены сверхвысокие значения. Выявлена сопряженность данных шкал данной методики с недифференцированным типом гендерной идентичности, полученным по методике МиФ ( $\chi^2 = 26,5, p < .001$ ) и ( $\chi^2 = 38,3, p < .001$ ). Полученный результат согласуется с нашим предположением о нарушении зрелой телесной идентификации и заменой ее механизмом имитации.

В таком случае опыт телесных самоповреждений и убийств можно рассматривать как крайне архаическую попытку контакта с телом, как примитивный опыт телесной и психической дифференциации себя от «Другого», как компенсаторный путь развития Самости.

#### Список литературы

1. *Vignemont F.de, Faurneret P.* The sense of agency: A philosophical and empirical review of the «Who» system// *Consciousness and Cognition*. 2004. Vol.4. № 1. P.1—19.
2. Бик Э. Переживание кожи в ранних объектных отношениях// *Психология кожи / Сост. и науч. ред. С.Ф. Сироткин, М.Л. Мельникова. М., 2004.*
3. *Feldman B.* skin for imaginal// *Journal of Analytical Psychology*. 2004. Vol. 49. № 3. P. 285—313.
4. *Schmidt K.* Nonverbal Communication of Negative Affects: The Influence of Infant Observation on the Analysis of an Adult Patient.
5. *Samuels A.* The Plural psyche. Personality, Morality, and the Father. 1989.
6. *Adams M.V.* The Fantasy principle. Psychoanalysis of the imagination. 2004.
7. *Fredrickson B., Roberts E.* Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterl.* 1997. Vol. 21. P. 173—206.
8. *Лабунская В.А.* Бытие субъекта: самопрезентация и отношение к внешнему Я // *Субъект, личность и психология человеческого бытия / Под ред. В.В. Знакова, З.И. Рябикиной. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2005. С. 235—257.*
9. *Пападопулос Р.* Индивидуальная идентичность и коллективные нарративы при конфликтах// *Новая веста*. 2002. № 4. С. 14.

### 2.3. Гендерные особенности личностных расстройств осужденных за убийства

Основной замысел проведенного исследования состоит в том, чтобы показать, насколько глубоки личностные различия

между мужчинами и женщинами в таких самосозданных острых экстремальных ситуациях, как тяжкое преступление, а именно убийство. Мы наперед перечислим те вопросы, которые хотели бы далее обсудить и по возможности вскрыть личностные механизмы, организующие подобное поведение в обеих группах испытуемых.

1. Поражает совершенно разное отношение женщин и мужчин к убийству. Мужчина (криминальной направленности) не считает убийство каким-то особым преступлением. У нас имеются данные о том, что практически никаких различий между показателями осужденных, совершивших самые разные (в том числе и нетяжкие) преступления, и убийцами практически нет. Фундаментальное отличие убийц-мужчин от всех других осужденных — это более стойкая направленность на преступление и его оправданность «по понятиям» и вообще личная необходимость. Характерно, что даже так называемые убийства по неосторожности психологически мало чем отличаются от умышленных убийств. Но мы не будем сейчас обсуждать этот сам по себе интересный вопрос, чему мы уделили достаточно времени в другом месте. Общий вывод примерно таков: для мужчины убийство — это такое же преступление, как другие, «замочил и замочил», отсиджу. Так же как украл и украл.

2. Совершенно иное отношение к убийству у женщин. Для нее стать убийцей — это как принять какие-то религиозные обязательства. Если мужчина может отказаться от преступления, поняв, что оно не «по понятиям» или лично ему уже не нужно, то женщина только в самых редких случаях. Здесь, пожалуй, пора подключить гендерную терминологию, что позволит нам выразиться яснее. Чем более в женщине преобладают фемининные черты, тем более вероятно, что она не отступит от своего решения, а чем более преобладают маскулинные черты, тем эта вероятность выше. Но ненамного. Женщина, на наш взгляд, всегда остается женщиной. Подобная ситуация возможна и у мужчин, когда сильно преобладают фемининные черты. Разум помрачается, и он ведет себя, как женщина. Но это опять же редко. Итак, если женщина решила убить, она убьет.

3. Мы предлагаем с позиций психодинамического подхода Д.В. Сочивко рассмотреть такую версию, что суть этих различий лежит в различной структуре эмоционально-коммуникативной сферы и когнитивно-волевой сфере самоотношения мужчин и женщин, что, конечно, не отвергает и другие версии.

**Эмоционально-коммуникативная сфера.** На рис. 2.1 представлены средние показатели по методике оценки межличностного общения (в адаптации Рукавишников). Можно видеть, что у женщин-убийц показатели межличностного общения существенно снижены. Ближе всего к средней норме показатель желания вовлекаться в общение ( $I_w$ ). Показатели контроля себя в общении и самого процесса общения, так же как и эмоциональной отдачи, «аффективности» общения, существенно ниже.

Это подтверждается результатами расчета статистических различий, или оценки вероятности ошибки утверждения о наличии существенных различий по всем показателям, представленных в табл. 2.1.

**Таблица 2.1. Уровень значимости различий средних показателей между мужчинами и женщинами, осужденными за убийство, по шкалам методики ОМО (в адаптации Рукавишников)**

	<i>Мужчины — умьявленное убийство</i>	<i>Женщины — умьявленное убийство</i>	<i>Значимость статистических различий</i>
$I_e$	3,74167	3,192308	0,0433
$I_w$	2,93333	2,846154	Нет
$C_e$	4,64167	2,782051	0,00001
$C_w$	2,74167	2,192308	0,0543
$A_e$	3,06667	2,269231	0,004
$A_w$	3,10000	2,320513	0,0054

Можно видеть, что различия по средним показателям в группах мужчин и женщин, осужденных за убийство, отсутствуют только по показателю ( $I_w$ ) ожидания того, что другие будут стремиться включить испытуемого в общение.

Итак, только по одному показателю отсутствуют статистически значимые различия, что также подтверждает эмоционально коммуникативную отчужденность женщин-убийц. Они уже замкнулись в своем внутреннем состоянии, собственно, потому и не готовы сами ни к какому общению, так как жестко подчинены своей сверхидеи уже совершенного убийства. По всем же другим показателям имеются статистически значимые различия (см. табл. 2.1).

Тема убийства продолжает владеть всей их психикой, только о ней они могут говорить, но это не интересно другим. Зато с каким вдохновением они общаются с врачами, психиатрами, психологами, которые готовы их слушать именно на эту тему.

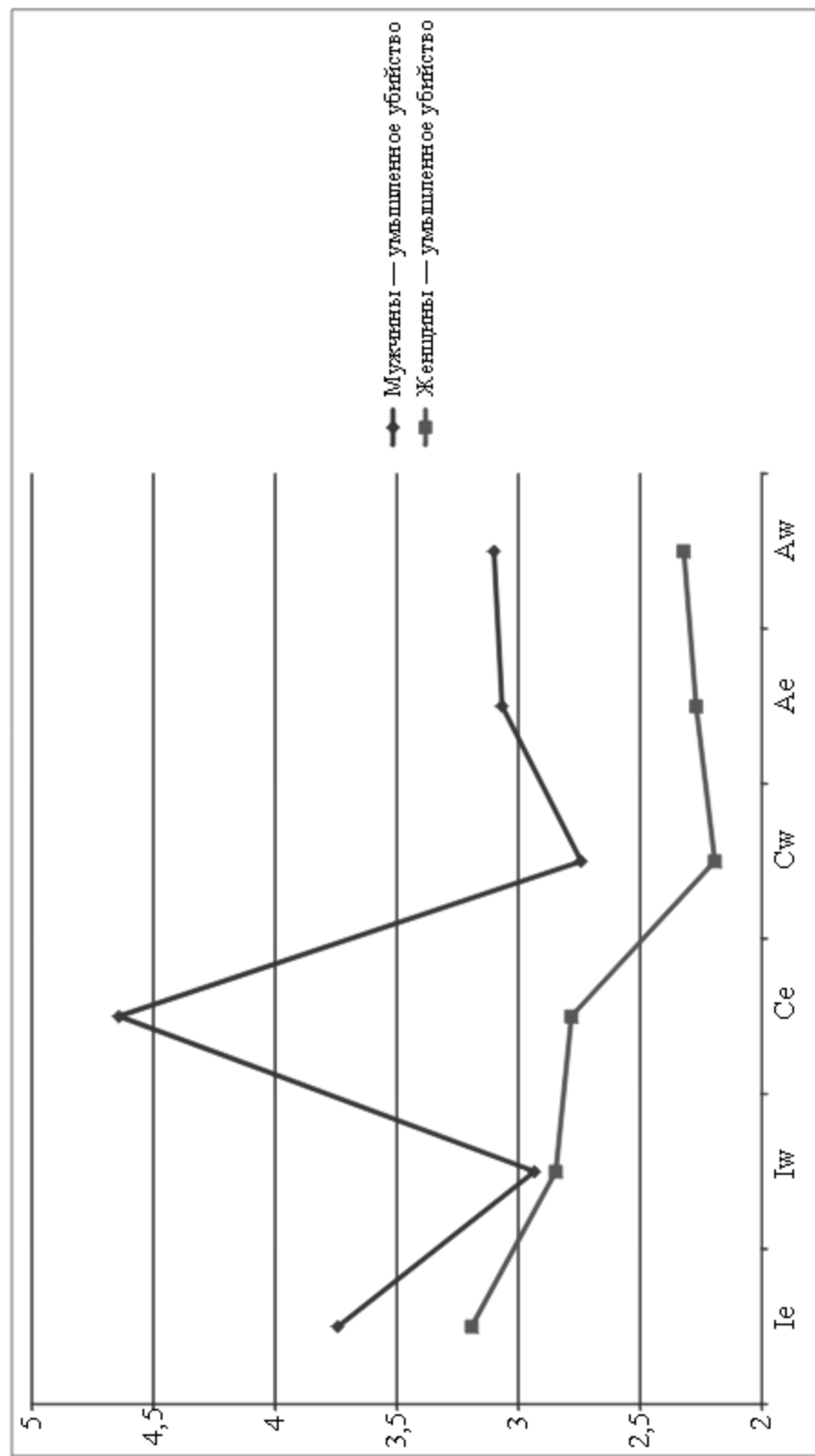


Рис. 2.1. Средние показатели по методике ОМО (в адаптации Рукавишникова) в разных группах испытуемых

Итак, в целом, исходя из приведенных данных, можно утверждать: показатели межличностного общения существенно снижены по сравнению с мужчинами и относятся к области низких оценок, согласно автору метода<sup>1</sup>, что говорит об узости круга общения, осторожности в межличностном взаимодействии, особенно в области близких интимных контактов. Перейдем теперь к сравнительному анализу функционально-психодинамической структуры самоотношения мужчин и женщин, осужденных за умышленное убийство.

Графики уровневых показателей по шкалам МИС у мужчин-убийц и женщин-убийц сходны между собой. Видно, что по соотношению высоких и низких оценок по шкалам МИС графики убийц похожи на графики осужденных за преступления, не связанные с убийством. Таким образом, невысокие оценки отраженного самоотношения, самопринятия и самообвинения характерны для всех осужденных независимо от характера преступления. Осужденные не ждут хороших оценок себя другими, у них подорвано самопринятие и в какой-то степени заблокировано самообвинение (раскаяние).

Однако у женщин между осужденными за убийство и за другие преступления есть и существенные гендерные различия.

Так, у осужденных за преступления, не связанные с убийством, значимые статистические различия присутствуют только по шкалам аутосимпатии и шкале закрытости (см. выше). У женщин эти оценки существенно выше. И у женщин-убийц оценки существенно выше, чем у мужчин-убийц практически по всей шкалам, кроме шкалы «внутренний конфликт» (вероятность ошибки утверждения о значимости различий  $p \leq 0,16$ ).

Этот факт еще раз подтверждает большую личностную специфичность женского убийства. Женщины-убийцы отличаются от мужчин гораздо более глубоким индивидуально-личностным отношением к совершенному преступлению. Они относятся к себе с гораздо большим самоуважением, чем убийцы-мужчины и большей аутосимпатией.

<sup>1</sup> Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мажуйков Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Изд-во Института психотерапии, 2002.



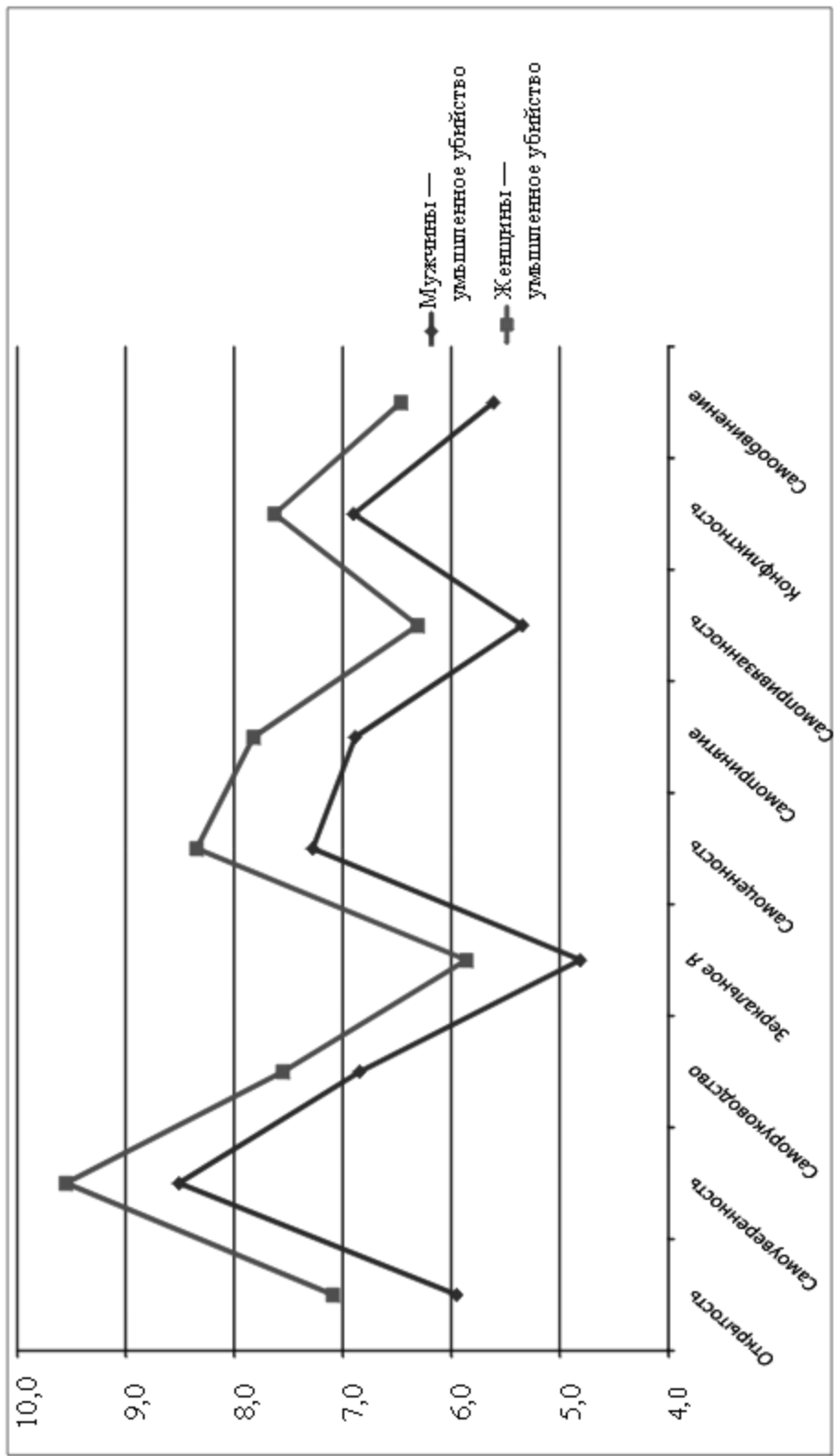


Рис. 2.2. Средние показатели по методике исследования самооценки в разных группах испытуемых

Казалось бы, это говорит о том, что их раскаяние должно быть меньше. Но нет, показатели самообвинения у женщин-убийц более всех остальных показателей по статистическим отличиям выше, чем у мужчин (табл. 2.2).

**Таблица 2.2. Уровень значимости различий средних показателей по шкалам методики исследования самоотношения С.Р. Пантелеева в разных группах испытуемых**

	<i>Мужчины — умьявленное убийство</i>	<i>Женщины — умьявленное убийство</i>	<i>Значимость различий</i>
Открытость	5,95000	7,089744	0,00001
Самоуверенность	8,50833	9,551282	0,014
Саморукводство	6,84167	7,551282	0,0448
Зеркальное Я	4,80833	5,858974	0,0022
Самоценность	7,27500	8,346154	0,0103
Самопринятие	6,88333	7,820513	0,0146
Самопривязанность	5,34167	6,307692	0,0077
Внутренний конфликт	6,90000	7,628205	нет
Самообвинение	5,60833	6,461538	0,00001

В этом и состоит парадоксальность интрапсихической психодинамики личности женщины-убийцы. Она сохраняет самоотношение к себе как к личности, ждет хорошего, понимающего отношения со стороны других, но не только признает свою вину, но и глубоко сожалеет о содеянном, раскаивается и винит себя. Здесь виден процесс циклических смен состояний «самообольщения» и «самообвинения». Такая специфическая трансформация личности женщины-убийцы прослеживается и при многомерном анализе статистических данных и его психодинамической интерпретации.

Латентная интрапсихическая структура самоотношения у женщин-убийц состоит из четырех факторов: «самоуверенности», «внутреннего конфликта», «инфантилизма», или, точнее, «Инфантильной самопривязанности» (элемент инфантилизма прослеживается здесь в прямых корреляциях ожидания хорошего отношения от других с самопринятием и самопривязанностью при отсутствии в этом факторе высоких нагрузок по

другим шкалам — «раз я уверена, что я хорошая, значит и остальные должны также думать»), «закрытости».

Кластеризация факторных решений по испытуемым позволяет построить психодинамические типологии осужденных за убийство.

Если взять общую выборку осужденных и мужчин, и женщин, осужденных за убийства, то психодинамические типы осужденных могут быть представлены следующими тремя кластерами (рис. 2.3).

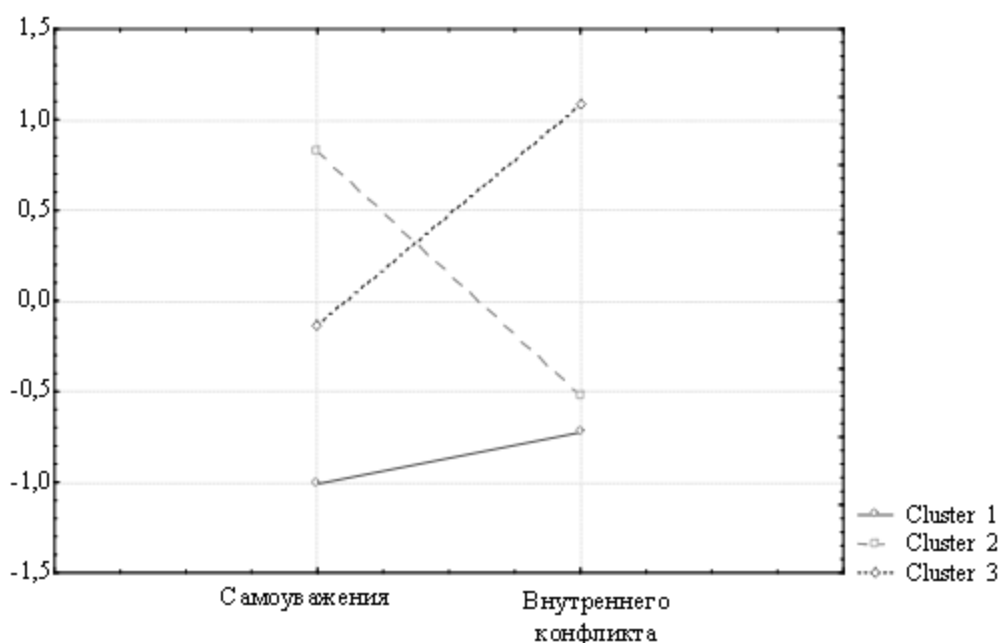


Рис. 2.3. Кластерная типология общей выборки осужденных за убийство

Из рис. 2.3 ясно, что факторное решение по общей выборке убийц состоит из двух факторов, аналогично группе убийц-мужчин. Женская специфика не накладывает своего отпечатка на общую картину.

Три выделенных при расчетах кластера соответствуют следующим трем психодинамическим типам самоотношения личности осужденного за убийство [2].

1. Первый психодинамический тип (1-й кластер) мы назвали *психологически подавленным*, или *астеническим*. Для этого типа характерны сниженное самоуважение, низкая выраженность внутреннего конфликта. Эти люди не уважают и не ценят

самого себя и смирились с этой ситуацией. Возможно, к этой группе убийц относятся и те, кто совершил убийства, порицаемые криминальным миром, к коим относятся, например, убийства детей или малолетних любовниц. Но это то, что касается уже социальных воздействий в местах лишения свободы. Но убийца вполне может и сам утратить свое самоуважение и самоотношение в целом вследствие тяжелых событий в предшествующий и последующий преступлению периоды жизни.

2. Второй психодинамический тип (кластер 2) отличается высоким самоотношением и самопринятием и низким внутренним конфликтом. Его можно назвать *самоуверенным*. Эти люди не раскаиваются в содеянном, уверены в себе и на текущий момент полностью себя принимают. Возможно, их изнутри и точит какое-то сомнение в правильности и нормальности своей жизни, но эти психические энергии пока не получают выхода.

3. Третий психодинамический тип противоположен второму. Его представители отличаются, напротив, низким самоуважением и принятием себя и высоким внутренним конфликтом. Этот тип хорошо описывает состояние убийцы, но уже после нескольких сеансов посещения психолога. Его сомнение в своей социальной «адекватности» начинает расти, соответственно растет и внутренний конфликт. Этот тип может быть назван *лабильным*, если иметь в виду лабильность его представителей относительно личностных изменений (в том числе и вследствие воспитательных и психокоррекционных воздействий).

Интересным представляется распределение испытуемых мужчин-убийц и женщин-убийц по рассчитанным кластерам (психодинамическим типам). Можно видеть, что статистически равный процент мужчин и женщин наблюдается среди представителей самоуверенного психодинамического типа. Мужчин астенического типа уже статистически значительно больше ( $p \leq 0,0491$ ). Что же касается лабильного типа, то этот тип самоотношения можно смело назвать маскулиным, количество мужчин здесь в три с лишним раза больше, чем женщин. Таким образом, как мы и предполагали, лабильность женщин убийц низкая. Они не готовы и не хотят никаких изменений, считают, что то, что произошло, — это их крест на всю жизнь. И это уже совершенное убийство становится для них ресурсным переживанием, с которым они не намерены расставаться.

Структура этого ресурса, так тщательно охраняемого, уже как бы вобрала в себя все возможные изменения личности женщины-убийцы, т.е. то, с чем она собирается дальше жить. Эта структура примерно следующая:

- 1) я должна была это сделать;
- 2) я смогла это сделать и сделала;
- 3) я очень раскаиваюсь, но это мой крест до конца дней;
- 4) я свободна и ничто никогда мне больше не мешает делать то, что я хочу;
- 5) нужно беречь эти воспоминания, и я не хочу больше меняться.

Итак, мы показали те изменения личности и поведения женщин-убийц, которые следуют за совершенным преступлением (убийством), а также во время подготовки к нему.

#### *Список литературы*

1. *Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М.* Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Изд-во Института психотерапии, 2002.
2. *Сочевко Д.В., Щелкушкина Е.А.* Женщины-убийцы: сравнительное функционально-динамическое исследование личности: Монография. М.; Рязань, 2016.

#### 2.4. Личностные расстройства осужденных женского пола и особенности оказания им психологической помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы

В настоящее время ученых и практиков все больше интересуют личностные расстройства с точки зрения агрессивных поведенческих проявлений, поэтому все чаще агрессия исследуется как психологическая категория (В.В. Гульдман<sup>1</sup>; И.В. Горшков, В.В. Горинов<sup>2</sup>). Особое внимание уделяется социальной дезадаптации, которая проявляется в алкоголизме, наркомании, суицидальном поведении, криминальных агрессивных действиях. Отечественные ученые-психиатры признают вклад различных

<sup>1</sup> См.: *Гульдман В.В.* Значение особенностей мотивации противоправного поведения при решении вопроса о вменяемости при психопатиях // Проблемы вменяемости в судебной психиатрии. М., 1983. С. 55–64.

<sup>2</sup> См.: *Горшков И.В., Горинов В.В.* Расстройства личности и агрессия (обзор литературы) // Рос. психиатр. журн. 1998. № 5. С. 68–73.

факторов в агрессивные формы поведения людей с расстройствами личности — как конституциональных, так и окружающей социальной среды. И.В. Горшков<sup>1</sup> описывает расстройства личности с гиперстеническим и гипостеническим радикалами и доказывает, что для таких лиц характерны пренебрежение социальными и этическим нормами, затруднения в принятии решения, нарушение прогностических функций, слабая эмоциональная регуляция, тенденция разрешать трудные ситуации самым простым способом.

И.А. Кудрявцев, М.В. Морозова, О.Ф. Савина, О.Ф. Семенова<sup>2</sup> доказывают, что у лиц с личностными расстройствами возникают затруднения в саморефлексии, они не учитывают своего негативного опыта, ориентированы на внешние оценки и даже незначительную конфликтную ситуацию расценивают как унижающую их достоинство, а поскольку у них слабая эмоциональная саморегуляция и контроль за своими действиями, они моментальноотреагируют свои переживания агрессивным способом. Авторы считают, что ведущим в этой динамике является патоперсоналогический фактор, а ситуация является лишь фоном или триггером.

Всестороннее исследование расстройств личности у осужденных в условиях исправительных учреждений было проведено А.В. Диденко<sup>3</sup>, который сделал вывод, что механизм клинко-социальной адаптации осужденных с расстройствами личности в пенитенциарной среде зависит от стрессоустойчивости аномальной личности к социальным воздействиям и реализуется опосредованно через поддержание социального статуса и выполнение социальных ролей с помощью формирования фасадных компенсаторных личностных черт, эксплуатации тюремных норм поведения и соответствия личностных черт поведения социокультуральным нормам. Автор изучил особенности адаптации осужденных к условиям лишения свободы, им была выделена группа с нестабильным типом адаптации и определе-

<sup>1</sup> См.: Горшков И.В., Горюнов В.В. Личностная патология и внутрисемейная агрессия // Социальная и клиническая психиатрия. 1997. Т. 6. № 2. С. 25—31.

<sup>2</sup> См.: Психологические аспекты агрессивного поведения / И.А. Кудрявцев и др. // Агрессия и психическое здоровье / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. М., 2002.

<sup>3</sup> См.: Диденко А.В. Расстройства личности у осужденных в условиях исправительных учреждений (социокультуральный и адаптационный аспекты): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 2012.

ны наиболее значимые факторы, оказывающие на это влияние: аномалии характера у родителей и ближайших родственников осужденных, алкоголизм и наркомания родителей или наличие у них других психических расстройств, влияние экзогенно-органических факторов (патология беременности, родов, незначительные черепно-мозговые травмы в детстве у осужденных), проявление антисоциального поведения и социальной дезадаптации уже в детском и подростковом возрасте, воспитание в неполных семьях с различными дисгармоническими стилями воспитания, низкий уровень материального достатка в семьях<sup>1</sup>.

Изучением аномальной личности занимались многие психологи, и не только медицинские. Для настоящего исследования представляется необходимым анализ исследований, в фокусе которых были психологические особенности проявлений личностных расстройств.

С.Ю. Головин в справочнике практического психолога разъясняет, что психопатия — это прежде всего патология характера и вследствие этого неадекватное развитие эмоционально-волевых черт личности, в результате чего у субъекта отмечается практически необратимая выраженность некоторых свойств, препятствующих адекватной адаптации человека в социальной среде<sup>2</sup>.

Словарь-справочник по психоанализу определяет *психопатию как психическое расстройство, характеризующееся неуравновешенностью, отсутствием самообладания, повышенной реактивностью*. Психопатия возникает на основе патологического склада личности и при неблагоприятных условиях жизни человека сопровождается различного рода патологическими реакциями. Психика такого субъекта неустойчива, он испытывает серьезные трудности в процессе адаптации к изменяющимся жизненным ситуациям, у него отмечается дисгармония в протекании тех или иных психических процессов<sup>3</sup>.

В современной клинической психологии, одним из разделов которой является патопсихология, расстройства личности относят к личностно-аномальному синдрому, для изучения

<sup>1</sup> См.: Семке В.Я., Диденко А.В., Аксенов М.М. Расстройства личности у осужденных: Монография. Томск, 2012.

<sup>2</sup> См.: Головин С.Ю. Словарь практического психолога. Минск, 1998.

<sup>3</sup> См.: Лейбин В. Словарь-справочник по психоанализу. М., 2010.

которого традиционно используются диагностические методы в рамках патопсихологического эксперимента (Б.В. Зейгарник (1973), С.Я. Рубинштейн (1970, 1999), В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков (2002)). Авторы считают, что, изучая одинаковые аспекты и проявления психики, в том числе патологические, клинические психологи (патопсихологи) прежде всего исследуют их психологическую структуру, а психопатологи составляют клиническое описание выявленных признаков и отслеживают особенности их возникновения и взаимосвязи<sup>1</sup>.

Типология патопсихологических симптомокомплексов (синдромов) была представлена И.А. Кудрявцевым (1982), который в ходе изучения этой проблемы дал понятие «*патопсихологический симптомокомплекс*» — «это относительно специфический паттерн (определенным образом организованный комплекс, структурированная совокупность) внутренне связанных, родственных по происхождению (патогенезу) и механизмам развития психологических феноменов (симптомов) — признаков нарушения поведения, эмоционального реагирования и познавательной деятельности, несущих информацию об уровне (глубине), объеме (тяжести) психического поражения и некоторых его нозологических характеристиках диагностической окраски»<sup>2</sup>.

Б.С. Братусь, И.Я. Розовский, В.Н. Цапкин (1988) при определении специфики психологического подхода к различным аномалиям личности, сравнивая его с клинико-психиатрическим, увидели различие аспектов непосредственно в предмете исследования: психиатрический анализ прямо направлен на установление болезненных отклонений, а психологический — особенностей личностного развития. «В понимании психолога болезненные проявления опосредуются личностью больного, и в это взаимодействие вовлекаются все наличные ресурсы — компенсаторные возможности, защитные механизмы, мотивационные компоненты, смыслообразующие структуры и т.д., которые «ассимилируют» болезнь, отводят ей определенную роль как во внутреннем мире, так и во внешних проявлениях, в поведении субъекта. Таким образом, если для врача совокуп-

<sup>1</sup> См.: Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психиатров. М.; Воронеж, 2002.

