# СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВНС - вегетативная нервная система

ВНД - высшая нервная деятельность

ЖКТ - желудочно-кишечный тракт

ИК - исправительная колония

МКБ-10 - международная классификация болезней десятого пересмотра

ПСТ - парасимпатический тонус

РА - расстройства адаптации

ССС - сердечно - сосудистая система

СТ- симпатический тонус

ПСР - психосоматические расстройства

ЦНС - центральная нервная система

# ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования определяется негативными процессами в состоянии психического здоровья населения, обусловленными снижением качества жизни, социально-экономической нестабильностью, ломкой установившихся жизненных стереотипов, дефицитом финансовых ресурсов здравоохранения наряду с экологическими и другими факторами[1]. Эти факторы во многом объясняют неуклонный рост преступности и увеличение численности осужденных в пенитенциарных учреждениях страны. В настоящее время Российская Федерация является мировым лидером по количеству осужденных на 100 000 населения - 740 человек[2]. 21.09.2011 Выступая на заседании Госдумы министр юстиции РФ Александр Коновалов заявил, что количество заключенных в России составляет 650 тысяч человек. По состоянию на 1 февраля 2012 года в учреждениях УИС содержалось 749 600 человек.

При попадании в места лишения свободы у многих осужденных развиваются расстройства адаптации (РА), которые зависят от факторов как социальных (особенности режима, условия жизни в заключении, срок пребывания в пенитенциарном учреждении), биологических (ресурсы организма и особенности нервной системы), так и психологических, в первую очередь личностных факторов[3]. Психическая дезадаптация осужденных, представляющая собой срыв защитно-компенсаторных механизмов психики, проявляется в форме патопсихологических нарушений, объединяемых в синдромы невротизации, психопатизации, тревожности, депрессии. Вместе с тем, известно, что РА являются одной из основных причин развития психосоматических расстройств -ПСР[4]. По данным ВОЗ, от 38 до 42% всех пациентов, обращающихся в системе здравоохранения к соматическим врачам, относятся к группе психосоматических больных[5]. Однако в здравоохранении пенитенциарной системы не изучены особенности формирования и развития психосоматических расстройств при попадании в места лишения свободы.

При всей многоаспектности патогенетических механизмов развития заболеваний внутренних органов и множестве литературных сведений в исследованиях, проводимых специалистами в области внутренней патологии, врачами пенитенциарных учреждений не уделяется должного внимания проблемам психосоматических соотношений. Недостаточно изучена роль специфических психосоциальных факторов у осужденных в возникновении и развитии у них как расстройств адаптации, так и психосоматических заболеваний. Между тем исследования в области современной медицины предусматривают решение задач, включающих определение нейропсихогенных влияний в многофакторной этиологии и патогенезе соматических заболеваний, их взаимосвязь с эмоциональным стрессом, гуморальными изменениями, психологическими механизмами формирования расстройств адаптации и психосоматических нарушений[6].

Рассматривая пребывание осужденного в местах лишения свободы как пример хронической стрессогенной ситуации (пенитенциарный стресс), учитывая роль патопсихологических механизмов в генезе психосоматической патологии, практически важным является изучение взаимосвязей развития психосоматических нарушений также с личностными особенностями осужденных с целью поиска подходов к коррекции взаимоотношения людей в условиях социальной изоляции. Исследование расстройств психологических и психофизиологических механизмов адаптации у осужденных лиц является актуальным также для профилактики возможных срывов адаптации и, тем самым, для предотвращения развития у них психосоматической патологии[7, 11].

Известно, что функция психологической службы в пенитенциарной системы найти индивидуальный подход к каждому осужденному в воспитательном процессе, составив его психологический портрет. Включив в обязанности психологической службы функцию выявления психосоматических нарушений у осужденных и причины возникновения на ранней стадии развития этого нарушения, мы сможем предотвратить развитие заболевания и принять профилактические меры по их предотвращению. Это позволит сэкономить не только деньги, выделяемые на лечения осужденных, но и время полного выздоровления осужденного необходимое при небольших сроках заключения. Помимо этого, после освобождения, в общество вернется здоровый человек, что так необходимо для развития нашего государства и общества.