<sup>2</sup> См.: Кудрявцев И.А. О диагностической информативности некоторых патопсихологических синдромов // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 1982. № 12.



ность изменений, обнаруженных у больного, есть по преимуществу конкретное проявление болезни, то для психолога эти изменения — результат взаимодействия болезни и больного, следствие сопротивления субъекта и одновременно следствие его приспособления, адаптации к ней»<sup>1</sup>.

Б.С. Братусь (1976) отмечает: в основе указанных нарушений находится неумение разводить во времени мотивы идеальные и реальные, а это осложняет социальную адаптацию и часто приводит к необоснованной и поэтому особенно уязвимой оценке собственного «Я». Все это становится прямым свидетельством незрелости психопатических личностей, серьезной неустойчивости уровня их притязаний и в итоге несформированности общей иерархии их мотивов<sup>2</sup>.

Н.Д. Гомонов (2001) указывает, что «психическое заболевание, различные стрессовые ситуации могут изменить самосознание человека, что приводит к изменению мотивов, их смыслообразующей функции, нарушению эмоциональной реактивности. Искаженное отражение собственной личности приводит к специфическим расстройствам. Мотивы собственной деятельности и поступки становятся объектом сознания, характер которого зависит от специфики реальных связей данного человека с миром. Психические девиации влияют на формирование мотивов, активно участвуют в процессе мотивации и принятия решений»<sup>3</sup>.

В.В. Гульдман (1991) — один из представителей отечественной криминальной патопсихологии — изучал возбуждаемые, тормозимые и истерические формы психопатических расстройств правонарушителей, обозначив такие их особенности, как тревожность, внушаемость, жестокость, агрессивность и ригидность<sup>4</sup>.

Диссертационное исследование Ф.С. Сафуанова (1986), посвященное проблеме эмоционально-смысловой регуляции восприятия психопатических личностей истеровозбуждимого круга,

<sup>1</sup> См.: Братусь Б.С., Розовский И.Я., Цанкин В.Н. Психологические проблемы изучения и коррекции аномалий личности. М., 1988. С. 86.

<sup>2</sup> См.: Братусь Б.С. Психологический анализ данных историй болезни как метод исследования личности. Экспериментальные исследования в патопсихологии. М., 1976.

<sup>3</sup> Гомонов Н.Д. Психические девиации: механизм преступления — уголовная ответственность — предупреждение преступного поведения: Монография / Под общ. ред. В.П. Сальникова. СПб., 2001. С. 72.

<sup>4</sup> См.: Антомян Ю.М., Гульдман В.В. Криминальная патопсихология. М., 1991.

дало возможность установить основные ее отличия от нормы, которая проявляется в меньшей когнитивной сложности восприятия, отсутствии иерархической смысловой структуры, воздействующей на адекватность, целостность восприятия, неустойчивость эмоционально-смысловой регуляции в условиях эмоциональной напряженности, характеризующейся нарастанием эмоционально-смыслового оценивания субъектно значимых стимулов. Проведенное автором исследование указывает на неспособность психопатических личностей формировать эмоционально-смысловой опыт, трудности его применения в новых ситуациях<sup>1</sup>.

И.А. Кудрявцев (1982) считает, что поведенческие и эмоциональные реакции психопатических личностей не соотносятся со смысловым многообразием жизненных ситуаций и не определяются иерархически организованной структурой смысловых образований.

Обращаясь к проблеме критичности у психопатических личностей, М.Б. Симоненкова (1986) установила нарушение соотношения объективных и субъективных критериев оценок собственных действий, их констатирующий, свернутый характер и объяснила этим снижение продуктивности деятельности в целом, а также адекватности оценки и осмысления ими реальных ситуаций, причиной чего стало нарушение адаптивности поведения психопатических личностей<sup>2</sup>.

На основании анализа эмоциональной и рефлексивной форм регуляции мышления у психопатических личностей А.Н. Лавринович (1987) пришел к выводу, что проявляющиеся в обстановке неуспешности деятельности расстройства мышления объясняются динамическими нарушениями баланса эмоциональной и рефлексивной форм регуляции с эмоциональным доминированием ее у психопатических личностей. Это находит выражение в детерминации мышления смысловыми связями в ущерб содержательным связям, ослаблении целенаправленности, последовательности и продуктивности процесса мышления<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> См.: Сафьянов Ф.С. Эмоционально-смысловая регуляция восприятия у психопатических личностей истеро-возбудимого круга: Дис. ... канд. психол. наук. М., 1986.

<sup>2</sup> См.: Симоненкова М.Б. Некоторые механизмы нарушения критичности у психопатических личностей: Дис. ... канд. психол. наук. М., 1986.

<sup>3</sup> См.: Лавринович А.Н. Эмоциональная регуляция мышления психопатических личностей: Дис. ... психол. наук. М., 1987.

И.В. Литвиненко (1987) при проведении исследования<sup>1</sup>, направленного на осуществление анализа самооценки и самосознания психопатических личностей, обнаружила жесткую, ригидную структуру их самооценки, нарушение у них динамического соотношения при сравнении их с психически здоровыми «идеальной», «потенциально возможной» и «актуальной» самооценки, а также преимущественное искажение при восприятии своего «Я» коммуникативных свойств, что приводит в результате к недостаточности прогнозирования и критичности. Такой показатель, как самооценка психопатических личностей, оказывается лишенным аргументированности, внутренней логики, последовательности, соотнесенности с реальными достижениями личности с ее действительными особенностями.

И.В. Литвиненко (1989) сделала заключение о наличии у рассматриваемых субъектов нарушений, лежащих в познавательной сфере, и о значимом снижении у них потребности в самопознании. В данном случае принципиально то, что поведенческие нарушения базируются на особенностях самосознания психопатических лиц, имеющих дефекты в адаптивных поведенческих и регуляторных функциях.

Большую роль в адаптации личности играют психологические защитные механизмы. Ж. Бержере (1954) пишет, что защитные механизмы не следует рассматривать исключительно в негативном для личности аспекте<sup>2</sup>. Часто этот психологический феномен интерпретируют только в сфере конфликтного либо патологического аспекта, обходя молчанием адаптивную сторону их функционирования. Патологически измененная личность действительно использует те защитные механизмы, которые слишком ригидны либо неэффективны, т.е. слабо адаптированы к внешней либо внутренней реальности, так что вся психическая деятельность индивида становится ограниченной в своей гибкости, гармоничности, адаптивности.

Ф.Е. Василюк (1984) различает цели защитных механизмов, направленные на избавление человека от внутреннего эмоционального либо когнитивного конфликта, предохранение его от негативных психических состояний, и цену, которую платит

<sup>1</sup> См.: Литвиненко И.В. Особенности самосознания психопатических личностей: Дис. ... канд. психол. наук. Л., 1989.

<sup>2</sup> См.: Бержере Ж. Психоаналитическая патопсихология // Проблема защиты. М., 2001.

личность за использование защитных механизмов. Эта цена выражается в ригидных, автоматических, вынужденных, непровольных и неосознаваемых рефлексивных и поведенческих актах. При этом защитные механизмы не позволяют полностью осознавать реальность, что ведет к дезинтеграции поведения, самообману, псевдоразрешению конфликта и даже к невротическому реагированию<sup>1</sup>.

Э.И. Киришбаум (2000) считает, что содержательные и оценочные характеристики защитных механизмов, причины их возникновения и активации в психике, функционально-целевые характеристики определены неоднозначно, в зависимости от парадигм, в области которых работают исследователи. Общим выводом является то, что активацию защитных механизмов инициируют ситуации, превышающие внутренние психические ресурсы человека, так называемые эксквизитные ситуации. Степень выраженности защитных механизмов и их характеристика прямо коррелируют с силой сложной ситуации и зрелостью личности. Возникновение того или иного механизма определяется не объективным событием так таковым, а субъективной значимостью этого события для личности. Главная задача действия механизмов защиты — устранение психологического дискомфорта, а не реальное разрешение невыносимой фрустрирующей (эксквизитной) ситуации. При этом субъективность психической стабильности вследствие действия защит искажает связь с реальностью, ведет к ригидным, дезадаптивным формам поведения. Система защитных механизмов личности поддается изменению, а главное направление в коррекции дезадаптивных защит лежит через научение осознанию их наличия у себя<sup>2</sup>.

Изучению психологических защитных механизмов у правонарушителей с личностными расстройствами посвящено не так много исследований. И.А. Кудрявцев и Т.А. Никулина (2002) считают, что строго установленной зависимости между агрессивными действиями и каким-либо определенным защитным механизмом нет, скорее, можно говорить о смешанном варианте — использовании, как правило, отрицания и проекции, что

<sup>1</sup> См.: *Васильюк Ф.Е.* Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М., 1984.

<sup>2</sup> См.: *Киришбаум Э.И., Еремеева А.И.* Психологическая защита. 2-е изд. М., 2000.

является подтверждением проведенных исследований Е.Е. Романовой и Л.Р. Гребенниковым (1996)<sup>1</sup>.

Анализ психологических исследований показывает, насколько широко представлена роль личностных, эмоционально-волевых, мотивационных и даже когнитивных особенностей в функционировании человека с расстройством личности. Однако в рамках данного исследования интересной и важной представляется проблема адаптации таких личностей к условиям лишения свободы.

По данным наших ученых, количество осужденных с расстройствами личности растет, что приводит к психологической напряженности в местах лишения свободы (И.Ф. Обросов, 2003, 2004; В.В. Горинев, Б.А. Нохуров, 2004; В.Ф. Трубецкой, О.И. Трифонов, 2006; В.Я. Семке, С.И. Гусев, Г.Я. Снигирев, 2007).

По данным российских исследователей, почти треть осужденных имеет личностные расстройства. Так, Н.А. Миневич (2001) считает, что среди установленных психических расстройств у осужденных, отбывающих наказание в местах лишения свободы, преобладают специфические расстройства личности (31%). Среди них эмоционально неустойчивое (импульсивный тип) расстройство составляет 51,8%; истерическое — 9,1%; «торпидного круга» (зависимое, шизоидное, ананкастное) — 16,2%; параноидное — 12,9; эмоционально неустойчивое (пограничный тип) — 6,0%; смешанное — 4% общего числа выявленных расстройств личности<sup>2</sup>.

В исследовании М.А. Чернышковой, Б.Г. Бовина (2004) указывается, что 57% находящихся в следственных изоляторах и прошедших обследование осужденных имеют различного рода психические расстройства, большинство из которых (около 40%) представляют собой личностные расстройства<sup>3</sup>.

В третьем издании «Диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям», выпущенном в свет Американской психиатрической ассоциацией, а также в его пересмотренной и исправленной версии (DSM-R, 1987) появился термин «*антисоциальное расстройство личности*», который

<sup>1</sup>См.: *Агрессия и психическое здоровье* / Под ред. Т.Б. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича. СПб., 2002.

<sup>2</sup>См.: *Диденко А.В.* Указ. соч. С. 18.

<sup>3</sup>См.: *Чернышкова М., Бовин Б.* Указ. соч. С. 30–33.

стал широко применяться при диагностике заболеваний и должен был стать близким по значению терминам «социопат» и «психопат». Длинный перечень антиобщественных и преступных поступков ограничивал диагностические критерии антисоциального расстройства личности. Появление списка было воспринято неоднозначно, ибо считалось, что врач не способен самостоятельно увидеть и оценить такие личностные особенности, как эмпатийность или эгоцентричность. Оценка стала основываться на тех критериях, которые врач увидит без дополнительной диагностики, например на социально девиантном поведении. В результате происходила путаница в выборе термина. Большинство врачей стали ошибочно считать синонимами термины «антисоциальное расстройство личности» и «психопатия». В DSM-III, DSM-III-R и в позднее опубликованном DSM-IV (1994) отмечалось, что понятие «антисоциальное расстройство личности» охватывает преимущественно лишь преступное и антиобщественное поведение, под которое подпадают правонарушители, а термин «психопатия» определяется и личностными особенностями, и девиантными поступками в совокупности.

В разделе «Классификация психических и поведенческих расстройств» МКБ-10 названы личностные расстройства по основному критерию, а именно сфере проявления психических нарушений, и выделены главные сферы психических нарушений — *когнитивная, эмоциональная, или волевая*. В соответствии с указанной классификацией в современной клинической психологии выделяются три группы расстройств личности: а) с преобладанием нарушений мышления (шизоидные, шизотипические и параноидные личности) — эксцентричные; б) с преобладанием эмоциональных нарушений (диссоциальные / антисоциальные, эмоционально неустойчивые — импульсивный и пограничный тип, а также истерические личности) — демонстративные; в) с преобладанием волевых нарушений (ананкастные, уклоняющиеся и избегающие, зависимые личности) — тревожно-астенические.

Чаще других в поле зрения законодателей попадают личности с преобладанием эмоциональных нарушений. К наиболее характерным проявлениям таких нарушений относят нарушения правовых, общественных и этических норм, вызывающее поведение, игнорирование устоев общества. Среди них встречаются не только воры, мошенники, но и убийцы, насильники,

террористы, организаторы и члены преступных сообществ. Это жестокие родители, ревнивцы, домашние тираны. И женщины здесь не исключение.

Анализ отечественной научной медицинской и психологической литературы показал немногочисленность и разрозненность имеющихся исследований, в фокусе которых находятся осужденные женщины. Изучались в основном причины и механизмы агрессивного поведения. Н.Б. Калюжная (1997) с соавторами исследовала агрессивное поведение и разработала типологию женщин, совершивших тяжкие преступления — убийства или нанесение телесных повреждений. Ученые пришли к выводу, что все осужденные женщины в момент преступления находились в состоянии аффекта. Агрессивные действия совершались ими по механизму реакции типа короткого замыкания. Автором выделены две группы женщин — с характерными депрессивными реакциями непсихотической и психотической структуры. Правонарушения в первой группе возникали на фоне депрессий, сопровождающихся тоской, страхом, бредом самообвинения. У женщин в непсихотической группе преморбидные особенности характеризовались истерическими чертами характера, а среди депрессий на первый план выходила ситуационная подавленность<sup>1</sup>.

По данным Т.Б. Дмитриевой (1998), Н.К. Харитоновой, К.Л. Иммерман, М.А. Качаевой, Е.В. Королевой (2003), В.И. Васяниной (2013), изучавших клинические особенности женщин, совершивших тяжкие преступления<sup>2</sup>, 24,5% из них имели личностные расстройства: истерические, эмоционально-неустойчивые, зависимые, шизоидные и смешанные. Большая их часть приходилась на истерическое личностное расстройство (46,9%). Общими для этих расстройств были повышенная возбудимость, застревание на отрицательных переживаниях, низкая устойчивость к фрустрации, пренебрежение общепринятыми правилами и нормами, злоупотребление психоактивными веществами. Используя данные психологических исследований, авторы пришли к выводу, что у женщин преобладающим пус-

<sup>1</sup> См.: *Типология женщин, совершивших тяжкие общественные деяния* / Н.Б. Калюжная и др. // *Независимый психиатрический журнал*. 1997. № 2. С. 38–42.

<sup>2</sup> См.: *Агрессия и психическое здоровье* / Под ред. Т.Б. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича.

ковым механизмом агрессивных действий является механизм по типу «последней капли», так как у женщин в большей степени, чем у мужчин, развиты тормозящие агрессию личностные структуры.

Другие авторы считают личностные особенности ключевым фактором в совершении правонарушений. Так, Е.В. Середа (1983) приводит следующие специфические личностные особенности женщин, которые посягнули на жизнь собственных новорожденных детей. Главная черта женщин-детоубийц — личностная дисгармоничность. Из-за наличия в их характере депрессивных признаков они ищут помощи и одновременно испытывают боязнь процесса общения, ибо подозревают почти всех людей в недоброжелательности.

«Осужденных женского пола характеризуют личностная тревожность, невротизм, депрессия, агрессивность, подозрительность, мстительность и упрямство... у осужденных женщин наблюдаются акцентуации характера, сходные с акцентуациями несовершеннолетних воспитанниц: истероидная, эпилептоидная, сензитивная, циклоидная и эмоционально-лабильная»<sup>1</sup>.

Таким образом, большая группа исследователей занималась изучением личностных характеристик осужденных, в том числе женщин, и влиянием патологических черт на совершение агрессивных актов.

Несколько другой взгляд представлен в статье «Работа пенитенциарного психолога с осужденными женщинами»<sup>2</sup> И.В. Соколовой (2000). Она указывает, что в большинстве случаев совершению преступления предшествовала растянутая во времени психотравмирующая ситуация, нередко преступления совершались в состоянии алкогольного опьянения. После того как был составлен усредненный профиль, выявились личностные особенности исследованных женщин: эмоциональная ранимость, высокая тревожность, обидчивость, импульсивность, наличие выраженных невротических проявлений, эмоциональная неустойчивость, скудность ролевого репертуара, снижение умения реализовывать общение, подозрительность и вследствие этого восприятие большинства ситуаций как угрожающих либо опасных для статуса, чести, здоровья, жизни, большая чувстви-

<sup>1</sup> Ушатиков А.И., Казак Б.Б. Основы пенитенциарной психологии: Учебник. 2-е изд., перераб. и доп. Рязань, 2003. С. 134.

<sup>2</sup> См.: <http://www.psuhologu.spb.ru/articles/tez/2000/fl.5.htm>



тельность к действительной и даже мнимой несправедливости, повышенный уровень фрустрации. Все это свидетельствует о том, что исследованные женщины проявили свою дезадаптивность, еще находясь на свободе, поэтому в условиях несвободы она будет проявляться еще ярче.

В связи с этим большой интерес представляют исследования, уделяющие внимание адаптационным возможностям осужденных в местах отбывания наказания. Работы, отражающие данную проблематику, немногочисленны, но еще меньше подобных работ посвящено осужденным женщинам.

Как показали А.В. Наприс, И.Е. Семенов, А.В. Малых (2005) и другие авторы, опасение, тревожность, страх, беспокойство, чувство собственной неполноценности, неуверенность в себе, пассивность, подавленность и иные негативные психические состояния, разрушающе действуя на психику осужденных, заставляют их погрузиться в мир своих переживаний, отрывают от настоящей жизни и препятствуют процессу адаптации<sup>1</sup>.

Рассматривая психические состояния осужденных, А.Д. Глоцкий и В.Ф. Пирожков (1968) обобщают: «...эти состояния характеризуются достаточно большим числом и многообразием»<sup>2</sup>. Авторы считают, что психическое состояние — это своего рода «синдром»<sup>3</sup>, который влияет на активность или пассивность осужденного и имеет относительно устойчивые характеристики, представляющие собой кирпичики, из которых формируются свойства личности, с одной стороны, а с другой — являются тем фоном, на котором свойства личности проявляются еще ярче или, наоборот, маскируются под ним. На психические состояния как бы накладывается индивидуальность личности, эти состояния многообразны, в том числе могут быть состояния уныния, тоски, отчаяния и страха или возбужденности и агрессивности. Психические состояния определяются внешними факторами (социальными) и внутренними (индивидуальными, включая состояние здоровья), а также предшествующими состояниями. Внешние проявления психических состояний могут быть сходны с проявлениями личностных расстройств у осужденных, а иногда, при крайнем возбуждении, они проявляются

<sup>1</sup> См.: *Психологическое обеспечение процесса адаптации осужденных к условиям исправительных учреждений* / А.В. Наприс и др. Рязань, 2005.

<sup>2</sup> Там же. С. 9–10.

<sup>3</sup> См.: Там же. С. 7.

гораздо ярче в действиях и поступках, чем у аномальной личности. Надо отличать такого рода психические состояния от аналогичных проявлений у осужденных с расстройствами личности, учитывая болезненный характер последних, вероятность декомпенсации в субъективно неблагоприятных условиях, каковыми являются условия отбывания наказания.

Психологу в практической деятельности мало понимать причины и физиологическое происхождение психических состояний, необходимо уметь «читать», распознавать и объяснять те или иные психические состояния, переживаемые в данное время осужденными. Целесообразно обращать внимание на внешние проявления психических состояний, заметных по изменению дыхания и кровообращения, мимики, пантомимики, движений, походки, жестов, появлению интонационных особенностей речи и т.д.

Надо заметить, что все приведенные признаки нельзя воспринимать буквально. Они действительно сопровождают ряд психических состояний, но, во-первых, могут варьировать в зависимости от индивидуальности, а во-вторых, естественно, не могут быть статичны по времени. Значит, безусловно, только грамотное понимание внешних проявлений психических состояний будет помогать в работе с изучаемым контингентом<sup>1</sup>.

Авторы считают, что работа с такими осужденными должна вестись обязательно комплексно и большая роль в ней отводится коррекции личностных отклонений. В работе с осужденными следует учитывать положительно влияющие на личность психические состояния, такие как чувство вины. Необходимо строить воспитательную и психологическую работу с учетом этих состояний, а также того, что определенное психическое состояние может взаимодействовать с уже аномальной личностной структурой и ослабленной эмоциональной саморегуляцией. При работе с осужденными, страдающими любой формой психической аномалии, важно помнить, что в ней нет места мелочам и всякая непоследовательность в этом деле будет иметь обратную реакцию (1963)<sup>2</sup>. Нельзя не согласиться с Н.Н. Пуховским (1978) в том, что «в отношении... мероприятий

<sup>1</sup>См.: Пирожков В.Ф., Глоточкин А.Д. Эмоции и чувства человека, лишенного свободы. М., 1970.

<sup>2</sup> См.: Слободяник А.П. Психотерапия. Киев, 1963. С. 300.

с лицами, страдающими психическими аномалиями, необходим постоянный контроль»<sup>1</sup>.

Важным представляется ограничение психического состояния осужденной, связанное с фактом отбывания наказания и различного рода психотравмирующими ситуациями, от асоциальных проявлений у аномальной личности, которые имеют несколько иной характер и динамику протекания. Эти проявления могут быть затяжными, возможны колебания настроения, что имеет болезненный характер, и не всегда связаны с конкретным содержанием психотравмирующей ситуации. Эта проблематика требует своего дальнейшего научного изучения, один из аспектов которой был затронут в настоящем исследовании.

В исправительных учреждениях ФСИН России было проведено эмпирическое исследование по диагностике личностных расстройств осужденных женского пола. Полученные результаты социально-психологического исследования осужденных женского пола, проведенного в трех группах, позволяют дать общую характеристику изучаемых групп, которая может быть использована в качестве дополнительной информации в анализе и коррекционной работе с осужденными-женщинами в местах лишения свободы:

1) самый низкий уровень образования отмечен у осужденных женского пола с расстройствами личности (группа № 3). Полученные данные подтверждают литературные сведения о низком уровне образования аномальных личностей, связанном с нарушениями в мотивационной сфере, волевыми и поведенческими особенностями и неспособностью к систематическому получению образования. Низкий образовательный уровень не всегда связан с уровнем интеллекта и требует учета при психологической работе с данным контингентом;

2) анкетные данные свидетельствуют о том, что осужденные — женщины с расстройствами личности характеризуются выраженными адаптационными нарушениями, проявляющимися в том, что формирование их личности происходит в условиях неполного семейного воспитания, зачастую в конфликтной внутрисемейной обстановке, они преимущественно утрачивают близкие (брачные)

<sup>1</sup> См.: Пуховский Н.Н. Об одном из вариантов динамики личности осужденного в условиях лишения свободы // Педагогическое наследие А.С. Макаренко и проблемы воспитания осужденных: Материалы Всесоюз. науч.-практ. конф. Рязань, 1978. С. 156.

связи и предпочитают, находясь в местах лишения свободы, не поддерживать отношений с близкими родственниками, что будет затруднять их дальнейшую ресоциализацию.

Таким образом, полученные социально-демографические сведения об осужденных женского пола с расстройствами личности (группа № 3), следует учитывать персоналу исправительного учреждения при организации психопрофилактической, просветительской и психокоррекционной работы с ними.

Перейдем к анализу психологических особенностей обследованных осужденных женского пола и рассмотрим полученные данные по *тесту-опроснику «Индекс жизненного стиля» (LSI)* (Р. Плутчик, Г. Келлерман, Х. Конте).

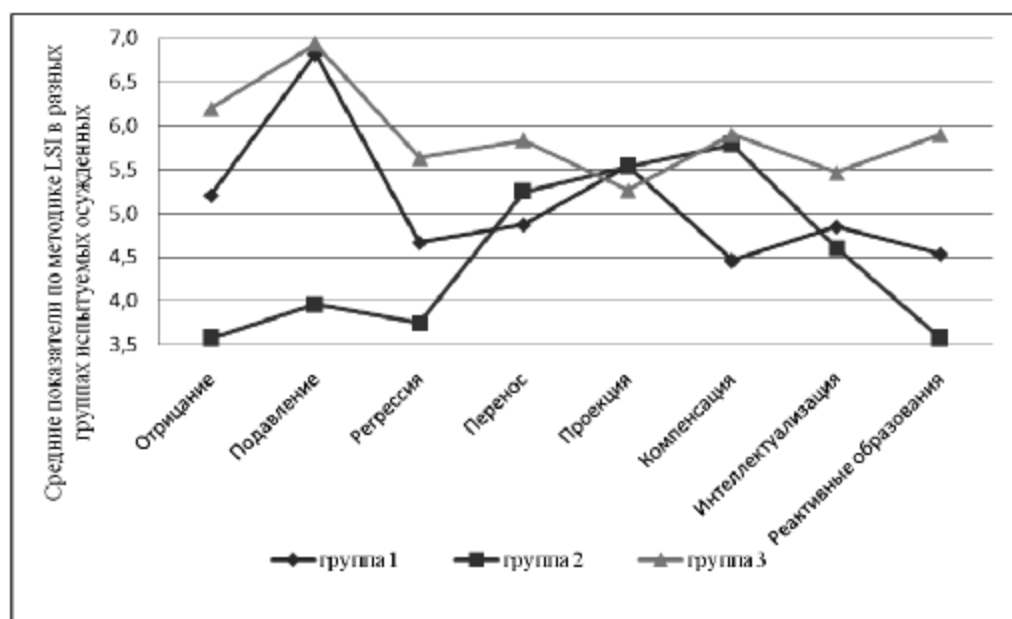


Рис. 2.4. Показатели, полученные по тесту-опроснику «Индекс жизненного стиля» (средние значения)

На рис. 2.4 представлены показатели по тесту-опроснику «Индекс жизненного стиля» в разных группах осужденных женского пола. Анализ предпочитаемых типов психологических защит у осужденных женского пола показал доминирование у всех испытуемых незрелых механизмов психологических защит, таких как отрицание, подавление, регрессия, перенос, однако у осужденных с личностными расстройствами самый напряженный профиль защитных механизмов. Это означает,

что у этой группы испытуемых степень выраженности (напряженности) данных психологических защит самый высокий. Чем выше уровень напряженности (выраженности) всех защитных механизмов, тем более дезадаптивным является поведение человека. Существует мнение, что высокая общая напряженность всех защит может привести к развитию патологических характерологических черт и закреплению асоциальных форм поведения. Самые высокие индексы принадлежат психологическим защитам «подавление» и «отрицание». Это приводит к тому, что осужденные группы № 3 (состоящие на медицинском учете с диагнозом расстройства личности) проявляют тенденцию к игнорированию той информации, которая тревожит, нарушает их внутрипсихический баланс и внутренний комфорт личности, ее положительную самооценку и привычные способы взаимодействия с окружающим миром. Подавление помогает человеку вытеснить в бессознательное неприемлемые желания, чувства и даже мысли. В результате возникает высокое эмоциональное напряжение, а вытесненные влечения и желания могут проявляться в усилении патологических симптомов. Однако следует отметить, что испытуемым этой группы присуща и более зрелая защита – компенсация, которая может быть как социально адаптивной, так и социально неприемлемой и принимать форму защиты от комплекса неполноценности, но с асоциальными тенденциями.

Анализ показал, что у испытуемых из группы № 1 (лица без психических расстройств) самый высокий индекс напряженности у таких психологических защит, как подавление и проекция. В целом график расположен довольно высоко, что свидетельствует о высоком удельном весе использования всех защитных механизмов. Это говорит об имеющихся неразрешенных внутриличностных конфликтах. Используемые (конечно, на бессознательном уровне) защитные механизмы относятся к разряду незрелых, которые либо искажают неудобную для личности информацию, либо полностью игнорируют ее, либо подавляют, и информация «забывается». Наиболее адаптивным механизмом из всех перечисленных считается интеллектуализация, которая в данной группе приводит к самооправданию, так называемому отделению чувства от мысли, — такой человек склонен к рациональным объяснениям произошедшего с внешне обвиняющей позиции без собственного эмоционального переживания по этому поводу.

Интересными выглядят результаты анализа защитного профиля осужденных группы № 2, состоящих на профилактическом учете. Это те испытуемые, которые не имеют официального диагноза, но поведение которых настораживает и требует пристального внимания и контроля. У них общая напряженность всех защит не столь высока, как у двух других групп, и самые высокие индексы у других защитных механизмов, таких как компенсация, проекция и перенос. Казалось бы, эти защиты должны позволить личности найти приемлемый баланс между внутренними побуждениями и требованиями окружающей среды, однако осужденные этой группы выносят себе «оправдательный приговор», обесценивая противоправность совершенного ими действия, наделяют других участников конфликта негативными чертами и считают свое агрессивное поведение единственно возможным и защищающим их от других агрессивных лиц.

Сравнительный анализ в группах осужденных женского пола показал следующее.

Статистически достоверным ( $P < 0,0020$ ) является различие в группе психически здоровых осужденных (группа № 1) по сравнению с осужденными с личностными расстройствами (группа № 3) в механизме *компенсация*. У осужденных с расстройствами личности средний показатель по этому психологическому защитному механизму выше ( $m = 5,9000$ ;  $n = 30$ ), чем у здоровых ( $m = 4,4615$ ;  $n = 42$ ). Это более поздний в онтогенезе механизм психологической защиты, и поэтому он является когнитивно довольно сложным. Развивается уже в сознательном возрасте как попытка преодоления недостатков, в том числе воображаемых, и позволяет человеку нивелировать печаль, тоску, чувство неполноценности. Возможные девиации при компенсации — алкоголизм, агрессия, амбициозное поведение, конфликтность. Однако нередко итогом является депрессия, что мы и наблюдаем у осужденных группы № 1, не состоящих ни на одном из видов учета, большинство из которых отличаются тревогой и сниженным настроением. Обеим группам испытуемых присуща высокая напряженность таких незрелых и неадаптивных защит, как подавление и отрицание. Но общий уровень напряженности защитных механизмов у осужденных женщин, не состоящих ни на одном из видов учета, ниже, чем у осужденных женского пола с личностными расстройствами.

Таким образом, анализ профиля защитных механизмов личности показал следующее.

1. Все группы осужденных женщин имеют высокие индексы незрелых, неадаптивных форм механизмов психологической защиты, таких как отрицание, подавление, регрессия, проекция, однако группа осужденных женщин с личностными расстройствами имеет наиболее напряженный профиль защитных механизмов с преимущественным использованием их неадаптивных вариантов. Поздно формирующиеся в онтогенезе, сложные формы психологических защит (компенсация, интеллектуализация, реактивные образования) у осужденных женщин способствуют оправданию асоциальных форм поведения, закреплению внешне обвиняющей позиции личности, неспособности адаптироваться к условиям лишения свободы.

2. Неадаптивные формы психологических защит могут способствовать закреплению негативных личностных свойств, способов адаптации к условиям лишения свободы, затруднять дальнейшую ресоциализацию и поэтому должны стать мишенью психологической коррекции.

Рассмотрим показатели второй примененной нами методики, которая называется «Персональный автопортрет» (*Psp*). Методика предполагает изложенную в DSM-IV классификацию расстройств личности и критериев их диагностики. Согласно DSM-IV, каждая черта личности может представлять собой норму, акцентуацию и расстройство.

На рис. 2.5 представлены результаты измерений черт личности, отмечаемых у осужденных женщин. На рис. 2.5 даны графики средних показателей по всем шкалам метода «Персональный автопортрет» (*Psp*) в трех исследуемых группах, которые показывают, что наиболее высокие средние показатели по всем шкалам у испытуемых с расстройствами личности: чем больше значения по какой-либо шкале, тем более заострена данная черта, вплоть до патологического ее выражения.

Для двух других групп — психически здоровых осужденных женщин и состоящих на профилактическом учете — характерен график по типу «пила», что говорит о выраженности отдельных личностных свойств, которые при определенных условиях могут приводить к реакциям дезадаптации.

На графике видно (рис. 2.5), что у осужденных женщин с расстройствами личности (группа № 3,  $n = 30$ ) наиболее выражены черты таких типов личности, как идеосинкратический

(шкала шизопатии, среднее значение по шкале  $m = 8,600$ ), деятельный тип ( $m = 8,0667$ ), добросовестный тип ( $m = 8,1667$ ), достаточно высоки средние показатели по шкалам «агрессивность» ( $m = 7,1333$ ) и драматичность ( $m = 7,1667$ ), наименее выражены черты альтруистичного ( $m = 4,9667$ ) типа личности.

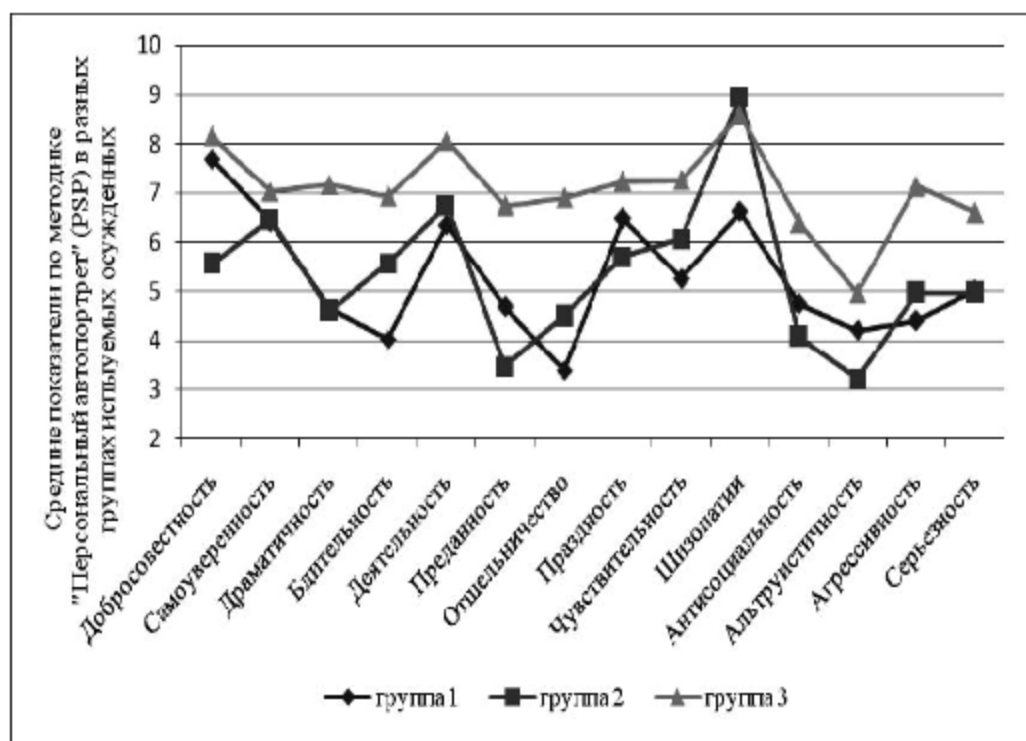


Рис. 2.5. Показатели по шкалам метода «Персональный автопортрет» (Psp) в разных группах испытуемых осужденных женского пола (средние значения)

Психологическая характеристика данной группы такова: это личности, которые живут в отрыве от реальности, не согласовывая свои планы и цели, а также способности с реальными своими возможностями, нередко просто не замечая сигналов из внешней среды, в соответствии с которыми необходимо корректировать свое поведение. Выраженность черт добросовестного типа свидетельствует о негибкости, излишней озабоченности несущественными деталями, фиксированности на них, неспособности переключиться и выбрать приоритеты; экономичности, вплоть до скупости. Другие из них могут быть, наоборот, импульсивны, эмоционально нестабильны и даже неуравнове-



шенны, агрессивны. В общении стараются быть в центре внимания и ориентируются только на свои желания и потребности, не учитывая настроения других людей.

Группа осужденных женщин, не состоящих ни на одном из видов учета (группа № 1,  $n = 42$ ), отличается выраженностью личностных особенностей прежде всего добросовестного ( $m = 7,6923$ ), деятельного ( $m = 6,3590$ ), праздного ( $m = 6,4872$ ) и идеосинкратического типа (шкала шизопатии,  $m = 6,6154$ ), наименее выражены характеристики отшельнического ( $m = 3,3846$ ) и бдительного ( $m = 4,0256$ ) типа.

Таким образом, результаты показывают, насколько неоднородна группа психически здоровых осужденных женщин, которую в целом можно охарактеризовать следующим образом: самыми отличительными чертами являются ригидность и негибкость, а это приводит к тому, что испытуемые не могут приспособиться к меняющимся обстоятельствам, не умеют быстро принимать решение, а если что-либо решили, не могут от него отказаться, даже если очевидно, что результат их не устроит. Для них характерна и эмоциональная ригидность — они долго переживают, особенно отрицательные эмоции, склонны к тревожному прокручиванию в своей голове навязчивых мыслей.

Эта группа осужденных, состоящих на профилактическом учете, с трудом адаптируется к условиям лишения свободы в силу больших амбиций, высокого самомнения, отрыва от реальности в своих фантазиях и неспособности посмотреть правде в глаза, соотнести свое поведение с условиями, в которых они оказались, и существующими в исправительном учреждении правилами. Они не способны учитывать настроение окружающих, не идут на компромиссы в общении, с трудом уживаются в коллективе, готовы игнорировать инструкции. Это так называемая группа риска, требующая внимания со стороны персонала и психолога, поскольку она наиболее непредсказуемая, хотя осужденные не имеют официального медицинского диагноза.

Сравнительный анализ показал: по некоторым шкалам методики статистические достоверные различия между группами отсутствуют. Статистически значимое различие ( $p = 0,05$ ) имеется

1) между осужденными женского пола, не состоящими ни на одном из видов учета (группа № 1), и осужденными женского пола с диагнозом личностного расстройства (группа № 3), установлены различия по шкалам

- *«драматичность — неестественное актерство»* — средний показатель ( $m = 7,1667$  при  $p = 0,0006$ ) у осужденных женского пола с диагнозом личностного расстройства (группа № 3) выше, чем у здоровых женщин ( $m = 4,6410$ ). Они демонстративны, быстро реагируют на все происходящее, никогда не унывают, полностью поглощены своими эмоциями, мгновенно меняют настроение; кроме того, осужденные женского пола с расстройствами личности (группа № 3) склонны демонстрировать свою драматичность, театральность. Эмоции осужденных женского пола, имеющих это расстройство личности, нередко кажутся инфантильными и непосредственными, а сами они эксцентричны и озабочены реакцией на них окружающих;
- *«преданность — зависимость»* — средний показатель ( $m = 6,7333$  при  $p = 0,0036$ ) у осужденных женского пола с диагнозом личностного расстройства (группа № 3) выше, чем у здоровых осужденных ( $m = 4,6923$ ). Это свидетельствует об их несамостоятельности, беспомощности, поиске симбиотических отношений, для того чтобы возложить ответственность на другого, поэтому потеря такого авторитетного лица может быть для них катастрофой. Сами они при этом чувствуют свою полную несостоятельность и неуверенность;
- *«антисоциальность»* — средний показатель ( $m = 6,4000$  при  $p = 0,0041$ ) у осужденных женского пола с диагнозом личностного расстройства (группа № 3) выше, чем у психически здоровых лиц ( $m = 4,7436$ ). Данные осужденные женского пола отличаются тем, что в отношениях «ходят по краю пропасти», их не волнуют нормы общества, они отвергают все его правила и ценности;
- *«деятельность — активность на грани срыва»* — самый высокий средний показатель у группы осужденных с расстройствами личности ( $m = 8,0667$  при  $p = 0,0006$ ) по сравнению с осужденными групп № 1 и 2 ( $m = 6,3590$  и  $m = 6,7500$  соответственно), что свидетельствует о постоянной жажде новых впечатлений, смене настроения. Они импульсивны, неуравновешенны, но все время ищут чего-то нового, способны заражать своим настроением, увлечениями и идеями, готовы рисковать, совершать необдуманные поступки, с трудом управляют своими эмоциями, в том числе гневом, склонны к саморазрушению (суицидам, употреблению стимуляторов, импульсивному поведению);

2) между осужденными женского пола, состоящими на профилактическом учете (группа № 2), и осужденными женского пола с диагнозом личностного расстройства (группа № 3) отмечены следующие различия по шкалам:

- «*добросовестность — навязчивая принудительность*» — средний показатель ( $m = 8,1667$  при  $p = 0,0012$ ) у осужденных женского пола с диагнозом личностного расстройства (группа № 3) выше, чем у состоящих на профилактическом учете ( $m = 5,5556$ ), что свидетельствует об их выраженной негибкости и ригидности, вязкости, неспособности быстро реагировать на меняющиеся обстоятельства;
- «*преданность — зависимость*» — средний показатель ( $m = 6,7333$  при  $p = 0,0001$ ) у осужденных женского пола с диагнозом личностного расстройства выше, чем у осужденных, состоящих на профилактическом учете ( $m = 3,4643$ ). Основные черты зависимого расстройства личности — перекладывание ответственности на партнера по общению, неспособность к автономности;
- «*антисоциальность*» — у осужденных женского пола с расстройствами личности (группа № 3) самые высокие показатели ( $m = 6,4000$  при  $p = 0,0043$ ) из всех трех групп. Их отличает склонность к косметической лжи, поиск собственной выгоды, нежелание следовать установленным этическим и правовым нормам, импульсивность, пренебрежение финансовыми обязательствами;

3) между осужденными женского пола, не состоящими ни на одном из видов учета (группа № 1), и осужденными женского пола, состоящими на профилактическом учете (группа № 2), отмечаются различия по следующим шкалам:

- «*добросовестность — навязчивая принудительность*» — средние показатели ( $m = 7,6923$ ;  $n = 42$  при  $p = 0,0002$ ) у осужденных женского пола, не состоящих ни на одном из видов учета (группа № 1), выше, чем у осужденных женского пола, состоящих на профилактическом учете (группа № 2,  $m = 5,5556$ ;  $n = 28$ ). Тип расстройства «навязчивая принудительность» выражается в следующем: негибкость и озабоченность деталями простираются до такой степени, что при этом теряется цель всей деятельности. Возникают навязчивые негативные мысли, которые подпитывают эмоцию печали или страха, тревогу. Они боятся полагаться на других людей, стремятся сделать все

сами, но в силу неумения быстро принимать решения и действовать не справляются с ситуацией. Осужденные женского пола, не состоящие ни на одном из видов учета (группа № 1), не могут адаптироваться к требованиям реальной жизни и поражениям;

- *«драматичность — неестественное актерство»* — средний показатель ( $m = 7,1667$  при  $p = 0,0006$ ) у осужденных женского пола, имеющих личностные расстройства (группа № 3), выше, чем у осужденных женского пола, не состоящих ни на одном из видов учета и состоящих на профилактическом учете (группы № 1 и 2,  $m = 4,6410$  и  $m = 4,6071$  соответственно). По этой шкале также имеются различия между здоровыми осужденными и состоящими на профучете. Такие осужденные причиняют неудобства другим, оказываясь центром внимания, отличаются повышенной активностью, в том числе сексуальной, либо провокационным поведением, демонстрируют чрезвычайно быструю смену эмоций, обладают напыщенным, экспрессивным стилем речи, преувеличенно выражают эмоции;
- *«идеосинкратичность — иизопатия»* — средний показатель ( $m = 8,9643$  при  $p = 0,0030$ ) у осужденных женского пола, состоящих на профилактическом учете (группа № 2), выше, чем у осужденных женского пола, не состоящих ни на одном из видов учета (группа № 1,  $m = 6,6154$ ). Вследствие этого данный тип осужденных женского пола не формирует близких или партнерских отношений, они пребывают в своем мире фантазий, плохо соотносящемся с окружающей действительностью. Отличаются эгоцентризмом и эксцентричностью в поведении, что отталкивает от них окружающих, возможна излишняя подозрительность или опасения, что другие замышляют что-то нехорошее в их отношении.

Таким образом, составленные с помощью усредненных данных персональные автопортреты личности дают информацию о том, что независимо от группы испытуемых, к которой принадлежит осужденная женщина, мы видим дисгармоничную личность с такими особенностями в поведении, которые затрудняют ее адаптацию к условиям лишения свободы. Осужденные женщины с расстройствами личности отличаются от других осужденных выраженностью таких черт и особенностей, как демонстративное эксцентричное поведение, поиск собст-

венной выгоды с игнорированием этических и правовых норм поведения, перекаладывание ответственности на окружающих или обстоятельства, импульсивность, смена настроения, неумение контролировать свои эмоции, склонность к неоправданному риску без прогноза последствий своих поступков. В то же время они неспособны к автономности, осуществляют поиск авторитета, затрудняются в принятии решений и не несут за них ответственность, личностно незрелы.

Рассмотрим показатели третьей методики — «Симптоматический опросник SCL-90-r», которая включает в себя 90 утверждений, сгруппированных в ряд шкал соматизация; обсессивно-компульсивные расстройства (навязчивости); интерперсональная чувствительность; депрессия; тревожность; враждебность; навязчивые страхи (фобии); паранойдность (паранояльность); психотизм.

Как показано на рис. 2.6, все три группы испытуемых имеют довольно высокие средние показатели по шкалам «соматизация» и «депрессия». Из этого следует, что все осужденные женщины испытывают в той или иной степени тревогу или депрессию и эти эмоции конверсионно отражаются на функционировании тех или иных систем в организме, что может проявляться в виде головных и мышечных болей, повышением или понижением артериального давления, желудочно-кишечными расстройствами, нарушениями сердечного ритма и т.п.

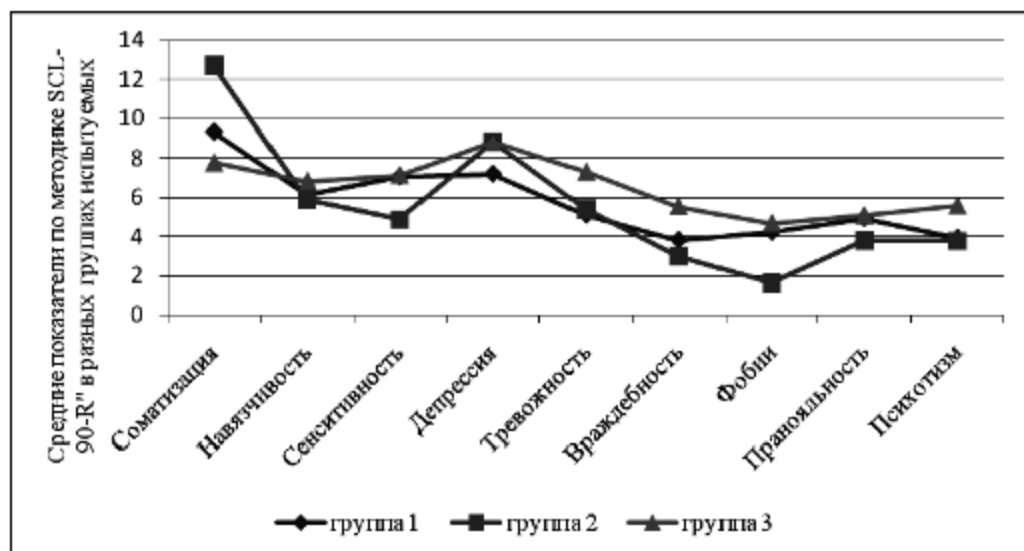


Рис. 2.6. Показатели, полученные по методике «SCL-90-r» в разных группах испытуемых осужденного женского пола (средние значения)

Из табл. 2.3 видно, что значимые различия ( $p < 0,0001$ ) имеются только по шкале «фобическая тревожность» между осужденными женского пола (группа № 2,  $n = 28$ ), состоящими на профилактическом учете ( $m = 1,6071$  при ( $p = 0,0001$ ), и осужденными женского пола с расстройствами личности (группа № 3,  $n = 30$ ,  $m = 4,6667$ ). Указанное значимое различие между этими типами осужденных свидетельствует о наличии у испытуемых с расстройствами личности различного рода страхов, что может приводить к паническим атакам и, как следствие, повлечь за собой избегающее поведение. Наличие указанной симптоматики говорит о сложности конструкта «расстройство личности», объединяющего в себе различного рода коморбидную патологию. Как правило, это свидетельствует о выраженном дистрессе, что также затрудняет адаптацию к условиям лишения свободы.

**Таблица 2.3. Показатели различий по шкалам методики «SCL-90-r» в разных группах осужденных женского пола**

<i>Шкалы</i>	<i>Осужденные женщины, не состоящие ни на одном из видов учета (группа № 1) и состоящие на профилактическом учете (группа № 2)</i>	<i>Осужденные женщины, не состоящие ни на одном из видов учета (группа № 1) и осужденные с расстройствами личности (группа № 3)</i>	<i>Осужденные женщины, состоящие на профилактическом учете (группа № 2) и осужденные с расстройствами личности (группа № 3)</i>
Соматизация	0,0319	0,154	0,0084
Навязчивость	0,7595	0,4829	0,4725
Сенситивность	0,0152	0,9021	0,0345
Депрессия	0,969	0,2764	0,9952
Тревожность	0,7072	0,0163	0,1434
Враждебность	0,1364	0,0083	0,59
Фобическая тревожность	0	0,4885	<b>0,0001</b>
Паранойяльные симптомы	0,1707	0,1707	0,2579
Психотизм	0,853	0,112	0,1714

При фобиях осужденные осознают необоснованность страхов, относятся к ним как к болезненным и субъективно мучительным переживаниям, но не в силах их контролировать. В их «клетку» личность бессознательно прячется от неразрешимого для нее конфликта. Страхи могут касаться особых ситуаций, общения, каких-либо действий в отношении осужденного, боязни заболеть или умереть.

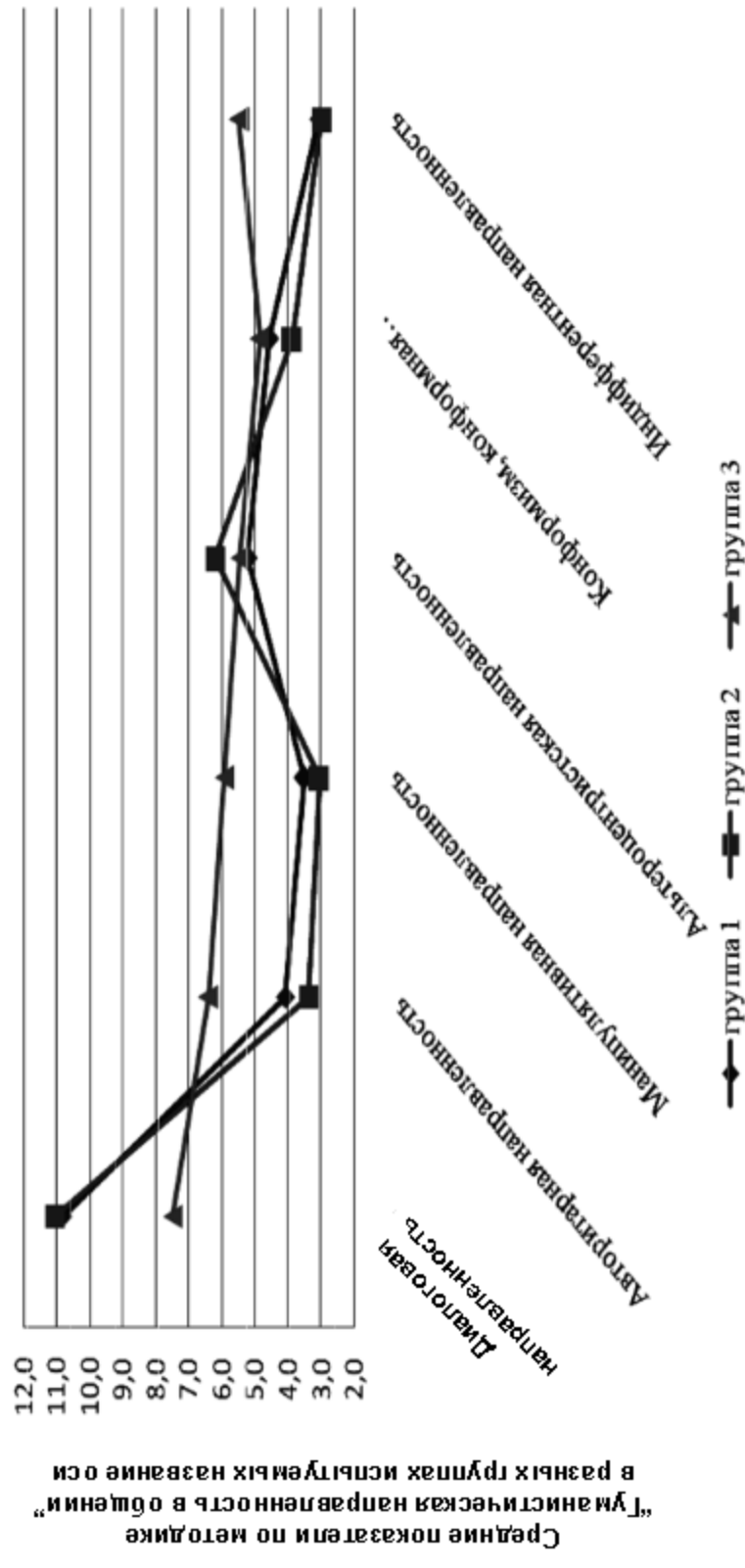
Таким образом, осужденным женского пола с расстройствами личности (группа № 3) в наибольшей степени присуща стойкая реакция страха по отношению к определенным людям, местам, объектам или ситуациям, ведущая их к избегающему поведению.

Рассмотрим показатели четвертой методики, которая называется «Гуманистическая направленность в общении» (Н.А. Полянин, 2005). С помощью данной методики выделяются группы осужденных с различными видами направленности личности, имеется возможность исследовать индивидуальные особенности коммуникативной компетентности осужденных женского пола, способы реагирования при межличностном взаимодействии, выраженность этических и нравственных качеств личности. Методика позволяет увидеть шесть типов коммуникативной направленности.

Во всех трех группах осужденных женского пола не имеется статистически значимых различий (рис. 2.7) по шкалам «манипулятивная направленность» (М), «альтероцентристская направленность» (АЛ), «конформизм, конформная направленность» (К), «индифферентная направленность» (И).

Есть весомые различия по шкале «Д — диалоговая коммуникативная направленность» между осужденными женского пола, не состоящими ни на одном из видов учета (группа № 1,  $n = 42$ ), и осужденными с расстройствами личности (группа № 3,  $n = 30$ ) ( $p < 0,0015$ ,  $m = 10,8462$  и  $m = 7,5000$  соответственно), а также между осужденными женского пола, состоящими на профилактическом учете (группа № 2,  $n = 28$ ), и осужденными с расстройствами личности (группа № 3,  $n = 30$ ) ( $p < 0,0009$ ,  $m = 11,0714$  и  $m = 7,5000$  соответственно).

Итак, осужденные женского пола, не состоящие ни на одном из видов учета (группа № 1) и состоящие на профилактическом учете (группа № 2), в отличие от осужденных с расстройствами личности более ориентированы на общение, основанное на взаимном уважении и доверии, на взаимопонимание, стремление к взаимному самовыражению, открытости (табл. 2.4).



Средние показатели по методике «Гуманистическая направленность в общении» в разных группах испытуемых и название осей

Рис. 2.7. Значимые различия по методу «Гуманистическая направленность в общении» (Н.А. Полянин) в разных группах испытуемых осужденных женского пола



**Таблица 2.4. Показатели различий по шкалам методики «Гуманистическая направленность» (Н.А. Полянин) в разных группах осужденных женского пола**

<i>Шкалы</i>	<i>Осужденные женщины, не состоящие ни на одном из видов учета (группа № 1) и состоящие на профилактическом учете (группа № 2)</i>	<i>Осужденные женщины, не состоящие ни на одном из видов учета (группа № 1) и осужденные с расстройствами личности (группа № 3)</i>	<i>Осужденные женщины, состоящие на профилактическом учете (группа № 2) и осужденные с расстройствами личности (группа № 3)</i>
<b>Д</b> — диалогическая направленность	0,8231	<b>0,0015</b>	<b>0,0009</b>
<b>АВ</b> — авторитарная направленность	0,8356	<b>0,0005</b>	0
<b>М</b> — манипулятивная направленность	0,2472	0	0
<b>АЛ</b> — альтероцентристская направленность	0,1385	0,6434	0,3113
<b>К</b> — конформизм, конформная направленность	0,1448	0,5681	0,0546
<b>И</b> — индифферентная направленность	0,8809	0	0

Значимые различия имеются по шкале «АВ — авторитарная направленность» между осужденными женского пола, не состоящими ни на одном из видов учета (группа № 1), и осужденными женского пола с расстройствами личности (группа № 3) ( $p < 0,0005$   $t = 4,1026$  и  $t = 6,4333$  соответственно).

У осужденных женского пола с расстройствами личности (группа № 3) показатели выше, что говорит об ориентации осужденных с расстройствами личности на доминирование в общении, стремлении подчинить себе собеседника, подавить его личность, наличии у них требования быть услышанным и принятым при одновременном нежелании понимать собеседника, неуважении к иной точке зрения.

### *Характеристика выявленных факторов.*

1. Как видно из табл. 2.4, *тревожно-депрессивный* фактор включает в себя следующие шкалы навязчивость, сензитивность, депрессию, тревожность, фобии, психотизм (1-й фактор).

*Навязчивость* означает, что личность с высокими значениями по этой шкале отличается склонностью к излишнему обдумыванию всевозможных деталей, прокручиванию мыслей в голове, особенно если они касаются негативных или дискомфортных ситуаций. Человек все время погружен в это, причем мысли не только могут касаться уже произошедших событий, но и быть фантазией того, что может произойти или случиться. Все это вызывает негативную эмоцию, которая постоянно подкрепляется навязчивыми мыслями о плохом. Человек как будто бежит по замкнутому кругу, не может избавиться от навязчивых мыслей, образов, представлений и не способен переключиться на что-либо позитивное.

*Сензитивность* рассматривается как излишняя чувствительность к различного рода стимулам из окружающей действительности. Человек склонен в самых нейтральных ситуациях находить что-то тревожащее, заслуживающее внимания, и готов это постоянно обсуждать. Он излишне эмоционален, может быть эмоционально лабилен и нестабилен, реагирует на любую, даже незначительную, мелочь, особенно если это касается его самооценки.

*Тревожность* является постоянным сопровождением по жизни таких людей. Это чувство личность испытывает не только в отношении ситуаций, которые касаются ее самой, но и близких, какого-либо события или ситуации. Тревожные люди могут быть суетливыми и малопродуктивными в деятельности, терять сон и аппетит, иногда тревога блокирует любую деятельность, у них могут возникать панические атаки.

*Депрессия* означает не только снижение настроения, но и потерю активности, интереса к окружающему миру, нежелание что-либо делать, достигать, в крайнем варианте — потерю смысла своего существования и возникновение суицидальных мыслей, а иногда и намерений. При депрессиях может возникнуть фильтр, через который человек все видит только в пессимистичном, мрачном свете и даже из прошлых событий вспоминает лишь негативные.