Объект исследования: психосоматическое состояние 302 осужденных мужчин, отбывающих срок наказания в колонии строгого режима, испытывающих длительное эмоциональное напряжение и предъявляющих те или иные жалобы соматического характера, их вегетативный статус, процессы возникновения психосоматических расстройств в условиях заключения.

Предмет исследования: психосоматические расстройства, влияние условий заключения на соматическое состояние здоровья осужденных. Психомоторные ограничения, личностная характеристика заключенного, его эмоциональное (тревожность) состояние способствующие формированию психосоматических нарушений у заключенных.

Цель исследования: определить психопатологические особенности и закономерности развития психосоматических расстройств в структуре нарушений адаптации у лиц, отбывающих наказание в исправительной колонии, и на этой основе разработать критерии прогноза расстройств адаптации с психосоматическими проявлениями.

Задачи исследования:

1. На основе эмпирических исследований изучить клинико-психопатологические особенности расстройств адаптации у осужденных вследствие «пенитенциарного стресса».
2. На основе эмпирических исследований изучить проявления и структуру психосоматических расстройств у осужденных, страдающих нарушениями адаптации.
3. На основе эмпирических исследований определить влияние индивидуально-личностных особенностей на развитие психосоматических расстройств у осужденных мужчин.
4. Используя результаты исследований на основании литературных данных, установить ситуационные предикторы развития психосоматических проявлений в структуре расстройств адаптации у осужденных мужчин.
5. На основе эмпирических исследований оценить зависимость развития психосоматических расстройств от возраста осужденных и особенностей их вегетативной нервной системы.

Гипотезы:

Обследованный контингент осужденных, отбывающих наказание в колонии строгого режима, в целом характеризуется высокой распространенностью расстройств адаптации, в структуре которых преобладают проявления нарушенного поведения. Вместе с тем, значительную долю в расстройствах адаптации занимают эмоциональные нарушения, которые тесно связаны с развитием психосоматических расстройств.

Психосоматические расстройства у осужденных коррелируют с высоким уровнем у них алекситимии и реактивной тревожности, а также с повышением симпатического и парасимпатического тонуса вегетативной нервной системы, что указывает на участие в их развитии не только психологических, но и психофизиологических механизмов. Самым частым видом психосоматических расстройств у осужденных с расстройствами адаптации являются психосоматические дисфункции вегетативной нервной системы.

Структура дипломной работы. Диплом состоит из введения, описания материалов и. методов исследования, результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка цитируемой литературы, а также приложений. Работа изложена на 123 листах компьютерного набора, иллюстрирована 30 таблицами и 5 рисунками.

База исследования. Исследование проводилось путем медицинского и психологического обследования лиц, находившихся в заключении в соответствии с приговорами судебных инстанций: в Федеральном Казначейском Учреждении исправительная колония №2 Управления Федеральной службы исполнения наказания по Смоленской области. Данное учреждение представляет собой исправительную колонию строгого режима, в которой отбывают наказание за совершенные преступления лица со всех регионов России. Все обследованные дали информированное согласие на участие в исследовании.

Теоретическая значимость исследования.

В работе впервые осуществлен комплексный подход к изучению социальных, медико-биологических, ситуационных и индивидуально-личностных факторов риска развития психосоматических психических расстройств у осужденных мужчин с расстройствами адаптации, вследствие «пенитенциарного стресса».

Установлены клиническая структура, психопатологические особенности и закономерности развития у осужденных и расстройств адаптации (F43.2), и психосоматических расстройств (F45), определены их соотношения. Впервые выявлены факторы влияющие на степень выраженности психосоматических расстройств.

Определены нарушения вегетативной регуляции высшей нервной деятельности в общем тонусе симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы в их взаимосвязи с клинической выраженностью психосоматических расстройств у осужденных мужчин, отбывающих наказание в пенитенциарном учреждении.

Проведенное исследование позволило выявить факторы риска и предикторы развития психосоматических расстройств и впервые разработать диагностическую карту для прогнозирования развития данной патологии у осужденных мужчин.