Таблица 2.4. Факторная психодинамическая структура личности осужденных женского пола в период отбывания наказания в местах лишения свободы

Шкала методики	Тревожно-депрессивный	Антисоциальное позиционирование	Защитные механизмы	Коммуникативная на правленность	Праздность
Добросовестность	0,124081	<b>0,697472*</b>	0,102267	0,166427	-0,108616
Самоуверенность	0,096961	<b>0,532472</b>	0,179085	0,042571	0,299503
Драматичность	0,081081	<b>0,717548</b>	0,128616	0,246702	0,041794
Бдительность	0,354013	<b>0,633187</b>	-0,072488	0,168824	-0,046675
Деятельность	0,258343	<b>0,662275</b>	-0,094407	-0,024481	0,081987
Преданность	0,031958	<b>0,601182</b>	0,070774	0,324650	-0,172260
Отшельничество	0,118806	<b>0,652421</b>	-0,012398	0,352025	0,119405
Праздность	0,077016	0,263793	0,208620	0,077702	<b>0,514631</b>
Чувствительность	0,211500	0,343713	0,233016	0,002336	<b>0,511335</b>
Шизопатии	-0,214615	<b>0,518061</b>	-0,114833	-0,089084	0,368114
Антисоциальность	0,239952	<b>0,717987</b>	0,046493	0,192404	0,279378
Альтруистичность	0,090961	<b>0,590147</b>	0,075837	0,059694	0,101883
Агрессивность	0,254583	<b>0,538257</b>	0,172187	0,058188	0,277450
Серьезность	0,256171	0,323352	0,144947	0,038268	0,256631
Соматизация	0,428373	0,111239	0,028759	-0,313834	0,402852
Навязчивость	<b>0,850256</b>	0,117249	-0,063806	0,020808	0,199819
Сенситивность	<b>0,668803</b>	0,020593	0,062701	0,075108	0,000003
Депрессия	<b>0,858756</b>	0,165545	-0,021059	-0,152352	0,194607
Тревожность	<b>0,795158</b>	0,276750	0,041182	0,028593	0,153053

Окончание табл. 2.4

Шкала методики	Тревожно-депрессивный	Антисоциальное позиционирование	Защитные механизмы	Коммуникативная направленность	Праздность
Враждебность	0,621132	0,304513	-0,008292	0,385213	-0,053706
Фобии	<b>0,509031</b>	0,036317	0,142805	0,45939	0,104222
Паранояльность	0,731078	0,260060	-0,097808	0,084290	-0,090253
Психотизм	<b>0,833794</b>	0,161604	0,062695	0,115720	0,005522
Отрицание	-0,117745	0,171355	<b>0,619430</b>	0,386832	-0,076202
Подавление	0,377801	-0,125519	<b>0,533943</b>	-0,010102	0,012015
Регрессия	0,162151	0,065915	<b>0,630951</b>	0,296058	0,057392
Перенос	0,036396	0,098444	<b>0,725010</b>	-0,180641	-0,000373
Проекция	0,040634	0,279384	0,305953	-0,054261	-0,114365
Компенсация	-0,171876	0,224822	0,498987	0,047687	0,244929
Интеллектуализация	-0,052281	0,014647	<b>0,760727</b>	0,037668	0,009017
Реактивные образования	0,010080	0,182939	<b>0,643033</b>	0,143740	0,090929
Д	-0,226235	0,173850	-0,207804	<b>-0,515851</b>	-0,327286
AB	0,114457	0,262643	0,033146	<b>0,737779</b>	-0,044391
М	-0,067266	0,263101	0,183126	<b>0,692163</b>	0,029305
АЛ	-0,072762	-0,202382	0,352229	-0,021991	0,323842
К	0,010208	-0,164348	0,381033	0,285682	-0,046983
И	-0,002451	0,227951	0,001204	<b>0,674053</b>	-0,176775

\* Жирным курсивом выделены значимые по фактору веса признаки.

На тревожном, депрессивном фоне нередко развиваются различного рода страхи, *фобии*, которые могут иметь самый широкий спектр: человек может бояться определенных животных, предметов, действий, событий, каких-либо мест и даже людей. Страхи могут носить рациональный характер (например, боязнь крыс), обусловленный действительно возможной опасностью, грозящей человеку, а могут быть иррациональными, детскими (страх темноты), но не менее мучительными. Считается, что в конечном итоге человек боится умереть или боится мучений и боли. Страх может парализовать его активность или привести к непредсказуемому поведению.

*Психотизм* может означать как непосредственно нарушения восприятия — галлюцинации, бред, так и аггравацию (сознательное преувеличение имеющихся проблем), симуляцию или непонимание инструкции и небрежное выполнение теста.

2. *Антисоциальное позиционирование* включает в себя следующие шкалы: добросовестность, самоуверенность, драматичность, бдительность, деятельность, преданность, отшельничество, шизопатии, антисоциальность, альтруистичность, агрессивность (2-й фактор).

*Добросовестность*, если не выражена чрезмерно, имеет такие положительные характеристики, как упорство в достижении результатов, следование правилам, алгоритмам, качественное выполнение задачи, стремление достичь наилучшего результата. Приверженность нормам, в том числе этическим, выражается в том, что они не прощают другим промахов и ошибок. Если это качество выражено чрезмерно, то это будет означать слишком скрупулезное внимание к деталям, неспособность отвлечься от второстепенного или негативного, выраженную негибкость в отношениях с людьми, недоверие к ним, тенденцию к чрезмерной экономии, вплоть до скудости.

*Самоуверенность* означает высокий уровень самооценки и самоуважения, амбициозность, стремление к достижениям, уверенность в своей уникальности. Они хорошо знают свои возможности и умеют их предъявить в нужное время и в нужном месте. Ищут признания, любят комплименты и восхищение ими. Если мы говорим о чрезмерной, на уровне аномалии, выраженности этого качества, то получаем нарцисса — высокомерного, надменного, завистливого манипулятора и эксплуататора, не способного понимать и принимать другого.

*Преданность* — способность угодить другому, прислушаться и следовать советам, тактичность, вежливость, верность. При высоком показателе этой шкалы мы видим человека с зависимым расстройством личности, который постоянно нуждается в «сопровождающем» по жизни, не способного самостоятельно строить планы, принимать решения, готового к саморазрушению, лишь бы получить одобрение со стороны окружения. Очень часто такие люди включаются в симбиоз с асоциальной личностью, которая может их использовать.

Неярко выраженная *драматичность* привносит шарм и неординарность в общение, это неунывающие затейники, которые всегда в центре внимания, а если это накладывается на хороший интеллект, то такие люди интересны, с ними нескучно, они душа компании, но на другом полюсе — напыщенная театральность и чрезмерная драматизация событий с чрезмерным же выражением эмоций, что создает ощущение фальши и игры на публику. Женщины склонны к провокационному и шантажному поведению, отличаются гиперсексуальностью, склонны к косметической лжи, любыми способами готовы завоевывать внимание.

*Бдительность* в нормальных ее проявлениях свидетельствует о таких качествах, как способность к автономности — готовности к принятию решений, самостоятельному их осуществлению. Эти люди умеют держать себя в руках, в отношении других лиц соблюдают дистанцию и осторожность, довольно замкнуты. Анализируют все детали и нюансы поведения окружающих, адекватно воспринимают и оценивают критику, готовы к длительной работе без внешней стимуляции. Аномальная выраженность этих качеств демонстрирует нам подозрительную (паранойяльную) личность со склонностью к необоснованным обвинениям, сомнениям в хорошем к себе отношении, выискивании скрытых угроз и обмана, ущемления своих прав и унижения как личности, патологической ревности, всегда готовой к активному нападению.

*Деятельность* характеризуется полным вовлечением в отношения, какое-либо занятие, решение проблемы. Эти люди эмоциональны, импульсивны, энергичны. Им все интересно и все надо, они склонны все попробовать, экспериментировать и могут легко все менять. При чрезмерных выражениях этой черты возможна цикличность — от взлетов до падения со всеми прилагающимися яркими эмоциональными проявлениями,

эмоциональной неустойчивостью, суицидальными настроениями или чрезмерными восторгами, которые опять сменяются опустошенностью и отчаянием. Мышление и чувства у них «черно-белые», без полутонов и оттенков. Они склонны как к идеализации, так и демонизации.

*Шизопатия* в минимальных проявлениях названа идеосинкратическим типом личности и характеризуется эксцентричностью и необычностью, ориентацией на свои внутренние убеждения. Эти лица не зависят от окружающих, имея свои убеждения, своеобразные ценности, интересуются всем необычным и околонуточным, мистическим, их рассуждения характеризуются расплывчатостью и нестандартностью. В максимальных проявлениях расстройство личности отличается слабостью социальных контактов, аутизацией, выраженной нестандартностью и необычностью во всем — мыслях, поведении, стиле жизни, эмоциях, отрывом от реальности, уходом в виртуальный или фантазийный мир.

*Отшельничество* означает замкнутость, отгороженность, дистанцированность, неумение и нежелание общаться с другими людьми. Межличностные контакты очень ограничены. Выражение эмоций отличается бедностью, уплощенностью, нередко они безразличны к переживаниям других людей. К сексуальным контактам относятся спокойно — могут пережить их отсутствие. Достаточно равнодушны как к критике, так и к похвале, поскольку ориентированы на свои внутренние критерии оценок. Шизоидное расстройство личности отличается нарастанием аутизации, потерей интереса к жизни общества, коллектива и даже семьи, уходу в свой внутренний мир, который никому не раскрывается.

*Альтруистичность* отличается безусловным служением другому человеку, часто в ущерб себе. Эти люди удобны в общении тем, что всегда придут на помощь, они честны в отношениях, принимают человека со всеми его слабостями и недостатками, готовы безропотно нести все жизненные тяготы. Они наивны и не подозревают, что другие могут лишь использовать их. При чрезмерном выражении этого качества человек пресекает любые попытки оказания ему услуги или помощи, ему чуждо чувство удовольствия, наслаждения, он игнорирует свои потребности и будет тратить время на других в ущерб себе, он склонен к депрессиям, чувству вины. Не готов к успеху, делает

все, чтобы его не достичь, занимается саморазрушением и самоуничтожением.

*Антисоциальность* при невысоких показателях означает авантюрный тип с неумемной энергией, бесстрашием, умением завоевывать аудиторию, заставлять себя слушать. Они умеют убеждать, изобретательны, обладают острым умом, готовы на приключения, легко игнорируют устоявшиеся нормы и правила. При высоких показателях мы имеем антисоциальный тип, который с легкостью преступает закон, ориентирован на личную выгоду, готов к обману, махинациям, неоправданному риску. Его не интересуют последствия для других — только для себя. Он недобросовестен в межличностных и финансовых отношениях, думает только о себе, не видит и не чувствует боли или проблемы другого человека.

*Агрессивность* означает наступательность, стремление к завоеваниям и власти, желание настоять на своем, жесткие требования для других и принуждение к их выполнению. Эти люди последовательно и неукоснительно идут к своей цели, готовы на многое для получения желаемого результата. Работоспособны, толерантны к разным условиям, могут применить физическое наказание и моральное унижение. В крайних проявлениях речь идет о садизме, получении удовольствия от страданий других людей.

3. *Защитные механизмы* включают в себя такие механизмы психологической защиты, как отрицание, подавление, регрессия, перенос, интеллектуализация, реактивные образования (3-й фактор).

*Отрицание.* Высокий индекс по этой шкале означает высокий уровень напряженности указанной защиты — человек отрицает вызывающие тревогу ситуации, обстоятельства или даже собственные качества, реакции, желания и потребности. Это приводит к неточному восприятию действительных событий во всем их многообразии и соответственно неспособности к адекватному реагированию, разрешению проблемы, планированию необходимых действий. Тревожащая информация не воспринимается в целях сохранения внутреннего благополучия и комфорта человека, снижения напряжения внутриличностного конфликта. Истерические личности часто отличаются именно этим защитным механизмом.

*Подавление.* Этот механизм психологической защиты особенно характерен для инфантильной личности, когда неприем-



лемые желания, побуждения, мысли и чувства подавляются и вытесняются в бессознательное, опять же для уменьшения тревоги и сохранения внутреннего баланса личности. Однако вытесненные импульсы могут создавать эмоциональное напряжение. Такой человек не склонен анализировать свои поступки и чувства, чтобы не натолкнуться на ненужную для себя и пугающую информацию. Это один из наиболее деструктивных защитных механизмов.

*Регрессия* — наиболее незрелый защитный механизм, когда человек, встречаясь с трудными ситуациями, требующими принятия решения и действия, реагирует на обстоятельства с позиции несмышленного ребенка, снимая с себя всяческую ответственность. Если он и решает действовать, то упрощает сложившуюся ситуацию, при этом соответственно обедняется и упрощается репертуар возможных решений и действий. Скорее всего, будут выбраны наиболее примитивные и стереотипные, привычные способы реагирования, которые не соответствуют действительности и реальным возможностям человека. Чаще всего речь идет о психопатических формах поведения.

*Перенос.* Если для человека остаются недоступными какие-либо качества, которые он стремится у себя иметь или развить (необязательно положительные), то при такой форме психологической защиты он будет склонен их себе приписывать, копируя и подражая своему идеалу или авторитету и усваивая тем самым определенные стереотипы поведения. Речь может идти и об асоциальных стереотипах в том числе.

*Интеллектуализация* — одна из конструктивных защит. Человек перерабатывает внутри себя конфликтную ситуацию без эмоционального включения, но с оправдательной направленностью, логически выстраивая себе оправдательный вердикт, находя множество причин для того, чтобы объяснить, почему так получилось и никак не могло быть иначе, тем самым возлагая вину за свои действия на других или обстоятельства. Если человек не смог в своей жизни чего-либо достичь, то значимость недостигнутого будет преуменьшена («зелен виноград»). Возможна и сублимация, когда вытесненные неприемлемые побуждения компенсируются другими, социально одобряемыми.

*Реактивные образования.* Человек вместо проявления неприятных мыслей и чувств в качестве гиперкомпенсации преувеличенно развивает прямо противоположные вытесненным и принимаемые обществом и самой личностью.

4. *Коммуникативная направленность* включает в себя диалогическую направленность, авторитарную направленность, манипулятивную направленность, индифферентную направленность (4-й фактор).

*Диалогическая направленность личности* означает открытое позитивное сотрудничество, стремление к пониманию собеседника, уважение его мнения, доверие к нему. Общение равноправное, человек не боится высказывать свою точку зрения, готов ее изменить, пойти на компромисс.

*Авторитарность* свидетельствует об антигуманной направленности личности, неприятию любой иной точки зрения, насаждении своего понимания ситуации, стремлении к лидерству, доминированию, полному подчинению собеседника.

*Манипулятивная направленность* показывает стремление человека использовать собеседника в своих целях и для достижения своих выгод рассматривать партнера по общению как средство или объект, которым в любую минуту можно пренебречь. Сам же человек не стремится быть открытым, честным, искренним, подозревая, что это будет использовано против него.

*Индифферентная направленность личности* означает формализованное, сухое общение исключительно в деловых целях, без эмоциональной и личностной включенности, ориентированное на решение проблемы, при котором может не учитываться человеческий фактор.

5. *Праздность* включает в себя шкалы «праздность» и «чувствительность» (5-й фактор). *Праздность* свидетельствует о стремлении максимально защищать свое право на свободу и независимость, даже в ущерб общему делу, не вынося всякого давления и понукания. Это люди, на которых нельзя положиться, поскольку они делают только то, что сами хотят, они желают самостоятельно распоряжаться своим временем, но если их интересы совпадают с общественными — делают все так, как от них ожидают другие. Они эмоционально позитивны, веселы, активны, приносят суету в общение, умеют наслаждаться жизнью, организовывать маленькие радости, не стремятся к власти. При чрезмерном выражении характеристик по этой шкале мы говорим о пассивно-агрессивном расстройстве личности, которая саботирует любые предложения и работу, идущие вразрез с ее желаниями, склонна к неконструктивной критике, обидчива, завистлива, с уязвленным самолюбием, жалобами на судьбу.

*Чувствительность* характеризуется избеганием широких социальных контактов, больших аудиторий, отдается предпочтение маленьким «домашним» коллективам, где человек проявит свою креативность. Для него важно соблюдение установившегося привычного жизненного уклада, любые неожиданности вызывают дискомфорт. Самооценка у такой личности неустойчива и зависит от мнения окружающих людей. Решения принимаются взвешенно, после тщательного обдумывания, поспешных выводов не делается. Ведут себя вежливо, своих чувств не раскрывают, откровенны только с немногими близкими людьми.

Для того чтобы определить интегральные психодинамические векторы результирующего поведения, развивающегося в пространстве действия этих пяти психоэнергетических побудителей, в ходе исследования был проведен кластерный анализ полученного факторного решения по оценкам испытуемых по каждому фактору.

Как можно видеть на рис. 2.7, среди всех шкал определяется три кластера: 1-й — «антисоциальное позиционирование», 2-й — «тревожно-депрессивный», 3-й — «механизмы психологической защиты».

Кратко рассмотрим каждый из подходов, предлагаемых для работы с осужденными женщинами, имеющими расстройства личности и отличающимися различным способом реагирования на условия лишения свободы.

1. *Арт-терапия*. Термин «арт-терапия» (буквально: терапия искусством) ввел в употребление А. Хилл (1938) при описании своей работы с туберкулезными больными в санаториях. По свидетельству Б.Д. Карвасарского, к арт-терапии относятся такие занятия художественно-прикладного характера, как резьба по дереву, чеканка, лепка, выжигание, рисование, изготовление мозаики, витражей, всевозможных поделок из меха, тканей<sup>1</sup>.

М. Наумбург (1966) отмечала, что в любом, даже неподготовленном человеке заложена способность к трансляции своих внутренних переживаний, эмоциональных состояний в форме образов. Если пациент затрудняется в выражении словами своего внутреннего состояния, то он обязательно сможет сделать это в форме образов, предметов (например, с помощью коллажа).

А.И. Копытин (2011) рассматривает арт-терапию как совокупность психологических методов воздействия, осуществляемых

<sup>1</sup> См.: Карвасарский Б.Д. Указ. соч.

в контексте изобразительной деятельности клиента. Целью такого воздействия является не только коррекция, но и профилактика, в том числе эмоциональных расстройств. Работа может вестись как с психически здоровыми людьми, так и с пациентами, имеющими психические расстройства. Таким образом, этот метод доступен и понятен осужденным женщинам, учитывает их образовательный уровень и специфику имеющихся проблем.

Арт-терапия может использоваться как основной метод и в ряде других — как вспомогательный. Изобразительная деятельность помогает выразить эмоциональные переживания, отреагировать фантазии, глубинные конфликты и реконструировать психотравмирующую ситуацию, а затем найти внутренние ресурсы и, опираясь на них, увидеть способы разрешения конфликта, изменить свое поведение.

Арт-терапия не только помогает отреагированию сильных эмоций, но и дает возможность осознать внутренние конфликты и свои ощущения, интерпретировать вытесненные цензурируемые переживания, повысить самооценку, стрессоустойчивость. Кроме того, есть прекрасная возможность развить свои художественные и эстетические способности. В процессе психокоррекционной работы в рамках арт-терапии постепенно развиваются навыки саморефлексии, самоанализа, клиент учится принимать свои чувства, изменять свое отношение к проблеме, происходит очевидный личностный рост, взросление личности, что особенно важно в работе с осужденными, имеющими личностные расстройства.

1. *Медитация* рассматривается как особый способ концентрации, углубленной сосредоточенности. Медитативные техники и дыхательные упражнения развивают произвольное внимание и произвольный самоконтроль и являются наиболее простыми упражнениями для развития саморефлексии. Эти техники используются также для расслабления и релаксации, что облегчает осознание психологических проблем, помогает посмотреть на них с другой стороны или дистанцироваться. Это дает возможность найти новые способы решения проблемы и поведенческих стратегий в сложной для клиента ситуации. Медитативные техники и дыхательные упражнения улучшают функционирование всех систем организма, общее психическое состояние человека.

3. *Гештальт-психология* предлагает весьма удобные, образные и простые техники и упражнения, которые могут быть эффек-

тивными в работе с осужденными, в первую очередь женщинами, в силу их эмоциональности и склонности к образному мышлению.

Ф. Перлз (1994) считал, что человек функционирует как единое целое и здоровая личность умеет себя поддерживать и регулировать, принимать решения и делать осознанный выбор. Главным же принципом гештальт-терапии является сосредоточенность на «здесь и сейчас», ориентация на текущих переживаниях и эмоциях клиента, а не поиск имеющихся причин в глубоком прошлом, поскольку в сознании человека наиболее важные события занимают центральное место и образуют так называемую фигуру, или гештальт, а более второстепенная информация образует фон. В зависимости от актуальности фигура и фон могут меняться местами. Построение и завершение гештальта — это показатель здоровой психической деятельности личности.

4. В *когнитивно-поведенческой психотерапии* (Д. Келли, А. Бек (2007)) особое внимание уделяется мыслям клиента о себе, об окружающем мире. Используются понятия о неадаптивных стратегиях обработки информации, которые искажают восприятие действительности. Анализ этих стратегий и автоматических мыслей клиента позволяет изменить его поведение, сделать более успешным. Широко применяется система домашних заданий, направленных на перенос полученных новых навыков в среду реального взаимодействия.

5. *Групповая психологическая коррекция*. Независимо от психодинамического типа (способа реагирования на условия лишения свободы) с осужденными женщинами работают над закреплением в сознании групповых норм гуманного взаимодействия через доступные им формы социального поведения, создания игровых проблемных и нравственных ситуаций. Групповая работа позволяет психологу использовать следующие терапевтические факторы воздействия группы (I.D. Yalom, 1985):

- 1) поощрение надежды на помощь;
- 2) универсальность проблем, но индивидуальность их переживания;
- 3) информирование участников группы об основных психологических закономерностях;
- 4) альтруизм и эмпатийность — поддержка со стороны других участников группы;
- 5) коррекция опыта первичной семьи;

- 6) совершенствование социальных навыков;
- 7) имитационное поведение — в группе представлены модели поведения, можно брать с них пример;
- 8) изучение межличностного взаимодействия;
- 9) сплоченность группы (взаимодействие между интимностью и дистанцией);
- 10) экзистенциальные факторы (понятие смысла жизни, свободы и ответственности, смерти и т.п.);
- 11) корректирующий эмоциональный опыт — получение обратной связи от участников группы.

#### Список литературы

1. *Гульдан В.В.* Значение особенностей мотивации противоправного поведения при решении вопроса о вменяемости при психопатиях // Проблемы вменяемости в судебной психиатрии. М., 1983. С. 55—64.
2. *Гориков И.В., Горинев В.В.* Расстройства личности и агрессия (обзор литературы) // Рос. психиатр. журн. 1998. № 5. С. 68—73.
3. *Гориков И.В., Горинев В.В.* Личностная патология и внутрисемейная агрессия // Социальная и клиническая психиатрия. 1997. Т. 6. № 2. С. 25—31.
4. *Психологические аспекты агрессивного поведения / И.А. Кудрявцев и др.* // Агрессия и психическое здоровье / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича. М., 2002.
5. *Диденко А.В.* Расстройства личности у осужденных в условиях исправительных учреждений (социокультуральный и адаптационный аспекты): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск, 2012.
6. *Семке В.Я., Диденко А.В., Аксенов М.М.* Расстройства личности у осужденных. Монография. Томск, 2012.
7. *Головин С.Ю.* Словарь практического психолога. Минск, 1998.
8. *Лейбин В.* Словарь-справочник по психоанализу. М., 2010.
9. *Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н.* Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психиатров. М.; Воронеж, 2002.
10. *Кудрявцев И.А.* О диагностической информативности некоторых патопсихологических синдромов // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 1982. № 12.
11. *Братусь Б.С., Розовский И.Я., Цапкин В.Н.* Психологические проблемы изучения и коррекции аномалий личности. М., 1988.

12. *Братусь Б.С.* Психологический анализ данных историй болезни как метод исследования личности. Экспериментальные исследования в патопсихологии. М., 1976.
13. *Гомонов Н.Д.* Психические девиации: механизм преступления — уголовная ответственность — предупреждение преступного поведения. Монография / Под общ. ред. В.П. Сальникова. СПб., 2001.
14. *Антоян Ю.М., Гульдан В.В.* Криминальная патопсихология. М., 1991.
15. *Сафуанов Ф.С.* Эмоционально-смысловая регуляция восприятия у психопатических личностей истеро-возбудимого круга: Дис. ... канд. психол. наук. М., 1986.
16. *Симоненкова М.Б.* Некоторые механизмы нарушения критичности у психопатических личностей. Дис. ... канд. психол. наук. М., 1986.
17. *Лавринович А.Н.* Эмоциональная регуляция мышления психопатических личностей: Дис. ... психол. наук. М., 1987.
18. *Литвиненко И.В.* Особенности самосознания психопатических личностей: Дис. ... канд. психол. наук. Л., 1989.
19. *Бержере Ж.* Психоаналитическая патопсихология // Проблема защит. М., 2001.
20. *Василук Ф.Е.* Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций. М., 1984.
21. *Кирибаум Э.И., Еремеева А.И.* Психологическая защита. 2-е изд. М., 2000.
22. *Агрессия и психическое здоровье* / Под ред. Т.Б. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича. СПб., 2002.
23. *Типология женщин, совершивших тяжкие общественные деяния* / Н.Б. Калюжная и др. // Независимый психиатрический журнал. 1997. № 2. С. 38–42.
24. *Агрессия и психическое здоровье* / Под ред. Т.Б. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича.
25. *Ушатиков А.И., Казак Б.Б.* Основы пенитенциарной психологии: Учебник. 2-е изд., перераб. и доп. Рязань, 2003. С. 134.
26. <http://www.psuhologu.spb.ru/articles/tez/2000/fl15.htm>
27. *Психологическое обеспечение процесса адаптации осужденных к условиям исправительных учреждений* / А.В. Наприс и др. Рязань, 2005.
28. *Пирожков В.Ф., Глоточкин А.Д.* Эмоции и чувства человека, лишённого свободы. М., 1970.
29. *Слободяник А.П.* Психотерапия. Киев, 1963.
30. *Пуховский Н.Н.* Об одном из вариантов динамики личности осужденного в условиях лишения свободы // Педагогическое наследие А.С. Макаренки и проблемы воспитания осужденных. Материалы Всесоюз. науч.-практ. конф. Рязань, 1978.

## 2.5. Особенности содержания осужденных, имеющих психические отклонения

Распространенность психических заболеваний среди осужденных особого режима несколько больше по сравнению с другими осужденными. Это может быть связано с более длительным пребыванием в местах лишения свободы.

По распространению психические заболевания могут разделяться следующим образом:

1) психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя или наркотических веществ. Сюда входят осужденные с изменениями личности вследствие длительного употребления алкоголя или наркотических веществ;

2) органические, включая и симптоматические психические расстройства, причиной которых являются различные нарушения центральной нервной системы вследствие физиологического воздействия;

3) шизофрения и различные невротические состояния, связанные со стрессом.

Лечение психических заболеваний происходит в специализированных отделениях лечебно-исправительных учреждений. Осужденные, прошедшие лечение, поступая в учреждения, продолжают наблюдаться у штатного врача-психиатра в исправительном учреждении и ставятся на диспансерный учет. На диспансерном учете проходят осмотр не реже одного раза в месяц.

Содержание осужденных, имеющих психические заболевания, никак не отражается на содержании, за исключением, когда болезнь находится в стадии обострения. В данном случае больной изолируется в медицинской части учреждения, а в случае угрозы жизни и здоровью окружающих немедленно этапируется в лечебно-исправительное учреждение или в больницу.

*Психологические особенности осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях особого режима и имеющих психические заболевания.* Взаимодействие с описываемой категорией осужденных зависит от конкретного диагноза и всегда учитывается при выстраивании коммуникации. Также необходимо учитывать при взаимодействии, что у данной категории осужденных нередки случаи членовредительства, которые могут заканчиваться летально. В литературе описываются случаи, когда «голоса» или «высший разум» толкали осужденных на побег или совершение убийства.



## 2.6. Психологические особенности тубифицированных осужденных и специфика их медико-психологического сопровождения

Одной древнейших болезней в мировой истории является туберкулез. Устаревшие названия — чахотка (греч. — *phthisis*) и буторчатка (от лат. *tuberculum* — буторок). Туберкулез относится к старейшему заболеванию, симптомы которого описаны еще с древних времен. Об этом свидетельствуют данные раскопок и древнейшие документы человеческой письменности. Туберкулезные поражения позвоночника обнаружены при исследовании останков человека периода неолита (около 5000 лет до н.э.), египетских мумий (около 2700 лет до н.э.). Еще за 3000 лет до н.э. туберкулез был известен китайцам. Во времена эллинской культуры был описан достаточно точно [4], например мумии молодого жреца в Финах (около 1000 лет до н.э.). На стенах египетских гробниц (2160—1335 лет до н.э.) изображены фигурки людей с изменениями, характерными для туберкулеза позвоночника и тазобедренного сустава [3]. В кодексе Законов Хаммурапи (XVIII в. до н.э.) образно описывается легочная чахотка и регламентируется право на развод с заболевшей ею женщиной [13].

Несмотря на это, возбудитель туберкулеза был открыт только в XIX в., им является микробактерия «палочка Коха», открывая немецким ученым Робертом Кохом в 1882 г. В конце XX в. туберкулез определяли как хроническую инфекционную болезнь, вызываемую микобактериями туберкулеза [3].

Туберкулез — хроническое инфекционное заболевание, характеризующееся образованием в разных органах, чаще в легких, специфических воспалительных изменений [13].

В 80-х годах прошлого века классификация туберкулеза зависела от локации поражения, выделяли туберкулез органов дыхания, туберкулез кожи, периферических лимфатических узлов, костей и суставов, мочеполовой системы, абдоминальный туберкулез и др. [3]. Б.В. Петровский выделяет легочный и внелегочный туберкулез. Легочный туберкулез разделяет на первичный туберкулез, возникающий обычно после первого контакта с возбудителем, обычно в детстве, и вторичный туберкулез, который характеризуется тем, что в старых очагах в легких или лимфатических узлах сохраняется «дремлющая» инфекция, которая при благоприятных условиях активизируется. Внелегочный туберкулез: туберкулез костей и суставов, лимфатических узлов, почек, кишечника, кожи, туберкулезный менингит [13].

В настоящее время определение понятия «туберкулез», так же как и классификация, претерпело некоторые изменения: Туберкулез (ТБ) является инфекционной бактериальной болезнью, вызываемой микобактерией туберкулеза, которая наиболее часто поражает легкие [24]. Туберкулез передается от человека к человеку через капли из глотки и легких людей, больных активной респираторной формой болезни [23].

По данным Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), к туберкулезу относятся инфекционные заболевания, вызванные *Mycobacterium tuberculosis* и *Mycobacterium bovis*:

- туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически (А-15);
- туберкулез органов дыхания, не подтвержденный бактериологически и гистологически (А-16);
- туберкулез нервной системы (А-17) (туберкулезный менингит: туберкулез мозговых оболочек (головного мозга, спинного мозга), туберкулезный лептоменингит; менингеальная: туберкулема мозговых оболочек; туберкулез нервной системы других локаций: туберкулема (головного мозга, спинного мозга), туберкулез (головного мозга, спинного мозга), туберкулезный (ая): абсцесс головного мозга, менингоэнцефалит, миелит, полиневропатия; туберкулез нервной системы неуточненный);
- туберкулез других органов (А-18) (туберкулез костей и суставов: туберкулез (тазобедренного сустава, коленного сустава, позвоночника), туберкулезный (ая) (артрит, мастоидит, некроз костей, остеоит, остеомиелит, синовит, теносиновит); туберкулез мочеполовых органов: туберкулез (мочевого пузыря, шейки матки, почек, мужских половых органов, уретры), туберкулезное воспаление органов и тканей малого таза у женщин; туберкулезная периферическая лимфаденопатия: туберкулезный аденит; туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов: туберкулез (заднего прохода и прямой кишки, кишечника (толстого, тонкого), ретроперитонеальный (лимфатических узлов)), туберкулезный (асцит, энтерит, перитонит); туберкулез кожи и подкожной клетчатки: эритема индуративная туберкулезная (волчанка, скрофулодерма); туберкулез глаза: туберкулезный (хориоретинит, эписклерит, интерстициальный кератит, иридоциклит,

кератоконъюнктивит); туберкулез уха: туберкулез средний отит; туберкулез надпочечников: болезнь Аддисона туберкулезной этиологии; туберкулез других уточненных органов: туберкулез (эндокарда, миокарда, пищевода, перикарда, щитовидной железы));

- милиарный туберкулез (А-19) (туберкулез: диссеминированный, генерализованный; туберкулезный полисерозит).

Также уделяется внимание последствием туберкулеза (В90) [14,22].

О глобализации заболевания говорят статистические данные разных лет: в начале XX в. в Европе умирало ежегодно порядка 1 млн жителей. В дореволюционной России — около 30 человек из каждых 10 тыс. граждан. В 1993 г. ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) объявила туберкулез глобальной проблемой. Статистика заболеваемости туберкулезом, которую приводит ВОЗ, составляла 9 млн заболевших в год по всему миру, из которых 2 млн умирали. Не менее масштабно туберкулез распространялся и в нашей стране. По данным Роспотребнадзора, в 2012 г. зарегистрировано 96 740 новых заболеваний, 2013 г. — 83 545, 2014 г. — 78 125, 2015 г. — 77 650, 2016 г. — 72 639, 2017 г. — 66 568, 2018 г. — 61 544. Ежегодно в нашей стране в расчете на 100 000 человек заболевает: 2012 г. — 67,7; 2013 г. — 58,4; 2014 г. — 54,6; 2015 г. — 53,2; 2016 г. — 49,7; 2017 г. — 45,5; 2018 г. — 42 [11].

В науке интерес к данной проблематике возникал систематически как у отечественных ученых, так и у зарубежных. В разное время туберкулез изучали Юлиус Конгейм, Теодор Лангганс, Роберт Кох, Карло Форланини, Алексей Абрикосов, Шарль Манту, Феликс Мендель, Александр Колесник и многие другие.

Во второй половине XX в. многие исследователи обратили внимание на личностные особенности тубинфицированных лиц, которые значительно отличались от здоровых людей либо отягощенных другим заболеванием. В своих исследованиях К. Кгаерелін выявил, что тубинфицированным лицам свойственна повышенная чувствительность, раздражительность, усиливаются подавленное состояние и эгоизм. М. Boss в своих работах обращает внимание на недоверие к окружающим, повышенную внушаемость, также эгоизм и ипохондрические проявления. Также выделяется обостренная чувствительность в межличностных отношениях, значительная изменчивость самооценки [8].

Л.И. Панкратова характеризует тубинфицированных как лиц со сниженной способностью контролировать свои эмоции, имеющих сенситивность, с нарушенными способностями к адаптации (снижена устойчивость к стрессовым воздействиям) [11]. М.В. Виноградов утверждает, что для тубинфицированных характерны депрессивные реакции, усугубленные характером болезни больше, чем у других категорий больных, также ею отмечено нарушение социальной адаптации (противопоставление себя социуму) [6]. Психологическое обследование впервые выявленных больных туберкулезом с преимущественно ранними формами процесса, проведенное Э.Л. Шульгиной, показало у большей части изменения психики [18]: астенические нарушения (повышенная раздражительность, эмоциональная лабильность), астенодепрессивные и депрессивные, ипохондрические, истерические, псевдонимом уникальные, дистимические синдромы.

Данные Р.Ш. Валиева по изучению личностных характеристик выявили выраженные изменения по шкале психотической триады (ипохондрия, депрессия, истерия), психопатия и шизофрения. При хронических прогрессирующих формах туберкулеза выявлена ипохондризация личности, сочетающаяся с депрессивными расстройствами, нарастающей психоастенизацией, уходом личности во внутренний мир переживаний, чаще всего диагностировались патохарактерологические черты, почти у всех изменения были декомпенсированные. По мнению автора, нарушения психологического статуса являются одним из механизмов прогрессирования туберкулеза и наиболее запущенные формы туберкулеза возникают у лиц с декомпенсированным состоянием психики [5].

Н.Ю. Исаева, Л.И. Панкратова пишут о снижении толерантности к стрессовым воздействиям тубинфицированных [11,15]. Психическое (эмоциональное) напряжение как результат стресса возникает тогда, когда нормальная адаптивная реакция недостаточна [7,10].

Психический стресс — восприятие угрозы — зависит не только от объективных характеристик ситуации, но и от индивидуальной интерпретации человеком [16].

Стресс как реакция реализуется в жизненно важных ситуациях с неопределенным результатом их разрешения, однако в каждом из состояний организма, развивающихся при средовых воздействиях, имеется стрессовый компонент, выраженность

которого, по мнению Р.М. Баевского, тем выше, чем ниже адаптационные возможности организма [1].

Проявлением острого или хронического стресса является состояние тревоги [17]. Интенсивность тревоги отражает индивидуальные особенности субъекта в большей степени, чем реальная значимость угрозы, поэтому часто разделяют тревогу как личностную черту, обуславливающую готовность к тревожным реакциям, и актуальную, входящую в структуру психического состояния в данный момент. Личностная тревожность — относительно устойчивая индивидуальная характеристика, дающая представление о предрасположенности человека воспринимать широкий круг ситуаций как угрожающих и реагировать на них состоянием тревоги. Тревога оценивается как форма адаптации организма в условиях острого или хронического стресса, представляет собой не столько форму психической адаптации, сколько сигнал, свидетельствующий о ее нарушении. Чем выше уровень личностной тревожности, тем больше риск срыва [2].

По мнению американского психолога и психотерапевта Ролло Мэя, лихорадка (невротическая тревога) — это свидетельство того, что внутри происходит борьба. Это говорит о том, что тело мобилизует свои внутренние ресурсы и ведет борьбу с инфекцией, с туберкулезной палочкой легких. Невротическая тревога — признак нерешенного глубинного конфликта. В примере с тубинфекцией речь идет о борьбе между телесными силами и инфицирующими бактериями, это свидетельствует о борьбе между силой Я и опасностью, грозящей разрушить существование. Когда у тубинфицированного пациента случается лихорадка, это говорит о том, что остается надежда на выздоровление; после прекращения лихорадки пациент умирает [9].

Большую роль, по мнению Мэя, в лечении инфекционных заболеваний играет самосознание. Человека, ощущающего себя как раздираемого на части и способного выразить лишь пассивное отношение к болезни и лечению, нельзя отнести к человеку с самосознанием. Ролло Мэй утверждает, что необходимо руководствоваться здравым смыслом, чтобы не отказываться от лечения и оказать помощь своему Я, но нет необходимости отказываться от власти над своим телом. При лечении психосоматических заболеваний или хронических заболеваний важно, по его мнению, «прислушиваться к своему телу», принимая решение, когда работать, а когда отдыхать [9].

Организация и реализация медико-психологического сопровождения тубинфицированных осужденных стоит перед сотрудниками медицинских и психологических служб, которое включает в себя медицинское просвещение, психологическое просвещение [20], психологическую профилактику [21], психологическую диагностику [21], психологическую коррекцию [21], консультативную деятельность психолога. Особое место уделяется лечению и психологической коррекции психоэмоционального состояния осужденного в процессе лечения.

Диагностика как элемент медико-психологического сопровождения включает в себя установление диагноза и диагностирование психоэмоционального состояния, отношения к болезни и процессу лечения.

Для установления диагноза медицинский персонал лечебно-исправительного учреждения проводит комплексную диагностику, включающую в себя сбор анамнеза, флюорографическое обследование, анализ мокроты и других биологических жидкостей.

Психологические службы проводят анализ первичных материалов: изучение личных дел осужденных, медицинских карт, сбор анамнеза при беседе с родственниками и самим осужденным. Для комплексности диагностики проводятся психодиагностические мероприятия, направленные на определение уровня тревожности, раздражительности, агрессивности, самооценки, эмоциональной лабильности, возможных ментальных расстройств. Диагностические медико-психологические данные дают возможность планировать процесс лечения и осуществлять психологическое сопровождение.

Диагностированный на ранних стадиях туберкулез поддается лечению. В процессе лечения применяют комплекс препаратов противотуберкулезного действия (примерно 4—5 одновременно). Лечение длится от полугода до неопределенного срока в случаях повторного инфицирования. Противотуберкулезные препараты делятся на средства первого ряда (основные) и препараты второго ряда (резервные). Лекарства (стрептомицин, пипразинамид, рифампицин, изониазид, этамбутол) отличаются друг от друга эффективностью действия и количеством побочных эффектов. К резервным препаратам относятся фторхинолоны, тиамиды, циклосерин, аминогликозиды, полипептиды и аминокислота. Также в лечение применяются дыхательная гимнастика, укрепление иммунитета и физиотерапия. При более тяжелых случаях применяется операционное вмешательство для удаления части легкого [13].

Весь комплекс медицинского воздействия влияет в первую очередь на психику пациента. Перед пенитенциарными психологами стоят основные задачи: целенаправленное воздействие на самосознание личности, принятие себя в болезни, ориентация на излечение, конструктивное взаимодействие с медперсоналом учреждения, повышение уровня доверия, снижение уровня тревожности, раздражительности, агрессивности, эмоциональной лабильности, стабилизация самооценки. При этом психологи используют релаксационные методы, арт-терапию (песочная терапия, мандалы, сказкотерапию), приемы нейролингвистического программирования, психодраму.

При медико-психологическом сопровождении осужденных должны быть включены три категории клиентов:

1) тубинфицированные осужденные, с которыми осуществляется комплексное медико-психологическое сопровождение (медицинское просвещение, профилактика, диагностика, коррекция, консультативная деятельность);

2) родственники, которым с письменного разрешения сообщается информация о состоянии здоровья осужденного, осуществляется медико-психологическое просвещение;

3) сотрудники учреждения, с ними организуется просветительская, профилактическая работа, направленная на осознание необходимости сохранения своего здоровья и взаимодействие с тубинфицированными осужденными.

#### Список литературы

1. *Баевский Р.М.* Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. М.: Наука, 1979.
2. *Березин Ф.Б.* Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988.
3. *Большая медицинская энциклопедия.* В 30 т. / Гл. ред. Б.В. Петровский. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия, 1985 Т. 25.
4. *Большая медицинская энциклопедия.* М.: Астрель, 2003.
5. *Валиев Р.Ш.* Лечение больных туберкулезом легких с учетом особенностей их личности и отношения к болезни // Проблемы туберкулеза. 1999. № 4. С. 27—30.
6. *Виноградов М.В.* Психические состояния больных с ограниченными формами туберкулеза легких // Проблемы туберкулеза. 1991. № 10. С. 41—43.
7. *Леонова А.Б.* Психодиагностика функциональных состояний человека. М.: Изд-во МГУ, 1984.

8. *Лукашова Е.Н.* Психовегетативные особенности подростков, больных туберкулезом органов дыхания. Дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2004.
9. *Мэй Р.* Человек в поисках себя. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2013.
10. *Панин Л.Е.* Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении. Новосибирск: Наука, 1981.
11. *Панкратова Л.Э.* Клиника и лечение туберкулеза легких у впервые выявленных больных с пограничными нервно-психическими расстройствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1988.
12. *Панченков Т.П.* Роль педагога в борьбе с туберкулезом в школе и через школу. 2-е изд. Вятка: Тубсанатории Вятской губернии, 1921.
13. *Популярная медицинская энциклопедия* / Гл. ред. Б.В. Петровский: Т. 1. М.: Советская энциклопедия, 1987.
14. *Приказ Минздрава РФ от 21.03.2003 № 109 (ред. от 29.10.2009) «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в российской федерации».*
15. *Проблема психодиагностики в подростковом противотуберкулезном учреждении. Новые технологии в диагностике и лечении туберкулеза различных органов и систем* / Н.Ю. Исаева, Е.А. Астрова, Л.А. Белова и др.: Сб. науч. тр. и материалов Всерос. конф. / Санкт-Петербург, НИИ фтизиопульмонологии. СПб., 1998. XV. Т. II С. 20—21.
16. *Селье Г.* Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1982.
17. *Ханин Ю.Л.* Стресс и тревога в спорте. М.: Физкультура и спорт, 1983.
18. *Шульгина Э.Л.* Нервно-психические нарушения у впервые выявленных // Психологии. 1978. № 6. С. 94—106.
19. *Больные туберкулезом легких и способы их коррекции* / Э.Л. Шульгина, К.Л. Иммерман, С.В. Панкратова и др. // Проблемы туберкулеза. 1993. № 4. С. 37—40.
20. *Ганишина И.С.* Основы валеологии: Учеб. пособие для образовательных организаций ФСИН России. Ульяновск, 2017.
21. *Ганишина И.С.* Психолого-педагогические особенности организации психологического просвещения осужденных // Казанская наука. 2015. № 12. С. 194—196.
22. *Ганишина И.С.* Проблемы психологической диагностики, профилактики, коррекции наркотической зависимости осужденных // Глобальный научный потенциал. 2015. № 1 (46). С. 18—20.



23. <https://mkb-10.com/index.php?pid=72> (03/10/2019)
24. <https://www.rospotrebnadzor.ru/activities/statistical-materials/> (06/10/2019)
25. <https://www.who.int/topics/tuberculosis/ru/> (06/10/2019)

## 2.7. Общая характеристика аддиктивного поведения осужденных и их медико-психологическое сопровождение в пенитенциарных учреждениях уголовно-исполнительной системы

В целях рассмотрения особенностей личности наркозависимого осужденного и ее медико-психологическое сопровождение в пенитенциарных учреждениях УИС необходимо более подробно остановиться на общей характеристике аддиктивного поведения личности в пенитенциарной клинической психологии.

Термин *addiction* изначально был введен в науку в 60-х годах XX в. Экспертами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) он использовался для обозначения зависимо-го от наркотиков и алкоголя человека, позднее понимание термина стало рассматриваться гораздо шире. Тем не менее, несмотря на глубину и длительность разработки данного феномена, в современной психологии отсутствует единое понимание термина «аддиктивное поведение».

Аддиктивное поведение (от англ. *addiction* — склонность, пагубная привычка; лат. *addictus* — рабски преданный), с точки зрения Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко, — особый тип деструктивного поведения, которое выражается в стремлении к уходу от реальности посредством специального изменения своего психического состояния<sup>1</sup>. В настоящее время это определение является наиболее распространенным в отечественной психологии.

Отечественными и зарубежными авторами (Ц.П. Короленко, Т.А. Донских, В. Segal) аддиктивное поведение рассматривается как одна из форм деструктивного поведения, причиняющая реальный вред человеку и обществу в целом<sup>2</sup>.

Е.В. Змановская под аддиктивным поведением понимает отклоняющееся поведение личности, связанное со злоупотреб-

<sup>1</sup> *Большой психологический словарь* / Под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. 3-е изд., доп. и перераб. СПб.: Прайм-Еврознак, 2006.

<sup>2</sup> *Короленко, Ц.П. Семь путей к катастрофе. Деструктивное поведение в современном мире.* Новосибирск: Наука, 1990. С. 54—59.

лением токсическими, наркотическими, психотропными вещества в целях своей саморегуляции или адаптации<sup>1</sup>.

В рамках исследования аддиктивного поведения осужденных важно отметить, что степень тяжести аддиктивного поведения может быть различной: от легкой степени до тяжелых форм психофизиологической зависимости, сопровождающихся выраженной соматической и психической патологией, при этом аддиктивное поведение необязательно приводит человека к заболеванию или смерти, но всегда вызывает индивидуально-личностные изменения и социальную дезадаптацию.

Ц.П. Короленко<sup>2</sup> указывает на типичные социально-психологические изменения, сопровождающие формирование аддикции. Важнейшей особенностью он считает появление у личности аддиктивной установки — совокупности когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностей, вызывающих аддиктивное отношение к жизни и, как следствие, аддиктивное поведение. Такая установка неизбежно приводит к тому, что объект зависимости становится целью существования, а употребление психически активных веществ — образом жизни.

По мнению большинства специалистов в области психологии, медицины, психиатрии, наркологии, одним из самых негативных проявлений аддиктивной личностной установки является анозогнозия — отрицание болезни и игнорирование ее последствий.

К.С. Лисецкий и Е.В. Литягина высказывают несколько иную точку зрения: авторы разделяют аддиктивное и зависимое поведение личности: зависимость от объектов неживой природы они считают аддитивным поведением; от объектов как неживой, так и живой природы — зависимым поведением<sup>3</sup>.

Следует отметить, что аддиктивное поведение часто воспринимается специалистами в области клинической психологии, медицины, психиатрии, психотерапии, наркологии как некоторое пограничное состояние между нормой и зависимостью.

В рамках исследуемой проблемы наибольший интерес составляет важнейшая характеристика аддиктивной личности — ее *зависимость*. Остановимся на ее рассмотрении более под-

---

<sup>1</sup> Змановская Е.В. Девиантология (психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2003. С. 119.

<sup>2</sup> Короленко, Ц.П. Личность и алкоголь. М., 1987. С. 79.

<sup>3</sup> Лисецкий К.С. Психология и профилактика наркотической зависимости. Самара: Бахрах-М, 2008.

робно. Зависимое поведение личности является одной из форм разрушающего поведения, которая выражается в ее стремлении к уходу от реальности путем изменения психического состояния посредством приема некоторых веществ или постоянной фиксации внимания на определенных предметах, видах деятельности, что сопровождается состоянием эйфории, психофизиологического комфорта.

По мнению большинства отечественных и зарубежных психологов, аддикции формируют не только химическую и эмоциональную зависимость у самого аддикта, но и созависимость у окружающих его людей.

Химическая зависимость проявляется в изменении психофизиологического состояния личности под действием аддиктивного агента (наркотические и психотропные вещества, алкоголь, никотин).

Эмоциональная зависимость выражается в переживании личностью интенсивно выраженных ярких эмоций, которые постепенно становятся жизненно необходимыми и овладевают человеком полностью.

Созависимость у друзей и членов семьи аддикта проявляется в виде формирования тревоги за зависимого, появления к нему жалости, чувства стыда, вины, обиды, ненависти.

Большинство отечественных и зарубежных ученых отмечают, что вид аддиктивного агента, посредством которого осуществляется изменение настроения и уход от реальности, лежит в основе большинства существующих классификаций зависимого поведения.

При характеристике аддиктивного поведения важно знать, что оно имеет динамику, т.е. определенное развитие, заключающееся в прогрессирующем характере нарушений в том случае, когда процесс не будет остановлен.

Наиболее исчерпывающей, на наш взгляд, является классификация Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриевой, которые выделяют следующие основные виды аддикций: нехимические, химические, нарушение пищевого поведения. Эта классификация является наиболее распространенной в современной отечественной психологии.

Нехимические аддикции включают в себя следующие формы

- гемблинг (лудомания);
- интернет-аддикция;
- сексуальные аддикции;
- работоголизм (трудоголизм);

- аддикции отношений (группы по интересам);
- шопомания (ониомания);
- ургенная аддикция (состояние постоянной нехватки времени);
- религиозный фанатизм, сектантство.

*Гемблинг* (англ. gambling — азартная игра), или лудомания (от лат. ludus — игра и греч. mania — страсть, одержимость), относится к игромании, означающей паталогическую страсть к азартным играм. Гемблинг — постоянное участие в азартных играх, ставящее под угрозу профессиональную и личную жизнь человека. Американский философ Джон Белл провел специальное исследование, в котором рассчитал, что если игромания охватывает больше 10% взрослых и 25% подростков, то под угрозой оказываются психическое здоровье нации и национальная безопасность государства в целом.

*Интернет-аддикция* — зависимость от пользования Интернетом. Поведенчески интернет-зависимость проявляется в том, что люди, находясь в виртуальной реальности, фактически начинают отказываться от реальной жизни. Часто интернет-аддикция понимается гораздо шире. Сюда относят зависимость от компьютера, т.е. пристрастие к работе с компьютером (играм, программированию); «информационную перегрузку», т.е. компульсивную навигацию по WWW, поиск в удаленных базах данных; использование Интернета, паталогическую привязанность к азартным играм, онлайнovým аукционам или электронным покупкам в Интернете; зависимость от «киберотношений».

Кимберли Янг выделил четыре симптома интернет-аддикции: 1) навязчивое желание проверить e-mail; 2) постоянное ожидание следующего выхода в Интернет; 3) жалобы окружающих на то, что человек проводит слишком много времени в Интернете; 4) жалобы окружающих на то, что человек тратит слишком много денег на Интернет.

*Сексуальные аддикции* — это навязчивое половое поведение, которое подсознательно используется для достижения психологического комфорта и наслаждения. Для сексуальной зависимости характерны следующие особенности: неспособность контролировать сексуальные стремления; частота сексуальных импульсов со временем увеличивается; при длительном сексуальном воздержании возможны симптомы абстинентного синдрома; зависимый человек часто становится неуправляемым в других сферах жизни.

Люди, страдающие сексуальной зависимостью, получают от половых контактов приятные ощущения, которые подавляют негативные эмоции и являются средством отвлечься от повседневной жизни. Со временем сексуальная потребность становится настолько сильной, что аддикты практически не могут противостоять ей.

*Работоголизм (трудооголизм)* — бегство от реальности, заключающееся в изменении личностью своего психического состояния, которое проявляется в фиксации на работе.

*Аддикции отношений* (группы по интересам) характеризуются привычкой человека к определенному типу отношений. Существуют следующие виды аддикции отношений: любовные, аддикции избегания. Любовные аддикции заключаются в навязчивом желании восстановления прежнего, доставляющего удовольствия уровня отношений с бывшим объектом любви. Признаки любовных аддикций, описанные Ц.П. Короленко и Н.В. Дмитриевой, заключаются в следующем: 1) непропорционально много времени и внимания уделяется человеку, на которого направлена аддикция; 2) мысли о «любимом» доминируют в сознании, становясь сверхценной идеей; 3) процесс носит в себе черты навязчивости, сочетаясь с насильственностью, от которой чрезвычайно трудно освободиться; 4) аддикт находится во власти переживания нереальных ожиданий в отношении другого человека, находящегося в системе этих отношений<sup>1</sup>.

Аддикции избегания стремятся придать любовным отношениям «тлеющий» характер, который состоит в желании проводить время в компании, на работе, в общении с другими людьми.

*Шопоманья* (ониомания) — неконтролируемая, неумеренная страсть к покупкам. Причины зависимости уходят корнями в детство. Замена в детстве родительской любви подарками оставляют в психике взрослого человека неудовлетворенность, которая возникает в результате нехватки внимания и любви. При совершении покупок шопоголики полностью лишаются умения рационально мыслить, здраво оценивать ситуацию, так как при помощи этого занятия компенсируется нехватка внимания и общения. Новая покупка — это награда и утешение для такого человека. Также одной из причин страсти к покупкам может быть низкая самооценка личности.

<sup>1</sup> Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 1991. № 1. С. 8—15.

*Ургентная аддикция* — зависимость, выражающаяся принятием абсолютно всех требований, касающихся профессиональной деятельности, ургентные аддикты соглашаются выполнять дополнительную работу в любое, даже праздничное, время; потеря способности радоваться жизни в настоящем, заикленность на задачах будущего или неудачах прошлого; 5) хроническая фрустрация базовых потребностей. Так как одной из составляющих ургентной аддикции является работоголизм, ургентный аддикт, выполняя профессиональные обязанности, лишает себя времени, необходимого для удовлетворения собственных потребностей и потребностей, связанных с семьей, детьми, домашними делами.

*Религиозный фанатизм* (от лат. *fanaticus* — исступленный, неистовый) — слепая, доведенная до крайней степени приверженность религиозным идеям и стремление к неукоснительному следованию им в практической жизни, нетерпимость к иноверам и накомыслящим. Религиозный фанатизм особо явно проявляется в религиозном сектантстве — крайней степени увлечения религиозной деятельностью с созданием из нее культа, поклонением и растворением в группе единомышленников. Религиозный фанатизм обычно основан на святости жертвы во имя религиозных принципов.

Химические аддикции включают в себя:

- алкоголизм;
- наркоманию;
- токсикоманию;
- табакокурение.

Химическая зависимость понимается в современной психологии, психиатрии, медицине как прогрессирующее, хроническое, неизлечимое заболевание, характеризующееся потерей контроля за употреблением, приводящем к смерти.

*Алкоголизм* — психическое заболевание, возникающее в результате длительного злоупотребления спиртными напитками, вызывающее психическую и физическую зависимость. Психологическая зависимость от алкоголя формируется на фиксации ощущения, что алкоголь вызывает положительный эффект, помогает расслабиться, вызывает повышенное настроение. Физическая зависимость имеет признаки неудержимого биологического влечения, потери контроля, невозможности удержаться от приема. Алкоголизм может спровоцировать эндогенные психозы. На последней стадии этой болезни развивается деменция (слабоумие).

*Наркоманией* называется группа заболеваний, которые проявляются влечением к постоянному приему в возрастающих количествах наркотических средств вследствие стойкой психической и физической зависимости от них с развитием абстиненции при прекращении их приема. Основными характеристиками наркомании являются приобретенная в результате злоупотребления наркотическим средством измененная реактивность к нему, что выражается в патологическом пристрастии (влечении) к наркотику, измененной восприимчивости, изменения первоначального действия наркотика на организм, возникновения абстинентного синдрома вслед за прекращением употребления наркотического средства.

Наркотическая зависимость предполагает возникновение у личности психической и физиологической зависимости.

В контексте исследуемой проблемы необходимо определиться в отношении понятийного аппарата, используемого при организации пенитенциарно-медицинской работы с наркозависимой личностью.

*Токсикомания* — злоупотребление различными химическими, биологическими и лечебными препаратами, не входящими в перечень наркотических (лак, топливо, клей, ацетон, химические, биологические и лекарственные средства). Вдыхание токсических веществ вызывает расстройство соматических и психических функций организма. Токсикомания вызывает переменную личность и способствует развитию стойкой физической и психической зависимости человека.

*Табакокурение* — вдыхание дыма тлеющих высушенных или обработанных листьев табака в виде курения сигарет, сигар, сигарилл, курительных трубок, кальяна. По совокупности признаков табакокурение, так же как и другие формы зависимости от никотина (жевание табака, употребление насвая и т.д.), отрицательным образом влияет не только на здоровье самих табакокурильщиков, но и окружающих курильщика лиц (пассивное курение). Никотин — главное психоактивное соединение в табачном дыме, который через альвеолы легких проникает в кровь. Ученые отмечают канцерогенные последствия табакокурения.

Нарушения пищевого поведения подразделяются:

- на анорексию;
- булимию;
- ожирение.

*Анорексия* — заболевание, в основе которого лежит нервно-психическое расстройство, проявляющееся навязчивым стрем-

лением к похуданию, страхом ожирения. Больные анорексией прибегают к потере веса с помощью диет, голодания, изнурительных физических упражнений, промывания желудка, клизм, вызова рвоты после еды. При анорексии наблюдается прогрессирующее снижение веса, нарушение сна, депрессия, возникает чувство вины при приеме пищи и голодании, возникает неадекватная оценка своего веса. Следствие заболевания — нарушение менструального цикла, мышечные спазмы, бледность кожи, ощущение холода, слабость, аритмия. В тяжелых случаях — необратимые изменения в организме и летальный исход.

*Булимия* — заболевание, в основе которого лежит нервно-психическое расстройство, проявляющееся в неконтролируемом потреблении пищи, сосредоточенности на еде, калориях, весе. Больной страдает приступами неутолимого голода, пользуется средствами для похудения, принимает слабительные, вызывает у себя рвоту. Булимия отличается заниженной самооценкой, чувством вины, излишней самокритикой, имеют искаженное представление о собственном весе. В тяжелой стадии булимия ведет к резким колебаниям веса (от 5 до 10 кг вверх и вниз), распуханию околоушной железы, хроническому раздражению горла, хронической усталости и болям в мышцах.

*Ожирение* — заболевание обмена веществ в организме человека, которое характеризуется излишним развитием жировой ткани. Распространению ожирения способствуют демографические, социально-культурные, биологические и поведенческие факторы. К демографическим факторам относятся раса, национальность, пол, увеличение продолжительности жизни; к социально-культурным — семейное положение, низкий доход, снижение образовательного уровня; к биологическим — количество родов. Важнейшими являются поведенческие факторы, к которым следует отнести снижение физической активности, неправильное питание, употребление алкоголя.

Следует отметить, что все рассмотренные нами виды аддикций в какой-то степени могут быть свойственны практически каждому здоровому человеку, однако в случае формирования аддитивных механизмов они постепенно занимают доминирующее место в психической деятельности человека, вытесняя другие потребности.

Формированию аддиктивного поведения способствуют черепно-мозговые травмы, тяжелые и длительные соматические заболевания. Однако, по мнению Х. Ремшмидт, наличие психических заболеваний в семьях больных алкоголизмом или нарко-



манией не может служить безусловным фактором развития данной болезни, так как частота шизофрении, аффективных психозов, эпилепсии и других судорожных расстройств в семьях больных наркоманией в целом соответствует популяционным показателям<sup>1</sup>.

Выявленная тенденция к накоплению эксплозивных и гедонических черт характера у родственников, зависимых от третьей степени родства к первой, а также повышенная встречаемость этих черт у наркозависимых могут свидетельствовать о конституциональной предрасположенности к проявлению этих черт, причем преимущественно по мужской линии. Однако, по мнению М. Госсон, недостаточно одного стремления к удовольствию для объяснения химической зависимости.

С.П. Генайло, отмечает, что формирование аддиктивного поведения происходит у лиц с выраженными тенденциями к самоутверждению и немедленному выполнению своих претензий.

В зарубежной литературе прослеживается связь химической зависимости с неврозами и психопатиями, пограничными личностными расстройствами, ранними психическими травмами (Г. Кристал, Д.М. Херст, Д. Джекобсон).

Многие авторы подчеркивают связь между наркоманией и депрессией, так как:

- 1) химическая зависимость и депрессивное расстройство часто появляются вместе;
- 2) депрессивное расстройство часто является поводом для того, чтобы прибегнуть к алкоголю или наркотикам;
- 3) прием ПАВ и воздержание от них часто влекут за собой депрессивные расстройства.