# 1. ПСИХОСОМАТОЗЫ

## психомоторный нервный заболевание осужденный

## 1.1 Психологические особенности среды осужденных

Микро социальная среда осужденных является отрицательной с точки зрения нравственных норм, системы ценностных ориентации, которые в ней господствуют [3, 8]. При этом для тюремной среды являются естественными следующие факторы:

. замкнутость сферы общения и-i эффект «публичности» вследствие постоянного тесного общения осужденных во всех сферах жизнедеятельности, что приводит к нервно-психическому напряжению;

. снижение интереса осужденных к общению друг с другом-;, информационно-коммуникативной истощаемости, а также отсутствие психологической совместимости;

. группирование осужденных, наличие малых групп осужденных со специфической тюремной субкультурой- и, наличие межгрупповых конфликтов;

. строгая иерархия отношений осужденных, проявляющаяся в распределении материально-бытовых льгот, ролей; статусов, властных полномочий и обязанностей, что приводит к конкуренции и конфликтам из-за распределения статусов в иерархии;

. наличие психопатологических отклонений у значительной части осужденных.

По мнению исследователей, осужденные, приговоренные к длительным срокам наказания, как бы переживают смерть в расширенном (т.е. в, социальном) смысле [9]. В процессе пребывания в пенитенциарной среде осужденный принуждается требованиями этой среды к действиям, которые противоречат с детства привычными ему представлениями о добре и зле, равенстве, справедливости, заботе о человеке, моральным нормам и ценностям, и наоборот, поощряются агрессивные действия, являющиеся привычным способом поведения в данной среде [10].

Особенности пенитенциарной средь, связаны с рядом, экстремальных характеристик окружающих условий как физической, так и социальной среды: монотонность, рассогласование ритма сна и бодрствования, пространственное ограничение и ограничение двигательного режима (гипокинезия), ограничение доступа информации (сенсорный голод), ограничение общения (одиночество), групповая изоляция, угроза жизни [11]. Значимым стрессором является также физическое насилие, в первую очередь относящееся к категории заключенный-заключенный, либо постоянная угроза насилия в различных вариантах [12]. К стрессогенным факторам пенитенциарной среды зарубежные авторы также относят скученность и бытовые проблемы [13].

Длительный информационный дефицит, возникающий, при воздействии указанных выше факторов, особенно монотонности ощущений; и воспринимаемый как недостаточность или отсутствие высоко сигнальной информации, может приводить к функциональным нарушениям деятельности мозга, описанным как информационный невроз [14]. Сенсорная монотония в сочетании с социальной изоляцией может рассматриваться как ситуация гипостимуляции, приводящая к изменению характера отношений, к окружающим, связанных с усилением психологической, нетерпимости возможным ростом агрессивности и как следствие - уменьшением социабельности [15]. Показано, что если индивидуальная изоляция приводит к тревожности, неуравновешенности и неустойчивости настроения, то следствием групповой изоляции являются депрессивные проявления, враждебность, нарушения сна и ослабление когнитивных функций [3, 4, 5, 9, 10, 11, 16, 17].

Психологический портрет осужденных в целом хорошо изучен и описан [17]. В общей совокупности осужденные характеризуются невысоким уровнем абстрактного мышления, однако это свойство неодинаково распределено среди различных групп осужденных. Хуже всего ведут себя осужденные с нарушениями интеллекта [18]. Самый высокий показатель - у тех, кто, по мнению администрации, твердо встал на путь исправления. Наиболее низкие показатели наблюдаются у лиц, занимающих низшую ступень в неформальной структуре осужденных в местах лишения свободы. По сравнению с ними лидеры и члены социально-отрицательных групп имеют показатели более высокие, но ниже в сравнении с положительно характеризуемыми осужденными. У совершивших насильственные преступления этот показатель в целом ниже, чем у иных категорий преступников. Интеллектуальные дефекты у лиц, совершивших преступления, могут приводить к характерному для них преобладанию «близкой» мотивации по сравнению с «дальней» мотивацией, недооценке возможных отдаленных последствий своих действий [19].

Преступники вообще в отличие от законопослушных граждан имеют более низкие показатели эмоциональной устойчивости. Причем применительно к осужденным, положительно характеризующимся администрацией ИК, можно говорить лишь о тенденции к понижению. Что же касается иных категорий осужденных, то этот показатель существенно занижен по сравнению с право послушными лицами [17]. Социальная активность, готовность к действию, учитывающая позитивные возможности, у всех групп осужденных занижена. Только положительно характеризуемые осужденные имеют близкий к норме показатель. Необходимо отметить, что эта категория заключенных отличается высокой степенью самоконтроля, дисциплинированностью, а также сравнительной доброжелательностью в отношениях с окружающими. Коммуникативная активность осужденных ограничена и жестко формализована, в этих условиях неизбежно развивается ситуация «эмоционального вакуума», когда резко снижаются общий энергетический уровень и психофизиологическая активность, определяющие устойчивые психологические состояния.

Для оценки состояния осужденных необходимо знать, каким образом осужденные осознают собственное состояние и как сами оценивают сложившуюся ситуацию. Характеризуемые положительно склонны в большей мере углубляться в переживания по поводу ситуации, в которой они оказались. Их переживания носят само направленный характер. Пребывание в ИК они рассматривают как препятствие в жизни, существенную трудность, но такую, через которую необходимо пройти. Отрицательно характеризуемые осужденные в меньшей мере углубляются в переживания по поводу сложившейся ситуации, что показывает их лучшую приспособляемость к новым условиям, а также более легкомысленное отношение к наказанию [17].

Известно, что индивид тем чаще прибегает к нравственным оценкам, чем ярче в его самосознании отражается неравенство. Причисление к специфической категории людей - преступникам, применение соответствующих мер - изоляции от общества, актуализирует ощущение неравенства. Вот почему внимание осужденных акцентируется на такой нравственной категории, как справедливость. Эта категория морали представляется им более предпочтительной по сравнению с правовыми нормами, которые также входят в систему нравственных оценок. Такое предпочтение вызвано несколькими причинами. Во-первых, некоторые осужденные считают, что им инкриминированы деяния, которые они не совершали; во-вторых, часть осужденных считает, что их действия квалифицированы излишне строго; в-третьих, преобладающее число осужденных убеждено в том, что установленный судом в отношении их срок лишения свободы не соответствует вине или что для их перевоспитания достаточен более короткий срок. Очевидно, что предпочтение связано с проявлением компенсаторного механизма, когда осужденные пытаются снять или ослабить (хотя бы в собственных глазах и в глазах окружающих) влияние «ярлыка» преступника, неизбежность идентификации себя с образом нарушителя закона [20].

Положительно характеризуемые осужденные менее поглощены проблемой поиска внешних причин того, что с ними случилось, тогда как отрицательно характеризуемые осужденные, напротив, склонны объяснять случившееся внешними причинами, а не собственными поступками [21]. Это влияет на восприятие ими наказания как справедливого или не совсем справедливого. Кроме того, поиск причин вне себя ведет к тому, что стиль поведения таких осужденных характеризуется как склонный к агрессивному. Показано, что меры целенаправленной организации психологической атмосферы исправительного учреждения могут смягчать агрессивные проявления со стороны осужденных [22].

Положительно или отрицательно характеризуемые осужденные различно подходят к решению проблемы отбывания наказания. Положительно характеризуемые, как свидетельствуют данные исследования по методике Розенцвейга, проявляют большую самонаправленность в стремлении преобразовать сложившуюся» ситуацию [23]. Применительно к группе отрицательно характеризуемых осужденных общеприходным выражением можно считать следующее: «Коль я не виноват (или не совсем виноват) в том что я оказался здесь, то я не буду особенно стараться, чтобы изменить мнение о себе» [24].

## 1.2 Проблема адаптации осужденных в пенитенциарной среде

При попадании в места лишения свободы происходит социальная дезадаптация человека, проявляющаяся срывом компенсаторных механизмов личности, которые могут привести к возникновению конфликтных ситуаций среди заключенных, между заключенным и обслуживающим персоналом, несанкционированных действий осужденных [25, 26]. В целом общепринятым является мнение, согласно которому состояние конфликта с законом, в котором находится осужденный, обусловливает конфликты и повышенную фрустрируемость в условиях отбывания наказания, приводящие к нервно-психическому напряжению и, тем самым, к нарушению здоровья.

Психическая адаптация осужденных зависит как минимум от двух групп факторов: собственно психологических, в первую очередь, личностных, и факторов уголовно-исполнительного характера, связанные с отбыванием наказания (особенности режима, срок пребывания в пенитенциарном учреждении, виды совершенных преступлений и соответствующие статьи УК), социально-психологического характера, (организация микросоциальной среды - коллектива осужденных в целом с характерной для него жесткой стратификацией, а также внутри него - малых неформальных групп с различным распределением социальных ролей внутри них) [20].