Мотивами, в наибольшей степени способствующими первому знакомству с психоактивными веществами, являются:

- желание удовлетворить любопытство;
- стремление испытать чувство принадлежности к определенной группе;
- давление группы; попытка выразить свою независимость, враждебное отношение к окружающим;
- стремление достичь подъема настроения (гедонистический мотив);
- потребность добиться полного покоя и расслабления;
- попытка уйти от чего-то гнетущего (антистрессовый мотив).

<sup>1</sup> Реминидт Х. Подростковый и юношеский возраст: проблемы становления личности. М., 1994.

Б.С. Братусь указывает, что при отсутствии сильных интересов, четко очерченных целей жизни у такого человека при прочих равных условиях повышается риск того, что аддиктивный агент может стать ведущим мотивом и легко подчинит себе остальные мотивы поведения<sup>1</sup>.

Личностные изменения химически зависимых людей описаны многими отечественными учеными (У.А. Абшаихова, С.В. Березин, Б.С. Братусь, О.Ф. Ерышев, А.Н. Ланда, А.Е. Личко, П.Д. Шабанов, О.Ю. Штакельберг и др.). Прежде всего, это перестройка иерархии мотивов (смещение мотива на цель), нарушения структуры деятельности, в частности наблюдаются нарушения опосредствованности поведения.

В исследованиях, посвященных личностным особенностям химически зависимых, указывается, что существует ряд общих черт, свойственных людям с аддиктивным поведением.

У зависимых наблюдается значительное расхождение между «Я-реальным» и «Я-идеальным», которому сопутствуют неудовлетворенность собой, низкая степень самоуважения.

Анализ трансформации образа «Я» у больных наркоманией позволил исследователям обнаружить наличие проблем, связанных с ощущением малоценности собственной личности, недостаточностью самоконтроля, зависимостью от внешних обстоятельств, эмоциональной неустойчивостью и неадекватной реакцией на фрустрацию, пассивным отношением к себе. Наблюдаются выраженные чувства вины и неполноценность, которые сопровождаются завышенным уровнем притязаний при неумении согласовывать их со своими возможностями.

Для полноты характеристики аддитивного поведения проанализируем основные концепции, описывающие причины формирования аддитивного поведения и предлагающие способы избавления от него.

Представители психоаналитического направления (З. Фрейд, А. Фрейд, А. Адлер, Э. Эриксон, Э. Фром) в качестве причин возникновения аддиктивного поведения рассматривают дефекты психосексуального развития.

Бихевиористы (Дж. Уотсон, Р. Уолтер, А. Бандура, Э. Торндайк) исходят из положения, что поведение человека организуется по принципу «стимул — реакция», социализация рассматривается ими как развитие привычных ответных реакций, принятых в обществе. Дж. Уотсон считал, что можно спрогнози-

<sup>1</sup> Братусь Б.С. Аномалии личности. М., 1988.

ровать поведение человека, если знать, как он реагирует на определенные ситуации. В случае если мать не уделяет должного внимания ребенку, у него формируется депривация, которая впоследствии может стать причиной аддитивного поведения.

Гештальт-терапия рассматривает аддикции в рамках формирования невротических механизмов нарушения контактов человека. По мнению Ф. Перлза, среда формирует механизмы контакта человека с человеком, которые потом используются личностью при взаимодействии со своим окружением. Взаимодействуя с внешней средой, организм обычно образует так называемую «контактную границу», на которой происходит удовлетворение потребностей. Получив такое удовлетворение, потребность «уходит» в общий фон, уступая место другой потребности. У людей с зависимым поведением нарушается процесс «контакт — уход», так как одна доминирующая потребность выступает как фигура, образуется ригидный паттерн поведения, утрачивается контакт с реальностью. Гештальт у такого человека остается незавершенным: его сознание удерживает в качестве фигуры лишь определенную потребность, которая соответствует принятому личностью представлению.

А. Адлер в индивидуальной психологии основное внимание уделяет рассмотрению врожденного комплекса неполноценности и его компенсации в последующей жизни. В качестве основной цели, которая выстраивает жизненный план личности, А. Адлер понимает достижение превосходства. Поведение человека формируется в детстве и несет на себе печать окружения детской обстановки.

В транзактном анализе Э. Берна зависимость от алкоголя и наркотиков рассматривается как один из вариантов игры, в которую человек может играть в течение всей жизни. У наркоманов и алкоголиков, по мнению автора, отчетливо проявляется материнское влияние извне. Таким людям очень сложно прекратить прием наркотиков, для них это равносильно указанию покинуть собственную мать и жить без нее.

Согласно теории психосоциального развития Э. Эриксона, личность в своем развитии проходит восемь основных стадий, в рамках которых индивид устанавливает в своей жизни основные ориентиры по отношению к себе и своему окружению, среде, в которой он развивается. На каждой стадии человек переживает кризис. Если он не будет преодолен, переход на следующую стадию будет болезненным.

Согласно теории стресса и копинга Р. Лазаруса, в результате взаимодействия человека и общества у личности формируются определенные стратегии поведения в каждой конкретной ситуации, основанные на личном опыте. В зависимости от используемых человеком стратегий у личности могут развиваться разные формы поведения, как адаптивные, так и дезадаптивные.

Дж. Келли в теории личностных конструктов рассматривает личность как целостное образование, которое может состоять из системы конструкторов, формируемых на основе опыта и определяющих поведение человека.

Представители деятельностного подхода связывают возникновение аддикции с нарушениями в потребностной сфере, когда одна значимая потребность становится ведущей и определяет всю деятельность человека.

Психодинамическая теория предполагает химическую зависимость и ведение соответствующего образа жизни адаптацией к замедленному развитию Это (Понизовский А.М., Ротенберг В.С., 1987; Копоров С.Г., 1994; Ларионов А.В., 1997; Мохначев С.О., 2001; Надеждин А.В., 2001).

Системно-ориентированные теории определяют химическую зависимость как результат патологического равновесия в системе семейных и иных отношений (Горьковая И.А., 1991, 1994; Гульдман В.В., 1993; Гущина В.Н., 1999; Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В., 2001; Москаленко В.Д., 2002).

Социальные теории видят наркотическую зависимость как результат дисфункции общества в целом. Основной мотив употребления психоактивных веществ — это избегание давления, оказываемого обществом, знак протеста против его норм в силу отсутствия социально-адаптивного потенциала человека (Романова О.Л., Иванникова О.Л., 1993; Мирошниченко Л.Д., Туманов С.В., 1994).

А.С. Андреев, В.С. Битенский, Б.Г. Херсонский, С.В. Березин, К.С. Лисецкий, Е.А. Назаров рассматривают химическую зависимость в рамках глубинной психологии человека, в связи с его социальным окружением.

Остановимся более подробно на психологических механизмах формирования аддиктивного поведения личности.

Возникновению аддиктивного поведения личности способствуют индивидуальные особенности, а также характер средовых воздействий.

В пенитенциарной психологии исследование аддиктивного поведения осужденных ведется в основном в опоре на общеиз-

вестные научные подходы. Большинство концепции аддиктивного поведения осужденных рассматриваются в рамках наследственной и средовой парадигм, однако имеется медицинская концепция формирования аддиктивного поведения личности. Остановимся на их рассмотрении более подробно.

В рамках наследственной парадигмы аддиктивное поведение определяется особенностями биологической организации человека. Психоактивные вещества непосредственно или косвенно стимулируют определенные «зоны удовольствия», вызывая субъективные переживания эйфории и галлюцинации. Нехимические агенты стимулируют эти зоны косвенно, через экстремальные переживания. В случае если особенности биохимической реактивности передается генетически, человек фатально предрасположен к аддиктивному поведению, вопрос лишь в доступности того или иного агента.

Средовая парадигма формирования аддиктивного поведения личности основана на выявлении социально-психологических детерминант возникновения зависимости [13].

Медицинская концепция основана на объяснении зависимости с медицинской точки зрения. Медицинская классификация поведенческих расстройств основана на психопатологическом и возрастном критериях, в соответствии с которыми выделяются поведенческие нарушения, достигающие уровня болезни.

Рассмотрим более подробно последствия употребления для человека психически активных веществ: медицинские, психологические, социальные.

К группе *медицинских* последствий приема психоактивных веществ относятся необратимые поражения органов и систем организма, в первую очередь головного мозга, центральной нервной системы, сердца, печени и почек; передозировки и отравления, психозы; инфицирование ВИЧ и гепатитами В и С, снижение иммунитета; в отдаленной перспективе — онкологические заболевания.

К группе *психологических* последствий принадлежат потеря навыков обычной жизни, депрессии, утрата смысла жизни, ощущение безысходности, самоубийства.

К группе *социальных* последствий следует отнести нарушения и потерю социальных связей — семьи, друзей, работы, дома, незаконченное образование, постоянные долги, правонарушения, утрата прежних интересов и увлечений.

Рассмотрим биологический и психологический механизмы формирования аддиктивного поведения личности.

*Биологический механизм* реализуется через процессы, протекающие в организме: биохимические, биоэлектрические, биомембранные, клеточные, тканевые. Зависимость развивается вследствие того, что организм включает в свои биохимические процессы прием наркотических веществ. Наркотические и психотропные вещества реализуют функции, которые ранее обеспечивались веществами, производящимися самим организмом. Тело больного, чтобы сэкономить внутренние ресурсы, прекращает или сокращает их синтез. Если процесс перенастройки физиологии организма зашел достаточно далеко, то при их отсутствии начинается абстиненция. Наркотики постоянно разрушаются ферментными системами и выводятся через почки, кишечник и легкие, поэтому запас наркотиков в организме приходится регулярно пополнять. В результате физическая зависимость принуждает употреблять наркотики постоянно. Субъективно это воспринимается очень тяжело. Пропустив время приема очередной дозы, наркоман обрекает себя на мучительные страдания. Это не только боли, но еще и непереносимые ознобы — «внутренний ледяной холод» безо всякой надежды на возможность согреться, холодный пот, боли в животе с многократной диареей, тошнота и рвота, непрекращающийся насморк, слабость, ломота в суставах.

Для объяснения *психологического механизма* формирования аддиктивного поведения личности представляется важным явление фиксации, которая состоит в возникновении очень сильного впечатления, остающегося в памяти человека. Фиксация связана с воздействием изменяющего психическое состояние вещества, участием в каком-то виде активности. Особенность фиксации заключается в том, что она влечет за собой сильное желание повторить пережитое измененное состояние еще раз.

Такое непреодолимое стремление в последующем повторяется вновь и вновь. Процесс развивается таким образом, что мысли о употреблении затрудняют критическое отношение к действительности. При реализации аддикций личность переживает очень интенсивные ощущения, которые блекнут в сравнении с переживаниями, характерными для обычной жизни. «Приятность» этих состояний связана с возникающими у человека иллюзиями комфорта. Жизнь вне реализации аддиктивного агента воспринимается как серая и неинтересная.

Следовательно, фиксация необходима для «запуска» аддиктивного процесса, с помощью которого аддикт достигает желаемого психического состояния. С точки зрения психоанализа

фиксация заменяет процесс вытеснения (регрессии). Человеку свойственно вытеснять в подсознание неприятные состояния, связанные с различными психотравмирующими ситуациями. Целью вытеснения является минимизация отрицательных переживаний. В результате регрессии та или иная эмоция не допускаются к осознанию, процесс требует энергетической затраты, волевого усилия. Реализации аддиктивного желания приводят постепенно к развитию сверхценного отношения, навязчивости, что изменяет всю жизнь аддикта.

Для более полного понимания проблемы аддиктивного поведения личности рассмотрим также механизмы формирования зависимостей. В развитии химических зависимостей можно выделить следующие механизмы

1) механизм, связанный с врожденной либо приобретенной аномалией личности;

2) эволюционный механизм, который заключается в том, что мере повышения интенсивности эйфоризирующего эффекта происходит рост потребности, которая из второстепенной, дополнительной становится вначале конкурирующей, а затем доминирующей;

3) деструктивный механизм, состоящий в разрушении личностной структуры, вызванной какими-либо психотравмирующими факторами, крахом личности, сопровождается изменением ее ценностной ориентации, значение доминирующих до этого потребностей снижается. При этом второстепенная потребность в ПАВ может неожиданно стать доминирующим, основным смыслообразующим мотивом деятельности.

С.В. Березин и К.С. Лисецкий (1998), Е.В. Литягина (2008) говорят о снижении интегративной функции «Я» у наркозависимых подростков<sup>1</sup>, о нарушении чувств единства и целостности «Я», о формировании внутренней установки на саморазрушение своего «Я», неэффективного без наркотиков<sup>2</sup>.

С позиций психодинамики подходит к рассмотрению Я-концепции наркозависимых осужденных Т.И. Савельева. Структура «Я» наркозависимых осужденных характеризуется ярко выраженной подструктурой личности, которую автор называет предимпозитивным «Я», представляющим собой переходное личностное образование, которое формируется в результате

<sup>1</sup> Березин С.В. Психология ранней наркомании: Учеб. пособие. М.; Самара, 2000. С. 59.

<sup>2</sup> Лисецкий К.С. Психология и профилактика наркотической зависимости. Самара: Бахрах-М, 2008. С. 165.

совместного действия: экстремальности условий жизнедеятельности и выраженных признаков аддиктивного поведения личности (опыт потребления ПАВ, психологическая зависимость и др.). Личность осужденного в данном состоянии со временем направляется либо к взрывному выходу, т.е. к внутриличностным изменениям, либо в импловивную стагнацию, опасную суицидальными и иными деструктивными последствиями. Предимпловивное «Я» предполагает «Я»-структурные изменения в личности, важнейшим из которых является нарастание внутренней противоречивости личности (между представлением о себе и реальным поведением, между желаемым и действительным и т.д.). Следствием этого является существенный рост показателей защитной сферы, а также изменение структуры функциональных характеристик.

Большое значение в изучении личности наркозависимых в настоящее время уделяется исследованию ее *защитных механизмов*.

Согласно Н.Н. Мехтихановой (2008), психологическая защита личности опийных наркозависимых (актуальных и в стадии ремиссии) отличается от психологической защиты личности субъектов без наркотической зависимости как по степени выраженности отдельных защитных механизмов, так и по характеру связей между ними. Опийные наркозависимые, как актуальные, так и на стадии ремиссии, имеют склонность отказываться от травматических переживаний путем их отрицания или подавления. Выраженная склонность к избеганию тревожащей информации, по-видимому, лежит в основе анозогностического отношения опийных наркозависимых к своему состоянию. Выраженность защитных механизмов отрицания и подавления можно рассматривать в качестве одного из основных факторов, влияющих на развитие опийной наркотической зависимости<sup>1</sup>.

Согласно С.В. Березину и К.С. Лисецкому (1998), наиболее характерными защитными механизмами наркозависимых являются вытеснение, отказ от самореализации.

Б.Р. Мандель (2012) среди защитных механизмов лиц данной категории выделяет вытеснение, рационализацию и проекцию.

По мнению Ю.В. Власовой, исследовавшей наркозависимых осужденных, психологические защиты являются одними из значимых факторов, детерминирующих психологическую и социальную адаптацию последних. У наркозависимых осужденных в структуре личности преобладают незрелые защитные

<sup>1</sup> Мехтиханова Н.Н. Психология зависимого поведения: Учеб. пособие. Ярославль, 2005. С. 78.



механизмы: проекция, регрессия, отрицание, смещение, усилена степень их выраженности<sup>1</sup>.

В.И. Рерке, характеризуя подростков с наркозависимым поведением, утверждает, что среди прочих в структуре защитных механизмов у них преобладает отрицание<sup>2</sup>.

Исследуя глубинные причины наркотической зависимости, Б.Р. Мандель (2012) считает, что зависимость — это латентный *суицид*, т.е. попытка покончить с собой, растянутая во времени<sup>3</sup>.

Говоря об *индивидуально-типологических особенностях* лиц, имеющих наркотическую зависимость, Н.Н. Мехтиханова отмечает, что среди опийных наркоманов достоверно больше лиц с холерическим темпераментом, чем среди здоровых, причем подавляющее большинство наркоманов-холериков — это холерики-экстраверты<sup>4</sup>.

А.А. Жарких, исследуя наркозависимых осужденных мужского пола с позиций теории ведущих тенденций Л.Н. Собчик, пришла к выводу, что наиболее многочисленной группой осужденных данной категории являются лица с выраженностью второй триады ведущих тенденций, характеризующиеся лабильностью нервной системы и холерическим типом темперамента<sup>5</sup>.

С.В. Березин и К.С. Лисецкий отмечают, что для наркоманов периода взросления чаще всего бывает характерен слабый или смешанный тип высшей нервной деятельности<sup>6</sup>.

При исследовании состояния вегетативной нервной системы у опиоманов в фазе ремиссии (В.Н. Миртовская, В.И. Полтавец, Т.Н. Майкова, 1991) были получены результаты, свидетельствующие о наличии у этих больных достаточно выраженной

<sup>1</sup> Власова Ю.В. Динамика психологических механизмов личности наркозависимого после освобождения из мест лишения свободы: Дис. ... канд. психол. наук 19.00.06. Рязань, 2006.

<sup>2</sup> Рерке В.И. Особенности мотивационно-потребностной сферы личности подростков с наркозависимым поведением: Автореф. дис. ... канд. психол. наук 19.00.07. Иркутск, 2003. С. 13.

<sup>3</sup> Мандель Б.Р. Педагогическая психология: Учеб. пособие. М.: Курс: НИЦ Инфра-М, 2012. С. 249.

<sup>4</sup> Мехтиханова Н.Н. Психология зависимого поведения: Учеб. пособие. Ярославль, 2005. С. 77.

<sup>5</sup> Жарких А.А. Психологические особенности мотивационной сферы наркозависимых осужденных: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.06. Рязань: Академия ФСИН России, 2013. С. 120.

<sup>6</sup> Психологические особенности наркоманов периода взросления (опыт комплексного экспериментально-психологического исследования) / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. Самара, 1998. С. 58.

вегетативной дисфункции, что выражается в повышении вегетативного тонуса и снижении вегетативной реактивности симпатического отдела вегетативной нервной системы. Это ограничивает регуляторно-приспособительные возможности организма и проявляется в подверженности больных вегетативным срывам, немотивированным изменениям поведенческих реакций, несмотря на субъективное улучшение состояния<sup>1</sup>.

Анализ научной литературы позволил нам выявить *психологические особенности лиц, имеющих наркотическую зависимость*.

Данные современных ученых (М.Л. Рохлина (1995), А.А. Козлов (2001), С.И. Криворучко (1982), А.А. Колесников (1982)) свидетельствуют в пользу того, что личностные изменения лиц, имеющих наркотическую зависимость, начинают проявляться постепенно, начинаясь с *заострения преморбидных черт характера*. Затем, по мере продолжения употребления наркотиков, проявлялись отчетливые психопатоподобные нарушения и наконец развивалось выраженное морально-этическое снижение в ряде случаев с обеднением чувств, суждений, ослаблением активности, усилением психопатоподобной симптоматики, аффективных нарушений, снижением и утратой трудоспособности, социальной дезадаптацией и формированием характерного дефекта. Одновременно с этим все заметнее становились интеллектуально-мнестические расстройства (разных форм и степеней выраженности).

Согласно данным А.Е. Личко (1977), у госпитализированных по поводу наркоманий подростков в 1/3 случаев диагностировались *акцентуации характера*.

Иные закономерности отмечают в своих работах М.П. Кутанин (1945), Л.М. Розенштейн (1933), М.Я. Серейский (1946). Ими констатируется проявление шизоидных черт характера у наркоманов. Ученые свидетельствуют в пользу «шизоидации» больных опиоманией, что внешне проявляется в апатии, замкнутости, эмоциональной тупости<sup>2</sup>.

Эмоциональную неустойчивость и эмоциональную незрелость у лиц, имеющих наркотическую зависимость, отмечают также С.В. Березин и К.С. Лисецкий, А.И. Ушатиков (2003), М.С. Басенко (1991).

<sup>1</sup> Рохлина М.Л. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. М., 2001.

<sup>2</sup> Кутанин М.П. Хронический кокаинизм. К вопросу о психозах отравления. М., 1915.

В.М. Фрагин (1983), исследуя клинику опишной наркомании у подростков, обратил внимание на эмоциональное огрубение. Н.С. Курек и М.В. Самойлова (1989), проведя психологическое исследование эмоциональных особенностей больных опишной и эфедроновой наркоманиями, обнаружили у них снижение точности распознавания эмоций по невербальной экспрессии и увеличение числа неэмоциональных ответов, что можно рассматривать как признак снижения эмоционального резонанса в общении, эмпатии, повышения порога чувствительности к переживаниям другого человека, т.е. эмоциональной тупости<sup>1</sup>.

Н.А. Сирота и В.М. Ялгонский также отмечают негативные изменения когнитивной и эмоциональной сфер наркоманов, что не позволяет последним эффективно использовать эмпатию в ситуациях общения. В результате отсутствует чувство удовлетворенности общением и потребность в эмпатии дезактуализируется.

Как следствие, согласно Ц.П. Короленко и А.П. Донских (1990), для лиц с аддиктивным поведением характерен страх перед стойкими эмоциональными контактами.

Среди наиболее часто встречающихся эмоциональных состояний у больных наркоманиями являются состояние тревоги и депрессии (S.M.R. Malfish, A. Krone (1990), B.J. Rounsaville с соавторами (1986), S. Wendy с соавторами (1990), E.J. Khamtzian, G. Treece (1985), B.J. Rounsavilleetal (1982,1986), W. Hall, S. Darke (1993), Дмитриева Н.Н. (2002), Четвериков Д.В. (2002)).

Личности в период жизненных кризисов свойственно искажение центрального образования самосознания — субъективного образа мира, т.е. представлений и отношений к себе и окружающему миру в целом. Такое искажение сигнализирует о глубинном рассогласовании базисного механизма бытия и развития личности «идентификации — обособления»: в качестве глубинной психологической защиты «включается» отчуждение и нарушается адаптация человека к жизни.

Все эти процессы происходят с наркозависимой личностью. В таком состоянии люди полны катастрофических ожиданий и предчувствий, опасаются негативного влияния любых событий на свою жизнь. Это сочетается с внешним локусом контроля — экстернальностью, т.е. склонностью объяснять основную часть жизненных неудач внешними обстоятельствами. Подобное эмоциональное самочувствие оказывает негативное влияние на душевное благополучие, на их отношения с окружающими

<sup>1</sup> Рохлина М.Л. Указ. соч.

и усиливает социально-психологические и личностные конфликты, психологическую напряженность.

Чтобы вернуть человека к жизни, реанимировать отношения в семье, необходима специальная медико-психологическая работа по возрождению механизма идентификации — обособления, обретения им ответственности за себя и свой образ жизни. Основной формой оказания помощи должен стать специально организованный процесс — социально-психологическое сопровождение личности.

Основными принципами психологического сопровождения наркозависимых осужденных являются следующие [15]:

1) соблюдения и защиты прав граждан при оказании психологической помощи и обеспечения получения психологической помощи независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств;

2) добровольности;

3) своевременности, доступности и качества;

4) адресности, обеспечиваемой учетом проблемной ситуации, индивидуальных потребностей, особенностей и возможностей получателя помощи;

5) комплексности, обеспечиваемой использованием различных видов, форм, средств и методов;

6) системности, обеспечиваемой всесторонним использованием возможностей личностных ресурсов и внешней социальной среды;

7) профессионализма психологов (проект федерального закона о психологической помощи населению в Российской Федерации, представленный в Государственную Думу 24 июня 2014 г.).

Целью психологической работы с осужденными, имеющими наркотическую зависимость, является необходимость пробудить их надежду на лучшее будущее. Прежде всего, основная цель данного процесса — это смена прежнего образа жизни, характеризующегося аддиктивной направленностью поведения. А впоследствии осуществление выбора новых, социально-адекватных форм поведения с помощью психолога.

Наркозависимая личность [16; 17; 18], долгое время чувствующая себя выброшенной из общества, начинает понимать, что в ее силах снова стать полноправным членом этого общества.

Чтобы вернуть человека к жизни, реанимировать отношения в семье, необходима специальная работа по возрождению у клиента механизма идентификации-обособления, обретения им ответственности за себя и свой образ жизни, позиции «я — хозяин своей жизни и ее творец».

Основной формой оказания такой помощи должен стать специально организованный процесс — *социально-психологическое сопровождение личности*. Задачи сопровождения в каждом случае зависят от особенностей каждой конкретной личности, получающей психологическую помощь, с учетом ситуации, в которой осуществляется сопровождение [15].

И.С. Ганишина отмечает, что в учреждениях уголовно-исполнительной системы важнейшую роль представляет решение проблемы психологического сопровождения наркозависимых осужденных.

Психологическое сопровождение включает в себя не только постоянный мониторинг психических процессов, состояний и свойств личности осужденных в процессе отбывания наказания посредством психологической диагностики, но и психологическую профилактику, а также психологическую коррекцию.

Для оказания оптимальной психологической помощи осужденным различных категорий возникает необходимость в использовании специального комплекса методов и приемов с учетом условий и особенностей пенитенциарной среды. Согласно нормативным документам, психолог уголовно-исполнительной системы в своей деятельности осуществляет психологическую диагностику, прогноз и психопрофилактику индивидуального и группового поведения, коррекционную и консультативную работу.

Психологическая диагностика заключается в постановке психологического диагноза и написании психологического портрета на основании углубленного, объективного и всестороннего изучения личности в целях выявления и описания ее индивидуальных психологических особенностей, условий формирования; выявления лиц, относящихся к «группе повышенного внимания» и требующих постановки на профилактический учет психолога; реализуется посредством применения специальных психодиагностических методов (тестирование, изучение документов, беседа, наблюдение и др.), изучения личности и/или группы и психологических алгоритмов обработки и интерпретации полученной информации.

Прогностическая и психопрофилактическая работа состоит в прогнозировании индивидуального и группового поведения,

оценке перспектив развития личности и социальной ситуации, своевременном предупреждении межличностных конфликтов, эмоционального выгорания, суицидов, иных негативных проявлений, обусловленных изоляцией осужденных, подозреваемых и обвиняемых от общества.

*Психокоррекционная функция* в этом случае заключается в целенаправленном изменении социально-психологических установок и ценностных ориентаций индивида, обучении его приемам и способам саморегуляции и самоконтроля, формировании необходимых навыков и умений в сфере общения, коррекции и развитии системы отношений личности, повышении устойчивости к неблагоприятным психологическим воздействиям и факторам (стрессам, критическим и конфликтным ситуациям). В рамках данной функции психолог проводит психокоррекционные мероприятия с использованием индивидуальных и групповых форм работы (аутотренинг, социально-психологические тренинги и др.).

*Консультативная* — направлена на оказание психологической помощи индивиду в решении личных психологических проблем, актуализацию внутренних резервов личности для преодоления кризисных и проблемных ситуаций, помощь в профориентации, саморазвитии, а также на решение служебных задач с учетом психологических факторов.

Таким образом, в понятие «психологическое сопровождение» могут быть включены психодиагностическая, психолого-профилактическая и просветительская работа, психологическое консультирование, психокоррекция и психотерапия. Основные виды психологической помощи объединены общей целью — это поддержка личности в процессе ее развития, в том числе при возникновении различного рода проблем и кризисных ситуаций.

Деятельность пенитенциарных психологов УИС по медико-психологическому сопровождению наркозависимых осужденных в местах лишения свободы осуществляется в рамках реализации следующих программ [14]:

- ведомственная программа для алко/наркозависимых;
- 12 шагов;
- программа «Атлантис»;
- «Программа по формированию среди осужденных осмысленного отношения к своей личной жизни и стремления к личностно-духовному росту»;
- комплексная программа по медико-психологической реабилитации наркозависимых осужденных

- «На пути к новой жизни»;
- «Использование архетипических карт в сказкотерапии в работе с осужденными с наркотической зависимостью»;
- тренинговая программа «Психологическая коррекция эмоционально-волевой сферы наркозависимых осужденных»;
- психокоррекционная программа по работе с осужденными, имеющими опыт употребления наркотических веществ, «Шанс есть!»;
- программа социально-психологического тренинга «Преодоление»;
- программа психокоррекционных занятий с наркозависимыми осужденными с использованием метода позитивной психотерапии Н. Пезешкиана;
- программа психокоррекционной работы с наркозависимыми осужденными «Назад в будущее»;
- комплексная программа по медико-психологической реабилитации наркозависимых осужденных;
- развитие уровня саморегуляции поведения осужденных с наркотической зависимостью;
- театротерапия как метод арт-терапии в психокоррекции наркозависимых осужденных;
- индивидуальная программа психологической коррекции личности наркозависимого осужденного (разработанная с использованием данных из интернет-страницы, созданной им в социальной сети до осуждения);
- программа «Сделай шаг вперед»;
- программа психокоррекционной работы с наркозависимыми осужденными;
- программа психологической коррекции «Мы выбираем жизнь»;
- арт-терапия;
- программа «Перекресток»;
- терапия, повышающая мотивацию.

#### Список литературы

1. *Большой психологический словарь* / Под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. 3-е изд., доп. и перераб. СПб.: Прайм-Еврознак, 2006.
2. *Короленко Ц.П.* Семь путей к катастрофе. Деструктивное поведение в современном мире. Новосибирск: Наука, 1990. С. 54—59.

3. *Змановская Е.В.* Девиантология (психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2003.
4. *Короленко Ц.П.* Личность и алкоголь. М., 1987.
5. *Лисецкий К.С.* Психология и профилактика наркотической зависимости. Самара: Бахрах-М, 2008.
6. *Короленко Ц.П.* Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии.* 1991. № 1. С. 8—15.
7. *Реммихидт Х.* Подростковый и юношеский возраст: проблемы становления личности. М., 1994.
8. *Братусь Б.С.* Аномалии личности. М., 1988.
9. *Березин С.В.* Психология ранней наркомании: Учеб. пособие. М.; Самара, 2000.
10. *Лисецкий, К.С.* Психология и профилактика наркотической зависимости. Самара: Бахрах-М, 2008.
11. *Мехтиханова Н.Н.* Психология зависимого поведения: Учеб. пособие. Ярославль, 2005.
12. *Власова Ю.В.* Динамика психологических механизмов личности наркозависимого после освобождения из мест лишения свободы: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.06. Рязань, 2006.
13. *Ганишина И.С., Кириллова Т.В.* Психология аддиктивного поведения осужденных: Монография. Ульяновск, 2018.
14. *Ганишина И.С., Марьин М.И.* Организация психологического сопровождения наркозависимых осужденных: Монография. Ульяновск, 2019.
15. *Ганишина И.С., Ушатиков А.И.* Психолого-педагогическое сопровождение наркозависимых осужденных: анализ проблемы, опыт и перспективы исследования // *Прикладная юридическая психология.* 2016. № 4. С. 36—41.
16. *Ганишина И.С., Жарких А.А.* Психологические особенности наркозависимых осужденных // *Прикладная юридическая психология.* 2014. № 4. С. 75—84.
17. *Ганишина И.С.* Некоторые психологические особенности отдельных групп наркозависимых осужденных // *Перспективы науки.* 2015. № 5 (68). С. 13—15.
18. *Ушатиков А.И., Ганишина И.С.* Личность наркозависимого осужденного и ее особенности // *Человек: преступление и наказание.* 2015. № 3(91). С. 194—197.
19. *Рерке В.И.* Особенности мотивационно-потребностной сферы личности подростков с наркозависимым поведением: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. Иркутск, 2003.
20. *Мандель Б.Р.* Педагогическая психология: Учеб. пособие. М.: Курс: НИЦ Инфра-М, 2012.



21. *Жарких А.А.* Психологические особенности мотивационной сферы наркозависимых осужденных: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.06. Рязань: Академия ФСИН России, 2013.
22. *Психологические* особенности наркоманов периода взросления (опыт комплексного экспериментально-психологического исследования) / Под ред. С.В. Березина, К.С. Лисецкого. Самара, 1998.
23. *Рохлина М.Л.* Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. М.: Анахарсис, 2001.
24. *Кутанин М.П.* Хронический кокаинизм. К вопросу о психозах отравления. М., 1915.
25. *Рохлина М.Л.* Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. М., 2001.

## 2.8. Реализация ведомственной программы медико-психологической реабилитации осужденных с алкогольной и наркотической зависимостью

По данным статистики и ряда авторов [6; 7; 8] число осужденных, содержащихся в исправительных колониях за преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков, устойчиво возрастает, увеличившись с 43 тыс. в 2004 г. до 138 тыс. человек на начало 2017 г.

В целях изменения сложившейся ситуации в 2010 г. на федеральном уровне была принята «Концепция развития уголовно-исполнительной системы РФ до 2020 г.», одной из основных целей которой стало «сокращение рецидива преступлений, совершенных лицами, отбывшими наказание в виде лишения свободы, за счет повышения эффективности социальной и психологической работы в местах лишения свободы, проведение в местах лишения свободы мероприятий в целях адаптации в обществе освободившихся осужденных, в том числе с участием гражданского общества». В соответствии с Указом Президента РФ от 9 июня 2010 г. № 690 одной из основных задач Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года является совершенствование системы оказания наркологической медицинской помощи больным наркоманией и их реабилитации.

Международные научные исследования в сфере оказания помощи, психологической работы и реабилитации осужденных, имеющих зависимость от ПАВ, ведутся с середины 1970-х годов. В настоящее время исследователями установлено, что терапия зависимого поведения (в части реабилитационных меро-

приятий) в системе исполнения наказания приносит значительный положительный эффект, в том числе и в отношении рецидива криминального поведения [4; 9].

Основные задачи, решаемые с помощью программ терапии зависимости в пенитенциарной системе, следующие:

- отказ от употребления веществ, изменяющих сознание;
- изменение отношения, убеждений и поведение в отношении употребления наркотиков;
- профилактика рецидивов как зависимого, так и криминального поведения;
- социализация.
- снижение смертности от передозировки после освобождения из мест лишения свободы.

В 2018 г. была внедрена Ведомственная программа социально-психологической работы в отношении лиц, имеющих алкогольную и наркотическую зависимость, содержащихся в следственных изоляторах и исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы, утвержденной распоряжением директора ФСИН России от 21.02.2018 № 52-р (далее — Ведомственная программа). Программа реализуется в 81 исправительном учреждении 78 территориальных органов ФСИН России. Из них исправительных колоний — 60, в том числе данная программа принята к реализации в УФСИН по Архангельской области на базе ФКУ «Исправительная колония № 5».

Ранее в Архангельской области, в 2013 г., было создано отделение медико-социальной реабилитации (ОМСР) для лиц с наркологическими заболеваниями на базе филиала «Больница» ФКУЗ МСЧ — 29 ФСИН России, реализующее задачи распоряжения ФСИН России от 26.04.2012 № 321-р «Об утверждении Программы развития медико-социальной реабилитации лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, содержащихся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, а также программы обеспечения преемственности в осуществлении медико-социальной реабилитации и ресоциализации больных наркоманией, освобождающихся из учреждений уголовно-исполнительной системы».

Таким образом, была создана двухуровневая система оказания социально-психологической помощи и медико-социальной реабилитации осужденных, имеющих химическую зависимость. Программа «Атлантис» [3], успешно реализуемая в пенитенциарных системах Польши, Киргизстана, США и ряде других государств, легла в основу разработанных программ.

В основе Программы, реализуемой в ОМСР на базе филиала «Больница» МСЧ — 29 ФСИН России лежит медико-социальная реабилитация, задачами которой являются:

1) организация и осуществление комплекса психотерапевтических, психокоррекционных, фармакологических, социальных и других мероприятий, направленных на преодоление патологического влечения к психоактивным веществам;

2) формирование трезвого, социально активного, законопослушного, ответственного поведения;

3) формирование навыков здоровых межличностных взаимоотношений.

Курс социально-психологической работы (СПР) разрабатывался как начальный, мотивационный, этап для последующей реабилитации осужденных (внутри пенитенциарной системы и вне ее). Таким образом, курс СПР решает следующие задачи:

1) организация и осуществление комплекса информационных, мотивационных и психокоррекционных мероприятий, направленных на профилактику и повышение мотивации на отказ от употребления психоактивных веществ;

2) формирование трезвого, социально активного, законопослушного, ответственного поведения;

3) формирование навыков здоровых межличностных взаимоотношений.

Реализация курса СПР в отношении лиц, имеющих алкогольную и наркотическую зависимость, был начат в 2018 г. на базе ИК—5 УФСИН по Архангельской области. Полученный за это время опыт внедрения программы курса СПР позволил провести SWOT-анализ, выделив сильные и слабые стороны курса, а также возможности развития и сопутствующие проблемы.

*Сильные стороны внедрения курса СПР:*

1) краткосрочность: продолжительность разработанной программы — 4 мес., незначительная часть осужденных (1—2 человека из группы нуждались в повторном прохождении курса и увеличении длительности программы);

2) относительно низкая трудоемкость: проведение мероприятий, предусмотренных курсом, занимает 2—3 часа ежедневно, при этом такие мероприятия, как фильмотерапия и видеолекции, не требуют постоянного присутствия психолога на занятии;

3) возможность обучения специалистов в короткие сроки: 10 дней теоретической подготовки и 5—10 дней практических занятий в виде стажировки в медико-реабилитационном отделении;

4) материально-техническое оснащение: для проведения мероприятий курса СПР требуется ограниченное количество помещений: тренинговая, кабинет психолога. В перспективе будет целесообразным объединить осужденных, успешно окончивших основной курс и продолжающих посещать поддерживающие мероприятия, для проживания в одном отряде;

5) повышение уровня дисциплины, формирование послушного и ответственного поведения среди осужденных: в период занятий и после них осужденные, участвующие в программе, не допустили ни одного нарушения (хотя ранее отдельные осужденные имели многократные взыскания); более 20% осужденных, принявших участие в курсе, получили поощрения, поднялись по системе социальных лифтов, сменили меру пресечения на ИТР или УДО;

6) гуманизация пенитенциарной микросистемы исправительного учреждения:

- создание терапевтической среды, в которую вовлечены не только осужденные колонии, но и сотрудники учреждения, положительно сказывается на уровне межличностной коммуникации как среди осужденных, так и среди сотрудников, привлекаемых к работе курса;
- сотрудники стали более доброжелательно относиться как к моменту самого проведения занятий, так и к осужденным, участвующим в мероприятиях;
- навык бесконфликтного, уважительного общения, формируемый в терапевтической среде, транслируется на повседневную жизнь осужденных и их окружение, что приводит к повышению заинтересованности в участии в курсе и возможности трезвого образа;

7) автономность: взаимодействие с сообществом «Анонимные наркоманы» г. Архангельска позволило организовать группу само- и взаимопомощи на территории ИК, что является значимым элементом мотивации и поддержки трезвости, а также дает возможность получить аналогичную поддержку после освобождения, играя ресоциализирующую роль;

8) снижение обращений за медицинской помощью: участники курса не обращались за медицинской помощью, связанной с последствиями употребления ПАВ; организация проведения мероприятий курса СПР не требует значительных вмешательств медицинских сотрудников (только на этапе отбора пациентов для участия в программе);

9) повышение мотивации на отказ от возобновления потребления ПАВ и получение специализированной помощи: более трети осужденных приняли решение обратиться за специализированной наркологической реабилитационной помощью, в том числе на базе ОМСР МСЧ — 29, что позволило создать систему преемственности оказания помощи данному контингенту и показало эффективность используемого подхода к мотивации в решении поставленных в Ведомственной программе задач;

10) ресоциализация и мотивация к труду: после окончания курса все осужденные были трудоустроены;

11) организация и проведение регулярных духовно-нравственных занятий: в рамках курса предусмотрены мероприятия, которые проводит духовное лицо или представитель религиозных конфессий;

12) знание психологами личностных особенностей [10] алко- и наркозависимых осужденных, задействованных в программе.

*Слабые стороны внедрения курса СПР:*

1) общие для пенитенциарной системы сложности в работе психологов [1]:

- недостаточная базовая подготовка специалистов в вопросах аддиктологии;
- перегруженность психологов пенитенциарных учреждений;
- преимущественная ориентация работы пенитенциарного психолога на психодиагностику, но не на психокоррекцию и психотерапию;
- отсутствие службы пробации в РФ в целом и низкий уровень преемственности с государственными медицинскими учреждениями; последнее связано с низким уровнем комплаентности пациентов из-за правовых последствий обращения и со стигматизацией наркологических больных;

2) сложности, связанные непосредственно с внедрением курса СПР:

- эффективная реализация курса требует введение дополнительных должностей психологов: в проведении занятий участвуют два психолога лаборатории, занятие длится 2—2,5 часа, после чего проходит супервизия, анализ занятий, ведение записей, что занимает достаточно большое количество времени у специалистов, при этом ранее выполнявшиеся ими обязанности сохраняются в полном объеме;
- программа курса СПР без увеличения штата психологов достаточно ограничена по количеству участников группы;

- программы повышения квалификации пенитенциарных психологов, специалистов по социальной работе и сотрудников воспитательного отдела не предусматривают организацию стажировок в отделениях медико-социальной реабилитации;
- осуществление эффективной психологической работы предполагает супервизию [5], т.е. координационную помощь в работе, в настоящее время супервизия отсутствует либо оказывается стихийной или непрофильной;
- в медико-санитарных частях создано девять единичных отделений с эффективной, основанной на мировом опыте программой реабилитации, что затрудняет формирование преемственности курса СПР и программ реабилитации; при этом в настоящее время рынок реабилитационных услуг в РФ является стихийным как с точки зрения законодательства, так и с точки зрения этических и профессиональных стандартов, что приводит к трудностям взаимодействия с некоммерческими организациями и выбором таковых для профессионального сотрудничества;
- со стороны сотрудников имеются сложности в переориентации подходов к изменению поведения: в настоящее время превалирует система наказаний без анализа поведения и способов его коррекции; кроме того, высокий уровень эмоциональной нагрузки сотрудников пенитенциарных учреждений также создает сложности при построении терапевтического альянса и сообщества;
- необходимость регулировать временные рамки проведения мероприятий и согласовывать их с режимными мероприятиями, кроме того, ежедневная работа психологов со спецконтингентом требует от руководства учреждения дополнительных мер предосторожности в условиях кадрового дефицита;
- на начало внедрения курса возможны сложности в отсутствии материально-технического оснащения кабинета для групповой работы с осужденными, соответствующего современным техническим требованиям и требованиям программы курса (просмотр видеоматериалов, наличие фильмов и т.п.).

#### *Перспективы внедрения курса СПР:*

1) увеличение количества исправительных учреждений, реализующих единую программу, позволит:

- создать единую программу подготовки кадров и внедрить ее, начиная с уровня высшего образования;
- создать единую межведомственную координирующую и контролирующую структуру, которая сможет также осуществлять супервизию работы сотрудников учреждений;
- накапливать и анализировать текущий опыт, что позволит постоянно совершенствовать применяемые методы и программы мотивации и реабилитации осужденных, зависящих от ПАВ.

Опыт работы ОМСР филиала «Больница» ФКУЗ МСЧ — 29 показал следующую эффективность проводимых мероприятий: 30% осужденных после освобождения из мест лишения свободы сохраняют трезвость более года, рецидив преступности, среди пациентов ОМСР менее 10% (все повторно совершившие преступления отказались от программы реабилитации досрочно); уровень рецидива преступлений среди успешно прошедших программу реабилитации в США аналогичен и составляет менее 15% [2];

2) не исключается и требует дальнейшего изучения возможность прогнозирования рецидива преступности у химически зависимых по результатам прохождения ими курса СПР;

3) отказ от возобновления потребления ПАВ и последующая поддержка трезвости и мотивации, предполагаемые после окончания основного курса СПР и реабилитации, позволят снизить число обращений и расходов на оказание медицинской помощи, так как проявлениями постабстинентного синдрома у пациентов с синдромом зависимости от ПАВ нередко являются агравация и симуляция симптомов соматических заболеваний в целях получения анальгезирующих препаратов и уклонения от ответственности за неправопослушное поведение, кроме того, осужденные нередко симулируют симптоматику психических пограничных расстройств для получения препаратов, изменяющих сознание;

4) обучение сотрудников исправительных учреждений основам аддиктологии и конфликтологии поможет снизить количество конфликтных ситуаций в учреждениях, гуманизировать межличностные отношения сотрудников и осужденных, поможет эффективно анализировать причины и расширить спектр коррекции поведения.

Возможные этапы внедрения курса социально-психологической работы в отношении лиц, имеющих алкогольную и наркотическую зависимость:

- создание Ведомственной концепции оказания помощи, социально-психологической работы, реабилитации и сопровождения осужденных, имеющих зависимость от психоактивных веществ;
- формирование координационного центра по вопросам аддиктивного поведения;
- системное обучение сотрудников пенитенциарных учреждений по программе коррекции аддиктивного поведения.

В заключение необходимо отметить, что внедрение специализированной программы социально-психологической работы с осужденными, имеющими зависимость от ПАВ, как части программы реабилитации и ресоциализации будет способствовать достижению целей и задач Концепции развития уголовно-исполнительной системы РФ до 2020 года, а именно:

- гуманизации условий содержания лиц, отбывающих наказание в виде лишения свободы, в соответствии с международными стандартами.
- изменению идеологии применения основных средств исправления осужденных в местах лишения свободы с усилением психолого-педагогической работы с личностью и подготовки ее к жизни в обществе;
- прогнозированию поведения осужденных с аддиктивным поведением [11];
- разработке форм проведения воспитательной работы, организации образовательного процесса и трудовой занятости осужденных в новых условиях отбывания наказания.

### Список литературы

1. Баркова Н.П., Ванкон И.Г. Теория и практика в реабилитации наркозависимых. Иркутск: Изд-во ИГУ, 2013.
2. Ганишина И.С. Опыт профилактики наркотической зависимости подозреваемых, обвиняемых, осужденных в пенитенциарных учреждениях зарубежных стран // Прикладная юридическая психология. 2015. № 2. С. 49–58
3. Ковалева Т., Сковороньский Д. Атлантис: Метод. рекомендации. 2006.
4. Green T.C., Clarke J., Brinkley-Rubinstein L., et al. Postincarceration Fatal Overdoses After Implementing Medications for Addiction Treatment in a Statewide Correctional System // JAMA Psychiatry. 2018. Vol. 75(4). P. 405–407.
5. *Supervising and Appraising Well* — Social Care Wales. A guide to effective supervision and Appraising for those working in Social Care / Care Council for Wales. Cardiff, UK. 2012.



6. *Ганишина И.С., Жарких А.А.* К вопросу о наркотической зависимости подозреваемых, обвиняемых, осужденных, содержащихся в исправительных учреждениях и следственных изоляторах уголовно-исполнительной системы // Прикладная юридическая психология. 2013. № 4. С. 66–73.
7. *Датий А.В., Ганишина И.С.* Характеристика больных наркоманией осужденных женщин, обратившихся за психологической помощью // Вестн. Кузбасс. ин-та. 2014. № 2 (19). С. 68–76.
8. *Датий А.В., Ганишина И.С., Кузнецова А.С.* Характеристика больных наркоманией осужденных мужчин, обратившихся за психологической помощью // Вестн. Перм. ин-та ФСИН России. 2014. № 2 (13). С. 21–25.
9. *Ганишина И.С.* Опыт работы психологических служб уголовно-исполнительной системы с наркозависимыми осужденными // Наука и бизнес: пути развития. 2015. № 12 (42). С. 18–20.
10. *Ганишина И.С.* Личностные особенности некоторых категорий наркозависимых осужденных // Наука и бизнес: пути развития. 2015, № 5 (47). С. 7–9.
11. *Ушатиков А.И., Ганишина И.С.* Психологическое прогнозирование поведения наркозависимых осужденных как фактор эффективности профилактической работы с ними // Уголовно-исполнительное право, 2015. № 3 (21). С. 153–156.

## 2.9. Факторы риска, способствующие ВИЧ-инфицированию лиц с криминальным поведением, и особенности психологической работы с ними в условиях лишения свободы

С ростом распространения ВИЧ-инфекции все более актуальной становится проблема оказания психологической помощи ВИЧ-инфицированным осужденным, переживающим, по мнению многих наблюдателей, смятение, отчаяние, чувство вины, неуверенность в существовании, одиночество, отвержение, утрату здоровья и страха смерти.

Предполагается, что подобные переживания, отмечаемые многими исследованиями у законопослушных граждан, характерны для большинства людей, оказавшихся в сложной ситуации кризиса, связанного с диагнозом ВИЧ-инфекции и осознанием неизлечимости собственной болезни.

Появлению ВИЧ-инфицированных осужденных в исправительных учреждениях на первых этапах вызвало много проблем, связанных как с дискриминационным изолированным содержанием их в одних колониях, так и с неприязненным отношением к ним остальных осужденных, отбывающих наказание вместе с ВИЧ-инфицированными.

Многие осужденные узнают об инфицировании только в исправительных учреждениях (ИУ), и они по-разному реагируют на это известие. По мнению психологов ИУ, некоторые осужденные на известие о ВИЧ-зараженности реагируют просто отрицанием подобного сообщения. Хотя первоначальное отрицание и является полезным, ослабляя стрессовую реакцию, однако в дальнейшем оно может затруднить адаптацию к реальным жизненным условиям. Если не преодолеть отрицание, то индивид может не принять те ограничения и социальную ответственность, что налагаются на ВИЧ-инфицированного.

Психологи УИ отмечают, что у определенной части осужденных наблюдается так называемая психическая демобилизация, характеризующаяся растерянностью, замедленностью действий и поведения, апатией, подавленностью, сонливостью, отсутствием волевых усилий, отказом от работы.

У других осужденных известие об инфицированности вызывает психологический шок, проявляющийся ступором (оцепенением), оглушенностью, эмоциональной нестабильностью (непредсказуемым переходом от слез к смеху и наоборот), отстраненностью, нежеланием разговаривать, сужением сознания, утратой интересов, контактов, планов на будущее.

Иногда известие о ВИЧ-зараженности вызывает озлобленность, раздражительность, взрывное реагирование на замечания, претензии ко всем окружающим, конфликтное поведение.

Некоторые осужденные с ВИЧ-инфекцией характеризуются состоянием деморализации, выражающимся резким снижением моральных и нравственных критериев, расторможенностью, вульгарным поведением неопрятностью.

Предполагается, что у ВИЧ-инфицированных осужденных много страхов. Страх, по-видимому, является основной причиной дезадаптивного поведения осужденных и проявляется широким диапазоном оттенков: неуверенностью, беспокойством, тревогой, испутом, отчаянием, паническими реакциями, ужасом, ощущением жизненной катастрофы.

Изменяется представление о своем «Я», своих умениях и способностях, своем положении в среде осужденных, своих возможностях в местах лишения свободы и в дальнейшей жизни после освобождения. Предполагается, что значительно повышается риск суицида, которой рассматривается осужденным как единственный выход из безвыходной жизненной ситуации.

Эти описываемые аффективные состояния представляют собой результат наблюдений за поведением осужденных, но в значительной мере носят гипотетический характер, основанный

на изучении эмоциональных реакций и состояний законопослушных граждан и спроецированный на осужденных ИУ.

В процессе комплексного исследования осужденных в местах лишения свободы с помощью стандартизированной анкеты-интервью, которую заполнял психолог исправительного учреждения, было проинтервьюировано 223 ВИЧ-инфицированных и 174 здоровых осужденных.

Достоверность различий между группой ВИЧ-инфицированных и здоровых осужденных подсчитывалось по таблицам сопряженности с использованием непараметрического критерия хи-квадрат ( $\chi^2$ ).

При сравнении этих двух групп осужденных были обнаружены статистически значимые различия по следующим факторам, названных биографическими факторами риска по ВИЧ-инфицированию.

В группе ВИЧ-инфицированных осужденных отличались эмоционально холодные отношения в период детства, способствующие в дальнейшей жизни отчуждению и поиску сочувствия и эмоционального отклика в референтных группах, которые часто характеризуют употреблением различных психоактивных веществ и другими формами делинквентного поведения. Особенно неблагоприятным является возникшее отчуждение между матерью и ребенком.

Конфликты с учителями в школе являлись негативным признаком, увеличивающим вероятность возникновения ВИЧ-инфекции у взрослого осужденного. Это так называемый личностный фактор, поскольку конфликт с учителями отражает непокорность, непослушание, негативизм, враждебность, направленные против требований взрослых.

Обнаружена также значимая связь между изучаемыми группами осужденных по такому признаку, как участие в притеснении или в физическом насилии в отношении одноклассников. Это может свидетельствовать о выраженном функционировании психологического механизма замещения, при котором конфликтные отношения с более сильным «противником» (учитель) замещаются притеснением более слабого и незащищенного ученика, давая возможность эмоционального отреагирования в конфликтной ситуации. Подобные отношения в школьный период чреватые негативными последствиями как для притесняемого, так и для притеснителя.

В армейский период жизни насилие со стороны других военнослужащих оказалось также негативным признаком, увеличивающим вероятность заражения ВИЧ. Насилие отрицательно ска-

зывается на дальнейшей судьбе «жертвы», снижает ее самооценку и адаптивные возможности. Можно сказать, что статистически значимым признаком, увеличивающим вероятность ВИЧ-инфицирования, является как роль «палача», так и роль «жертвы».

Можно предположить, что ВИЧ-инфицированные осужденные были более криминальным контингентом в подростковом возрасте, чем осужденные контрольной группы с отсутствием ВИЧ. Многократные приводы в полицию наиболее характерны были для тех, кто впоследствии оказался ВИЧ-инфицированным.

Злоупотребление родителями или ближайших родственников алкоголем, наркотическими или токсическими веществами также в дальнейшем увеличивают вероятность ВИЧ-инфицирования ребенка.

Возможно, что значительная выраженность перечисленных признаков, таких как эмоциональная неудовлетворенность в отношениях с матерью, отчужденность, формирующаяся личностная дефицитарность, толкают подростка к поиску референтной группы, где он может эмоционально отреагировать на состояние отчужденности вместе с такими же подростками, употребляющими для эмоциональной разрядки различные психоактивные вещества.

В исследовании еще раз подтверждена связь между употреблением наркотиков и заражением ВИЧ-инфекцией. Причем ВИЧ-инфицированные осужденные значительно чаще до заражения употребляли сильные наркотики (героин, опиум, кокаин) по сравнению с осужденными без ВИЧ, которые употребляли преимущественно легкие наркотики (гашиш, марихуана, ананшу, психостимуляторы) и значительно реже сильные наркотики. Решающим фактором являлся способ употребления наркотических веществ. ВИЧ-инфицированные осужденные до заражения чаще употребляли наркотики путем внутреннего введения и значительно реже использовали курение или таблетки. Осужденные без ВИЧ-инфекции, наоборот, значительно чаще употребляли наркотики в виде таблеток и курения и редко использовали внутривенное введение наркотических веществ.

ВИЧ-инфицированные осужденные отличаются от здоровых по продолжительности регулярного употребления наркотических веществ, т.е. продолжительность употребления наркотиков значительно увеличивает вероятность их заражения ВИЧ-инфекцией.

Несколько парадоксальные результаты получены при анализе самооценок здоровья ВИЧ-инфицированных и осужденных с отсутствием ВИЧ.

Так, заболевание туберкулезом отмечают у себя 0,5 из 215 опрошенных ВИЧ-инфицированных осужденных, в то время как среди осужденных без ВИЧ наличие туберкулеза отмечено у 17,2%. Алкоголизм, как правило, не признают у себя ВИЧ-инфицированные и признают 5,2% осужденных без ВИЧ-инфекции. Сердечно-сосудистые заболевания отмечены у 27,6% опрошенных осужденных без ВИЧ и почти не отмечены у ВИЧ-инфицированных. Неврологические заболевания признают 19% осужденных без ВИЧ-инфекции и редко отмечают ВИЧ-инфицированные осужденные.

Подобная самооценка состояния здоровья, возможно, связана с тем, что наличие ВИЧ-инфекции активизирует защитные резервы организма, подавляя на первых порах патологические процессы в других системах и органах.

Другая гипотеза заключается в возможном доминировании у ВИЧ-инфицированных осужденных такого психологического механизма защиты, как отрицание, т.е. особой формы психологического сопротивления, когда, защищаясь от аффекта, вызванного постановкой диагноза ВИЧ, осужденный не признает у себя наличие этой угрозы для здоровья, тем более что на первых этапах зараженность ВИЧ-инфекцией не проявляет себя каким-либо соматическим неблагополучием. Возможно, что у ВИЧ-инфицированных осужденных происходит генерализация отрицания и на другие заболевания. По количеству попыток к самоубийству нет достоверных различий между ВИЧ-инфицированными и «здоровыми» осужденными.

Если рассматривать криминологические характеристики, то в нормальном состоянии существуют различия по частоте совершения преступлений между исследуемыми группами осужденных. Однако в состоянии алкогольного опьянения чаще совершают преступления здоровые осужденные, а в состоянии наркотического, наоборот, чаще — осужденные с ВИЧ-инфекцией. К тому же наркотическое опьянение является более криминогенным, чем алкогольное. Это связано с тем, что ВИЧ-инфицированные употребляют более сильный наркотик (героин, опиум), вызывающий значительные изменения сознания по сравнению с алкоголем.

Если сравнивать удельный вес совершенных преступлений, то оказывается, что 221 ВИЧ-инфицированный осужденный совершили 667 преступлений, т.е. 3,1 преступления на одного осужденного. У здоровых осужденных 213 человек совершили 468 преступлений, т.е. 2,2 преступления на одного осужденного.

По структуре преступлений наблюдаются различия по ст. 228, связанной с незаконным приобретением, хранением, перевозкой и изготовлением наркотических веществ, и по ст. 105 (умышленное убийство) и 111 (умышленное причинение тяжкого вреда здоровью).

В первом случае (ст. 228) приоритет, естественно, у ВИЧ-инфицированных, во втором (ст. 105, 111) чаще осуждаются неинфицированные осужденные. По другим статьям статистически значимых различий не обнаружено. Самыми распространенными в обеих группах являются кража, грабеж, разбой, где имеющиеся различия можно отнести к случайным.

Оценка эмоциональных переживаний ВИЧ-инфицированных осужденных по сравнению со здоровыми осужденными не выявило статистически значимых различий ни со стороны астенического регистра эмоций (одиночество, страх, паника и т.п.), ни со стороны стенического регистра (враждебность, агрессия, злость, ненависть, гнев). Сильных переживаний не испытывают 52% ВИЧ-инфицированных и 59% здоровых осужденных. Различие в 7% носит случайный характер и статистически незначимо.

Отсутствие явно выраженного различия в эмоциональном переживании в исследуемых группах осужденных может быть следствием маскировки этого различия эмоциональной реакцией осужденных на условия изоляции в местах лишения свободы. Около половины ВИЧ-инфицированных (48%) испытывают негативные эмоции, возможно связанные с диагнозом ВИЧ, но примерно столько же здоровых (41%) испытывают те же эмоции, хотя у них ВИЧ-инфекция не обнаружена. Можно предположить, что эмоциональная реакция на изоляцию от общества сильнее, чем реакция на диагноз ВИЧ-инфекции, от которой защищают психологические механизмы, действующие в основном на бессознательном уровне психики.

Сравнительный анализ механизмов психологических защит ВИЧ-инфицированных и здоровых осужденных показывает, что у ВИЧ-инфицированных по сравнению со здоровыми осужденными чаще функционируют механизмы отрицания и интеллектуализации. ВИЧ-инфицированные осужденные для ослабления сильных эмоциональных переживаний, связанных с заражением опасной инфекцией, бессознательно используют наиболее примитивный механизм защиты — отрицание. Защищаясь от аффекта, индивид отрицает и не признает потенциальной опасности последствий ВИЧ-инфицирования. С другой стороны, психологический механизм интеллектуализации помогает нейтрализации

и устранению переживаний тревоги и страха путем абстрактных суждений, представлений и резонерства. В этом случае дискуссия с самим собой снижает остроту аффективных состояний.

Несмотря на более интенсивное функционирование механизмов отрицания и интеллектуализации у ВИЧ-инфицированных осужденных, в целом же структура психологических защит обнаруживает в исследуемых группах значительное сходство. Отсутствие достоверных различий по таким защитам, как подавление, регрессия, компенсация, проекция, замещение и реактивное образование, может свидетельствовать о том, что события, связанные с осуждением и режимными требованиями в местах лишения свободы, являются более мощным фактором, активизирующим всю структуру психологических защит, направленную на нейтрализацию эмоциональных переживаний и способствующую адаптации осужденных к условиям изоляции. Можно считать, что диагноз ВИЧ-инфекция оказывает меньшее влияние на аффективную сферу осужденного, чем фактор лишения свободы и пребывания в пенитенциарном учреждении, поскольку режимные условия воздействуют каждодневно и непосредственно, а ВИЧ-инфекция может длительное время не иметь ощущаемых соматических проявлений.