Характеристики психической адаптации осужденных могут варьировать в зависимости от возраста осужденных, поскольку переход от одной возрастной ступени к другой ознаменовывается изменением психического развития [11]. Он предполагает глубокое преобразование структурных компонентов возраста и может сопровождаться более или менее выраженными конфликтами и противоречиями. Возрастные ступени отличаются относительностью, условной усредненностью, что не исключает, однако, индивидуального своеобразия психического облика человека. Возрастные и половые особенности осужденных учитываются судом при организации отбывания наказания, определении вида и типа исправительного учреждения с целью дифференциации воспитательного воздействия на них. Различают следующие возрастные группы правонарушителей: подросткового, юношеского, молодежного, зрелого, пожилого и старческого возраста.

Молодежный возраст - это особый период, когда завершается формирование личности, появляется способность правильно воспринимать реальность и критически оценивать свои поступки. Рассматриваемый жизненный период можно разделить на два этапа: с 18 до 25 лет и с 26 до 30 лет. Наиболее рельефно в этом возрасте проявляется социальная активность личности: человек создает и изменяет обстоятельства своим поведением и трудом, образует собственную среду посредством развития общественных связей, включаясь в разнообразные малые и большие группы, коллективы. Вместе с тем психический склад личности отличается противоречивостью, поскольку в этот период сочетаются черты юности и зрелости [27]. В местах лишения свободы осужденные молодежного возраста составляют самую многочисленную группу, отличаются наибольшей активностью, криминальным опытом, стремлением занять определенный статус, создать, группировки отрицательной направленности и лидировать в них.

В 26-30 лет происходит стабилизация поведения (криминального или положительного) осужденных [11]. Многие осужденные молодежного возраста скрытны, недоверчивы, агрессивны, циничны. Вместе с тем они различаются по установке на отбывание наказания. Одни из них имеют большой криминальный опыт, агрессивны, демонстративно нарушают режим отбывания, придерживаются тюремных традицию и обычаев и активно внедряют их в местах лишения, свободы. Другие - намерены не совершать больше преступлений, третьи - имеют неустойчивую ориентацию. Следует также отметить, что на границе 26-30 лет наблюдается усталость от воровской и тюремной жизни, обостряется проблема смысла жизни, происходит переоценка ранее сформированных установок и убеждений, возникает желание покончить с прошлым.

В зрелом возрасте окончательно закрепляются социальные роли. Осужденные 30-35 лет, особенно неоднократно судимые, пессимистически относятся к жизни, поскольку у них разрушается жизненная перспектива и теряется смысл жизни. Осужденные этого возраста чаще задумываются над своей жизнью, более критичны в оценках окружающих и самих себя, охотно проявляют позитивную активность, не особенно стремятся к группированию и занятию высокого статуса в среде осужденных. Их основные ценности - материальное благополучие, забота о здоровье и семье.

Осужденные пожилого возраста нередко имеют большой преступный опыт, консервативную систему взглядов и убеждений. У них происходит существенная перестройка мотивации в связи с ожиданием старости или сопротивлением ее наступлению. Среди них много инвалидов поэтому цель их жизни сводится часто к удовлетворению физиологических потребностей и заботе о своем здоровье. Компенсаторные процессы в пожилом возрасте у осужденных имеют определенные пределы. В каждом конкретном случае нервно-психические перегрузки могут быть достаточными для срыва способности к управлению своим поведением, несмотря на компенсаторные механизмы. В заключение подчеркнем, что адаптация к меняющимся условиям среды с возрастом затрудняется из-за понижения пластичности нервной системы [28].

Спецификой психической адаптации лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, является постоянная угроза [11, 17], которая может рассматриваться как форма повседневного стресса, способом приспособления к которой служит депрессивная реакция [29, 30]. Наряду с депрессией, у осужденных под воздействием личностно угрожающей среды исправительного учреждения облигатно повышается уровень тревожности.