Косвенным подтверждением этого служит достоверное отличие структуры механизмов защиты у здоровых и ВИЧ-инфицированных осужденных от структуры защит законопослушных граждан. Такие механизмы психологической защиты, как подавление, компенсация, замещение и реактивное образование, у осужденных функционируют в значительно большей степени, чем у законопослушных.

Отсутствие выраженных аффективных переживаний у более половины ВИЧ-инфицированных и примерно у такого же количества осужденных контрольной группы, возможно, связано с уровнем криминализации осужденных.

Среди исследуемого контингента в основной и контрольной группах соотношение между первой и повторными судимостями примерно такое, как и в случае наличия или отсутствия аффективных переживаний. Менее 50% имеют первую судимость и более 50% имеют в основном от двух до пяти судимостей. Возможно, что аффективное безразличие характерно и для осужденных с рецидивной преступностью.

В целях изучения феномена, связанного с отсутствием аффективных переживаний почти у половины осужденных, как ВИЧ-инфицированных, так и осужденных контрольной группы,

был использован «Я — структурный тест Аммона», позволяющий измерить, в частности, такую центральную Я-функцию, как «тревога — страх», наряду с другими Я-функциями (агрессия, нарциссизм, сексуальность и др.).

Некоторые исследователи связывают недоразвитие Я-функции «тревоги — страха» с дефектами воспитания в раннем детстве в результате нарушения эмоциональных отношений с матерью.

В связи с этим методы устрашения ВИЧ-инфицированных осужденных возможностью последующей трансформации ВИЧ-инфекции в СПИД являются для значительной части осужденных, особенно рецидивистов, малоэффективным способом воздействия. В первую очередь необходимо использовать различные модели психотерапевтического воздействия на бессознательный механизм отрицания. Еще более сложным является формирование конструктивной Я-функции «тревога — страх», используя психологические методы психотерапии для преодоления тревожной дефицитарности.

Можно подвести некоторый итог относительно проведенного исследования ВИЧ-инфицированных мужчин в местах лишения свободы.

Эмоциональные проблемы детского возраста, злоупотребление родителями алкоголем, наркотиками и токсическими веществами, конфликтные отношения в школе, делинквентное поведение в подростковом возрасте, насилие и притеснение в период службы в армии являются статистически значимыми демографическими факторами, увеличивающими вероятность формирования наркотической зависимости, криминального поведения и ВИЧ-зараженности.

Аффективные особенности личности, такие как низкий уровень беспокойства, тревоги, страха и связанное с ними поведение, проявляющееся как игнорирование угроз и опасностей реальной жизни и отсутствие озабоченности своим собственным будущим, являются следствием недоразвития Я-функции тревоги, когда этот наиболее важный сигнальный компонент полностью исключается из механизмов адаптации.

Подобные личностные особенности являются достаточно мощным психологическим фактором, также способствующим криминальному поведению и употреблению наркотических веществ, причем среди этой категории лиц, как известно, наиболее подвержены риску ВИЧ-инфицирования лица, склонные к употреблению тяжелых наркотиков путем внутреннего введения.



ВИЧ-инфицированные осужденные представляют собой достаточно сложный контингент, сопротивляющийся проводимому в ИУ лечению. Для преодоления этого сопротивления чаще других моделей психотерапии используется когнитивно-поведенческая модель.

Когнитивно-поведенческая терапия с ВИЧ-инфицированными осужденными направлена преимущественно на индивидуальные цели, однако в рамках индивидуальной терапии не всегда представляется возможным достигнуть и закрепить полученный результат, на который может оказать влияние окружающая пациента среда. Причем мнение отдельных лиц для больного часто более значимо, чем лечащего врача или психолога. Кроме того, специалист не в состоянии постоянно присутствовать рядом с пациентом.

Группа единомышленников, лиц, объединенных общей проблемой, в данном случае болезнью, способна вызывать и закреплять в сознании и поведении индивида те мировоззренческие и поведенческие стереотипы, которые невозможно создать в рамках только индивидуальной терапии. Кроме того, группа способна оказать моральную поддержку в сложных ситуациях, дать возможность выговориться, снять эмоциональное напряжение либо обязать индивида неукоснительно поддерживаться определенных правил и соблюдать принятые обязательства.

Согласно теории Брабендера и Фаллона (1993), групповая психотерапия обеспечивает прогрессивное движение к реализации индивидуальных целей, используя расширенное подкрепление. Находясь в условиях защищенной обстановки группы, участники поощряются к практике усвоенного или модифицированного поведения и готовы спонтанно и без страха столкнуться с негативными обстоятельствами<sup>1</sup>. Естественно, консультант должен сохранять определенную степень контроля над ситуацией, однако не лишать при этом членов группы возможности проявлять собственную инициативу. В противном случае психотерапевтическая группа превращается в формальную организацию. Индивидуальная психотерапия с этой категорией осужденных без групповых форм работы нередко приводит к ситуации, когда специалисту приходится противостоять негативному влиянию на пациента других осужденных.

<sup>1</sup> *Кори Д.* Теория и практика группового консультирования / Пер. с англ. Е. Рачковой. М.: Эксмо, 2003.

В работах Роуза и Эдлесона (1987) отмечен ряд преимуществ групповой поведенческой и когнитивно-поведенческой психотерапии<sup>1</sup>:

- группа помогает сделать шаги, необходимые для перенесения форм поведения, усвоенных в процессе индивидуальной терапии, в повседневную жизнь, обучает навыкам, необходимым для адекватного поведения;
- группа обладает мощными нормами для контроля над поведением человека. Примером позитивных терапевтических норм и индикатором успешности психотерапевтического воздействия могут служить согласие на посещение, готовность к самораскрытию и проработке собственных проблем, поощрение других к составлению личностных жизненных планов, определяющих поведенческие и когнитивные изменения в ближайшей и отдаленной перспективе;
- работая в психотерапевтической группе, ее члены получают обратную связь, связанную с конкретным поведением. Причем исходит она от участников группы, а не только от консультанта и поэтому воспринимается значительно лучше и действует более эффективно;
- в группе можно опробовать самый широкий спектр навыков межличностного общения, которые можно будет обсудить и перенести во внегрупповую ситуацию;
- консультант контролирует групповой процесс, поощряя членов группы экспериментировать с новым поведением в обстановке принятия, где можно допускать ошибки и учиться на них.

В то же время при проведении групповой психотерапии следует учитывать и определенные ограничения. Игнорирование их может привести к развитию антитерапевтических норм, препятствующих, в частности, формированию приверженности ВИЧ-инфицированных осужденных к лечению. Например, следует учитывать неформальное стратификационное деление осужденных, особенно в мужских исправительных учреждениях, повышенную агрессивность, психические отклонения и т.д. Возможна ситуация, когда в слишком сильно структурированной группе конкретный индивид может не решить свои позитивные личные цели. Потеря понимания и интереса к работе со стороны членов группы может наступить при жестком и ри-

---

<sup>1</sup> Кори Д. Указ. соч.

гидном давлении со стороны консультанта и отдельных ее участников, стремящихся к доминированию или проявляющих излишнюю демонстративность.

Работая с группой, специалисту приходится решать, помимо основной цели, множество дополнительных вопросов, связанных с этическими проблемами. Необходимо соотносить их с требованиями законодательства и инструкций, характером местных особенностей учреждения, избегать использования группы для переработки проблем личного характера и т.д. Наиболее активна роль консультанта в период формирования психотерапевтической группы. С другой стороны, целенаправленная работа с группой способствует более быстрому приобретению профессиональных навыков, что отвечает и личным интересам специалиста.

Любая психотерапевтическая группа в ходе своего создания и эволюционирования обычно проходит следующие стадии<sup>1</sup>:

- предварительная работа консультанта (выяснение проблемы, подлежащей решению, оценка личностных психологических характеристик потенциальных участников будущей психотерапевтической группы, их наиболее важных проблем, способов привлечения их к групповой работе, согласование с администрацией исправительного учреждения условий функционирования психотерапевтической группы, стоящих задач и ожидаемых результатов и т.д.);
- стадия формирования группы;
- ориентационная стадия (время для исследований в ходе начальных сессий);
- переходная стадия (работа с конфликтами, защитами и сопротивлением);
- рабочая стадия (работа со значимыми личностными трудностями и перевод инсайта в действие как в группе, так и за ее пределами);
- стадия объединения и закрепления полученного опыта, жизни, в том числе и после отбывания наказания;
- оценка консультантом полученных результатов работы психотерапевтической группы для совершенствования собственных профессиональных навыков.

**Общие рекомендации к формированию психотерапевтической группы ВИЧ-осужденных.** Обобщенный личностный портрет ВИЧ-инфицированного осужденного, отбывающего наказание

<sup>1</sup> Кори Д. Указ. соч.

в виде лишения свободы, позволяет предполагать основные проблемы, с которыми обязательно столкнется специалист при формировании психотерапевтической группы. К ним в первую очередь относится настороженное, крайне недоверчивое отношение осужденного к медицинскому работнику или психологу как представителю исправительного учреждения. Это связано со следующими особенностями изоляции:

- предшествующим жизненным опытом («нельзя доверять никому», «уже поверила следователю», «поделилась с подругой, а та все рассказала», «нас, ВИЧ-инфицированных, нигде не берут на работу, общество относится к нам как проклятым»);
- отчуждением самого себя от остального (находящегося на свободе) общества в связи с осуждением, изоляцией и наказанием («мы другие», «теперь одна дорожка», «с какой стати нам кто-то здесь будет в чем-то помогать» и т.д.);
- сформировавшейся веками системой неформальных морально-нравственных ценностей «тюремной» (лагерной) субкультуры («не верь, не бойся, не проси»), не поощряющей проявление человеческих чувств, откровенности;
- текущими сложностями взаимоотношений с администрацией и персоналом исправительного учреждения («скрытое» противодействие всем, в том числе позитивным для основной массы осужденных, мероприятиям, проводимым руководством исправительного учреждения, обида на «несправедливость», допущенную отдельными сотрудниками, утрированно критическое отношение к малейшим недостаткам в деятельности колонии, в том числе в организации медицинской помощи);
- влиянием мнения авторитетных лиц «зоны».

При этом, во-первых, следует учесть избирательность восприятия поступающей информации: люди склонны слышать только то, что хотят, не обращая внимания на информацию, которая не отвечает сложившемуся у них мировоззрению или неприятны.

Во-вторых, успешному проведению психотерапевтической работы с этой категорией осужденных препятствует недоверие к медицинским работникам как специалистам («здесь нет квалифицированных врачей», «отсутствует индивидуальное обследование», «лечение в местах лишения свободы невозможно», «к врачу невозможно попасть на прием»).

В-третьих, большое значение играют опасения нарушения специалистами принципа конфиденциальности, использования полученной информации в ущерб самому осужденному.

В то же время любому человеку свойственна потребность высказаться внимательному слушателю, поделиться своими проблемами, получить ободрение или сочувствие. Подобная потребность становится наиболее актуальной в условиях социальной депривации, недостатка возможностей получения важной для индивида информации и искусственного подавления своих насущных желаний. Это обстоятельство следует учитывать специалисту, проводящему психотерапевтическое или психокоррекционное воздействие на данную категорию осужденных.

Единых рецептов на все случаи не существует. Поэтому специалисты вынуждены постоянно видоизменять содержание работы, соотносясь с преобладающим возрастом участников психотерапевтической группы, уровнем их развития, гендерными различиями, отношением к проводимому психотерапевтическому воздействию (например, наличием оппозиционных взглядов части участников группы).

В качестве одной из оптимальных моделей, предваряющих когнитивно-поведенческое психотерапевтическое воздействие на ВИЧ-инфицированных осужденных в целях формирования приверженности их к лечению, может быть метод фокусированного группового интервью, предложенный Р. Мертоном, М. Фиске, П. Кендел (1956)<sup>1</sup>. Его суть сводится к предоставлению потенциальным участникам психотерапевтической группы возможности высказать свою точку зрения на предложенную для обсуждения проблему, выслушать мнение других участников, обменяться своими мнениями и впечатлениями.

При этом респонденты заранее должны быть предупреждены о необходимости внимательно выслушать другие мнения и недопустимости перебивать друг друга.

Интервьюер (модератор) должен стараться сохранять беспристрастное отношение к сказанному и не впадать в искушение ставить оценки. На этом этапе не ставится задача кого-то в чем-то убедить или что-то внушить. Достаточно внимательно выслушать мнение всех участников, обобщить и систематизировать полученные сведения. Если работа организована правильно, участники группы уходят удовлетворенными, с чувством, что наконец-то их услышали.

В начале занятия участники должны быть предупреждены о цели и правилах работы в группах (соблюдение конфиденци-

---

<sup>1</sup> *Merton R.K., Fiske M. & Kendall P.L. The focused interview. Glencoe, IL: Free Press (1956).*

альности, необходимости проявлять терпение к чужому мнению, каким бы спорным оно ни было).

Интервьюер должен гарантировать, что полученная информация не будет использована во вред кому-либо из участников группы.

Тема занятия должна быть предварительно продумана и побуждать участников не просто обсуждать ситуацию, а совершать определенные действия.

Учитывая интерес, как показали исследования, значительной доли ВИЧ-инфицированных осужденных к информации о ВИЧ-инфекции и СПИДе, интервьюер после разъяснения цели занятия и правилах работы может коротко и доступно разъяснить суть этого заболевания, не драматизируя ситуацию, но и не уменьшая его серьезности. Естественно, информация должна быть достоверной. Также не следует превращать разъяснения в лекцию или ответы на многочисленные вопросы (на большинство из них ВИЧ-инфицированные осужденные сами найдут ответы в ходе занятий или получают их, посещая тематические лекции и беседы).

Фокус-группой нельзя назвать любую группу людей, которые собрались поговорить о чем-либо. Это особый тип группы с точки зрения цели и методики ее проведения, количества и состава участников.

Цель проведения занятий заключается в том, чтобы выслушать участников группы с целью снять с них психологические зажимы, вызванные нереализованной потребностью высказаться о наболевшей проблеме, собрать информацию, в том числе о потенциальных ресурсах каждого участника группы, для формирования у него приверженности к лечению и коррекции препятствующих этому взглядов. При этом косвенно внушается каждому из участников группы, что он не одинок в своей проблеме и отношении к ней. Иными словами, работа с фокус-группой — это тщательно спланированная целенаправленная акция, предусматривающая цикл последовательных дискуссий. Среди участников в фокус-группе в среднем насчитывается, как правило, незначительное количество активных участников, готовых выразить мысли, стремления и надежды большей части присутствующей молчаливой массы. Внимание, с которым это большинство выслушивает вопросы или выступления этих лиц, позволяет дать оценку актуальности озвученной проблемы, а также определить будущее ядро психотерапевтической группы. Последующее более внимательное знакомство с этими людьми

позволяет оценить, насколько они адекватны и самостоятельны, не является ли озвучивание ими актуальных проблем лишь влиянием более авторитетных и влиятельных осужденных, предпочитающих действовать более осмотрительно.

Режим групповой работы может затруднить проведение индивидуальной психодиагностики и психотерапии. Однако, с другой стороны, он представляет более оптимальную возможность в короткие сроки охватить максимальное число осужденных, связанных одной проблемой (с помощью наблюдения за поведением и степенью участия в работе группы, использования письменных опросников, в том числе анонимных, по наиболее актуальным для участников группы вопросам и проблемам, с последующей организацией группового интервью и т.д.).

Часто сложно определить, какие члены психотерапевтической группы получают реальную пользу от работы в ней, а кто будет «вытягивать» из нее всю энергию, уводить ее деятельность в сторону демагогии и формализма, создавать изнутри неблагоприятную атмосферу. Всегда находятся индивиды, стремящиеся полностью сосредоточить все внимание на себя или враждебно относящиеся ко всему окружающему. К ним можно отнести личности, чрезмерно центрированные на себе, которые надеются найти в членах группы благодарную аудиторию, либо склонные воспринимать все, что исходит не от них, крайне негативно. С этой категорией осужденных предпочтительнее индивидуальная психотерапевтическая работа.

Вторым шагом, как правило, на основе фокус-группы организуется группа взаимоподдержки. Такая группа может подчеркивать в различной степени свою автономию и делать акцент на внутрigrupповых ресурсах, а консультанта рассматривать в качестве стороннего наблюдателя, посредника для решения некоторых вопросов с администрацией и медперсоналом, третейского судьи при разногласиях. И наоборот, строить отношения со специалистом как с единственным носителем профессиональных знаний, способным оказать действенную психологическую (индивидуальную и групповую) психологическую помощь в сложных личностных ситуациях всем членам группы. В любом случае активность подобной самоорганизации позитивной направленности следует поддерживать, так как она сможет решать многие вопросы психологической поддержки не только для участников группы и оказывать благоприятное воздействие своим примером на других ВИЧ-инфицированных осужденных, особенно вновь прибывших в исправительное

учреждение или впервые узнавших о наличии у себя ВИЧ-инфекции, предупреждая у них острые психологические реакции и нервные срывы.

Между «группами взаимоподдержки» и собственно психотерапевтическими группами, несмотря на некоторые общие черты (оба типа групп делают акцент на обмене переживаниями и выражении эмоций, культивируется поддержка, подчеркивается ценность установления связей и отмечается стремление к изменению поведения), имеются существенные различия:

- группу взаимоподдержки обычно «ведет» человек, страдающий от тех же проблем, что и члены группы, а консультант генерирует идею создания такой группы и на первых порах оказывает профессиональную помощь при ее организации. В последующем он выполняет скорее роль наблюдателя, координатора деятельности и профессионального специалиста;
- возможности группы взаимопомощи недостаточны для решения более глобальных задач, таких как укрепление психологического здоровья в целом, углубление самопонимания или улучшения межличностного взаимодействия.

Поэтому консультанту в процессе групповой психокоррекционной работы приходится постоянно вносить необходимые коррективы в соотношения деятельности «психотерапевтических групп» и «групп взаимоподдержки», руководствуясь лишь собственной интуицией, здравым смыслом и учетом внешних факторов.

В работе указанных групп нередко отмечаются сложности уже на самом раннем этапе их существования. Чаще эти проблемы возникают, когда группа создается лишь одним волевым усилием консультанта без предварительной подготовки и тщательной проработки стоящих задач, целей и инструмента для их реализации, а также недостаточно учтены ожидания членов группы. Многих потенциальных препятствий можно избежать, если тщательно спланировать работу и подготовиться к ней. Несмотря на то что предварительная подготовка требует много времени, она полностью компенсируется достижением полученного результата.

Наиболее частыми проблемами, которые приходится решать консультанту, являются: тревога отдельных членов группы, конфликты и борьба за контроль, вызов консультанту как личности и как профессионалу, сопротивление как следствие защиты типичного подхода к жизни, «трудные» члены группы. Следует осознать, что это естественные трудности, которые



неизбежны и которые следует понимать. В работе с «трудными» членами группы акцент должен делаться на реальном поведении, а не соответствующих ему ярлыках. Важно понять, что лежит в основе такого поведения.

ВИЧ-инфицированные осужденные сложны [3] в первую очередь наличием смертельности опасного заболевания или постоянной угрозой его развития, крахом своих жизненных перспектив и надежд, социальной изоляцией в обществе, в которое они надеются еще вернуться, отягощенностью в своем большинстве наркотической зависимостью, социальной дезадаптацией, «ярлыками»: «судимый», «наркоман», «ВИЧ-больной», препятствующим трудоустройству после отбытия наказания и восстановлению социально значимых связей, а также набором различных механизмов психологических защит, с одной стороны, облегчающих душевное состояние, с другой — препятствующей проявлению активности в деле собственного сохранения здоровья.

#### Список литературы

1. *Кори Д.* Теория и практика группового консультирования/ Пер. с англ. Е. Рачковой. М.: Эксмо, 2003.
2. *Merton R.K., Fiske M., Kendall P.L.* The focused interview. Glencoe, IL: Free Press (1956).
3. *Ганишина И.С.* Личностные особенности ВИЧ-инфицированных наркозависимых осужденных: анализ эмпирического исследования // Глобальный научный потенциал. 2010. № 10 (67). С. 10–12.

#### 2.10. Заболевания эндокринной системы у осужденных

*Эндокринология* — наука о железах внутренней секреции, биологически активных веществах — гормонах, которые эти железы выделяют, воздействии гормонов на организм человека и патологических состояниях, вызванных сбоем в работе эндокринных желез.

Наиболее распространенными патологическими состояниями, обусловленными сбоем в работе эндокринных желез у осужденных, является сахарный диабет — заболевание, характеризующееся повышением сахара в крови из-за недостатка гормона инсулина в организме, приводящее к нарушению обмена веществ, поражению кровеносных сосудов, нервных окончаний и патологическим изменениям в разных органах и тканях. Данное заболевание входит в категорию «социальных болезней». Среди

больных сахарным диабетом смертность от болезней сердца и инсультов наблюдается чаще в два-три раза, слепота — в 10 раз, нефропатии — в 12–15 раз, гангрена конечностей — в 20 раз чем среди населения в целом. Выделяют диабет двух типов.

Диабет 1-го типа — инсулинзависимый диабет, при котором разрушаются клетки поджелудочной железы, которые у здоровых людей вырабатывают инсулин. Когда инсулина недостаточно или нет вообще, организм не может усваивать сахар из крови: клетки начинают «голодать», а в крови содержание сахара постепенно увеличивается. Единственным средством помощи является введение инсулина под кожу, откуда он поступает в кровоток. К сожалению, до сих пор не удается получить форму инсулина для приема внутрь, которая, попав в желудок через рот, не разрушалась бы под воздействием желудочного сока.

Если диабет уже развился, то восстановить клетки, вырабатывающие инсулин, невозможно. Попытки пересадки поджелудочной железы (или только клеток, вырабатывающих инсулин) проводятся, но пока эту операцию назвать успешной нельзя. Поэтому главными компонентами лечения пациента с диабетом на протяжении всей жизни являются диета и введение инсулина.

При диабете 2-го типа наследственность, видимо, имеет большее значение, чем при диабете 1-го типа, хотя точные причины заболевания неизвестны. Существует также связь между ожирением и диабетом 2-го типа, при этом не у всех людей с ожирением развивается диабет 2-го типа. Это заболевание является весьма распространенным: им страдает от 2 до 10% населения нашей планеты. В момент установления диагноза инсулин вырабатывается у практически всех больных диабетом 2-го типа, причем у большинства больных способность вырабатывать инсулин сохраняется в течение всей жизни. Основная причина повышения сахара крови у этих людей кроется в том, что инсулин вырабатывается «неправильно» и его недостаточно для нужд организма. Организм здорового человека чутко реагирует выбросом инсулина из поджелудочной железы на поступление глюкозы из кишечника в кровь. При диабете 2-го типа «неправильность» выработки инсулина заключается в замедленной реакции организма на еду и поступление глюкозы в кровь. Инсулин появляется в крови слишком поздно, и количество его снижено, поэтому его недостаточно для усвоения всей глюкозы, поступившей с едой. В результате уровень сахара в крови нарастает. Еще одна причина диабета 2-го типа

заключается в неспособности мышц и жировой клетчатки использовать весь вырабатываемый инсулин. Таким образом, в клетки сахар почти не поступает. Такое состояние называется инсулинорезистентность (невосприимчивость клеток и тканей к нормальному количеству инсулина).

Симптомы диабета 2-го типа менее выражены, и поэтому часто этот тип диабета считается «более легким», чем диабет 1-го типа. Однако именно поэтому серьезность диабета 2-го типа недооценивается, и больные долгое время живут, не подозревая о наличии у них этого коварного заболевания, которое может нанести существенный вред здоровью. На сегодняшний день остается загадкой, почему разрушаются клетки поджелудочной железы, почему это наблюдается у одних и никогда не происходит у других. Конечно, наследственность играет определенную роль в развитии диабета 1-го типа, но заболевание от родителей к детям напрямую практически не передается. Поэтому больные диабетом (или люди, имеющие родственников, болеющих сахарным диабетом) могут иметь детей, не опасаясь за то, что у них разовьется диабет.

Говоря о проблеме заболеваемости сахарным диабетом в среде осужденных, нельзя ни затронуть проблему питания, поскольку питание, которое предоставляется осужденным в исправительных учреждениях, при всем достаточном высоком качестве и калорийности не подходит для лиц, страдающих сахарным диабетом, так как основу рациона составляют блюда, содержащие продукты, богатые легкоусвояемыми углеводами (макаронные изделия, крупы, картофель, сахар, сухофрукты). Но как раз они и противопоказаны при сахарном диабете, поскольку в крови резко возрастает содержание глюкозы, что приводит к нарушению обмена веществ и постепенному поражению практически всех функциональных систем организма.

#### 2.11. Некоторые особенности содержания осужденных с различными заболеваниями в исправительных учреждениях особого режима и приговоренных к пожизненному лишению свободы

Согласно Уголовно-исполнительному кодексу РФ, исправительные колонии делятся на следующие типы режимов: колонии общего режима, колонии строгого режима, колонии особого режима, тюрьма.

В исправительные колонии особого режима помещаются осужденные, совершившие особо опасный рецидив. Содержание данных осужденных требует более строгих условий и мер безопасности, чем для осужденных общего и строгого режимов. Если рассматривать статистически усредненный профиль осужденного, содержащегося в исправительном учреждении особого режима, то он будет следующим: мужчина, возраст от 29 до 45 лет, общий стаж уголовного прошлого — около 12 лет. Большинство осужденных особого режима — это личность асоциальная, потерявшая социально полезные связи. По характеру скрытный, интеллект ниже среднего, наличие импульсивных тенденций и плохого самоконтроля.

Если давать медицинскую характеристику осужденным особого режима, то это осужденный с большей долей вероятности наличия хронических заболеваний, связанных с употреблением алкоголя, наркотиков и ведением асоциального образа жизни. Большая вероятность, чем у остального населения, наличия туберкулеза, ВИЧ-инфекции, алко- и наркозависимостей, психических заболеваний.

Рассматривая медико-психологическое сопровождение в колониях особого режима для осужденных-рецидивистов и осужденных к пожизненному лишению свободы, следует отметить ряд особенностей по сравнению с другими исправительными учреждениями.

Первая особенность — значительное превышение количество больных по сравнению с общим и строгим режимами в основном из-за их накопления данных болезней от пребывания в местах лишения свободы.

Вторая особенность — заболевания имеют ярко выраженный характер.

Третья особенность — наличие необоснованных жалоб на здоровье. Все особенности объясняются и коррелирует с видом данного режима исправительного учреждения: асоциальный образ жизни способствует негативному отношению к собственному здоровью, зачастую осужденные воспитывались в неполных или неблагополучных семьях, отсюда и отсутствие навыков заботы о своем здоровье. Среда, в которой взаимодействуют осужденные, также не способствуют спокойному времяпрепровождению, осужденные должны бороться за социальные блага или за статус, что также способствует благоприятной

среде для стресса и снижении иммунитета. Время нахождения осужденных особого режима «за решеткой» в среднем больше, чем у других осужденных, что также накладывает свой отпечаток на здоровье.

Потеря социальных связей ведет к ухудшению общего эмоционального состояния, поэтому осужденные компенсируют потерю общения с близким родственниками нередко на медицинском персонале, отсюда и большое количество необоснованных жалоб и их гиперболизация. Если говорить банальным языком, то осужденные, лишённые общения, приходят в медицинскую часть зачастую просто поговорить, но никак не за медицинским обслуживанием.

В условиях содержания особого режима, в среде осужденных к пожизненному лишению свободы существенно снижается количество посылок и передач, что, безусловно, влияет на психосоматическое состояние данной категории осужденных, вызывает конфликтные эмоциональные состояния [1; 2; 3]. Например, если на общем режиме это шесть посылок в год, а на особом режиме — две посылки в год, соответственно количество «домашней» еды убавляется из рациона питания осужденных, что также влияет на здоровье осужденных.

#### *Список литературы*

1. Бовин Б.Г., Славинская Ю.В. Криминологические и психологические характеристики лиц, осужденных к пожизненному лишению свободы // Прикладная юридическая психология. 2011. № 1. С. 98—107.
2. Славинская Ю.В., Кокурин А.В. К вопросу о психологическом сопровождении осужденных к пожизненному лишению свободы в условиях реформирования уголовно-исполнительной системы // Юридическая психология. 2010. № 2. С. 25—28.
3. Славинская Ю.В., Кокурин А.В. О необходимости разработки комплексного подхода к психологическому сопровождению лиц, отбывающих пожизненное лишение свободы // Прикладная юридическая психология. 2009. № 3. С. 108—116.

## Оглавление

---

	<b>Введение</b>	<b>3</b>
<b>Глава 1.</b>	<b>Теоретические основы пенитенциарной клинической психологии</b>	<b>5</b>
1.1.	Экзистенциальная психодинамика здоровья и болезни личности	5
1.2.	Принципы и методы медико-психологической работы в пенитенциарных лечебных учреждениях	24
1.3.	Психологические особенности осужденных и их учет в пенитенциарном лечебном учреждении	27
1.4.	Личностные особенности медицинского персонала уголовно-исполнительной системы и специфика его взаимодействия с осужденными	28
1.5.	Полиграф как метод диагностики аддиктивных состояний и личностных расстройств в учреждениях уголовно-исполнительной системы	36
<b>Глава 2.</b>	<b>Некоторые социально значимые заболевания подозреваемых, обвиняемых, осужденных и специфика оказания им медико-психологической помощи</b>	<b>45</b>
2.1.	Ментальные расстройства несовершеннолетних обвиняемых, подозреваемых, осужденных за насильственные преступления	45
2.2.	Специфика гендерных личностных расстройств у несовершеннолетних осужденных	55
2.3.	Гендерные особенности личностных расстройств осужденных за убийства	60
2.4.	Личностные расстройства осужденных женского пола и особенности оказания им психологической помощи в учреждениях уголовно-исполнительной системы	69

Оглавление	175
2.5. Особенности содержания осужденных, имеющих психические отклонения	112
2.6. Психологические особенности тубифицированных осужденных и специфика психологической работы с ними	113
2.7. Общая характеристика аддиктивного поведения осужденных и их медико-психологическое сопровождение в пенитенциарных учреждениях уголовно-исполнительной системы	121
2.8. Реализация ведомственной программы медико-психологической реабилитации осужденных с алкогольной и наркотической зависимостью	145
2.9. Факторы риска, способствующие ВИЧ-инфицированию лиц с криминальным поведением, и особенности психологической работы с ними в условиях лишения свободы	153
2.10. Заболевания эндокринной системы у осужденных	169
2.11. Некоторые особенности содержания осужденных с различными заболеваниями в исправительных учреждениях особого режима и приговоренных к пожизненному лишению свободы	171