В динамике адаптации осужденного в процессе отбывания наказания выделяют несколько этапов при переходе между которыми происходит резкая смена психологического состояния, установок и направленности личности осужденного [11]: 1) до поступления в исправительное учреждение (арест, вступление приговора в законную силу); 2) прибытие в исправительное учреждение; 3) первые 6-8 месяцев пребывания в исправительном учреждении; 4) основной этап отбывания наказания; 5) заключительный этап отбывания наказания (за 6-8 месяцев до освобождения); 6) освобождение из исправительного учреждения. При этом интенсивное воздействие стрессогенных условий среды начинается еще на этапе до поступления в исправительное учреждение. По мнению Л.Ф. Мироненко [31], до 80% лиц, находящихся в условиях СИЗО на протяжении 6 и более месяцев, обнаруживают клинически выраженные патопсихологические отклонения. После поступления в исправительное учреждение, наиболее трудными для адаптации осужденного являются первые 2-3 месяца [8].

Нарушения психической адаптации заключенных, согласно В. Франклу [11], развиваются в определенной последовательности: первичная реакция (шок), фаза адаптации, фаза апатии. Указанные фазы психической адаптации отражают физиологические закономерности протекания адаптационного процесса, описываемых классическими стадиями общего адаптационного синдрома (стресса) - тревоги, резистентности и истощения [26]. Очевидно, временные границы указанных стадий могут варьировать в широких пределах. В качестве ориентира можно рассматривать принятое в исправительной психологии условное подразделение срока наказания на 3 этапа [23]. Первая треть срока рассматривается как начальная адаптация, последующая треть - основной (исправительный) период и оставшаяся треть до окончания срока наказания - подготовка к освобождению. Иную периодизацию адаптационного процесса предлагают А.И. Ушатиков и Б.Б. Казак [11]: стартовое психическое напряжение; период острых психических реакций; период переадаптации; завершающее психическое напряжение, период острых психических реакций выхода (освобождение из заключения); период психологической реадаптации после освобождения. Наиболее тяжело переживается осужденными начальный период заключения (первая треть срока).

Начальная стадия пенитенциарной адаптации - лишение свободы -является дистрессом, вызывающим типичные психические состояния осужденного, в первую очередь, выраженную фрустрацию, в которой соединяются тоска, депрессия и обреченность [32, 29]. Фрустрация сопровождается внутренним дискомфортом, чувством вины и социальной неполноценности (ущербности), часто ей сопутствует повышенная конформность. В целом фрустрационный синдром проявляется в чувстве безнадежности и незащищенности, тревожности, ожидания и тоски [32]. Человек, помещенный в условия тюремного заключения, испытывает тревогу и депрессию именно в сочетании с чувством безнадежности [22]. Высокая тревожность развивается уже в течение первых недель заключения [18]. В качестве первичных реакций на ситуацию лишения свободы описываются также страх, депрессия и гнев [33].

Для осужденных характерно наблюдаемое при нарушении адаптации снижение адекватности функционирования психики, приводящее к уменьшению эффективности интеллектуальной деятельности. В свою очередь, интеллектуальные нарушения затрудняют адаптацию осужденных к пенитенциарной среде [18].

Синдром апатии является также адаптивным механизмом психики, связанным с регрессией к примитивной фазе «влечения к самосохранению», представляя собой, по словам В.Франкла [34], «феномен внутреннего приспособления к специфической среде: все происходящее в ней достигает сознания лишь в приглушенном виде. Снижается уровень аффективной жизни. Все ограничивается удовлетворением сиюминутных, наиболее насущных потребностей». Апатия у заключенных сопровождается ощущением внутренней пустоты и бессмысленности существования, неспособностью ставить перед собой жизненные цели, а также распадом структуры, переживания времени с тенденцией к переживанию утраты будущего, группированием мыслей вокруг одних и тех же деталей из переживаний прошлого. У большинства заключенных наблюдается формирование своеобразного чувства неполноценности. Апатия, астения, снижение работоспособности, вкупе с тревогой и повышенной раздражительностью, рассматриваются как неизбежные следствия физической изоляций [9].

Дальнейшее развитие психической дезадаптации личности осужденных приводит к формированию, стойкого депрессивного синдрома, для которого характерны снижение эмоционального фона, общая подавленность, нарушение сна, раздражительность, растерянность. При этом может возрастать зависимость личности от внешних воздействий, и в то же самое время -возрастание агрессивного и аутоагрессивного поведения [32]. Выраженное возбуждение, проявляющееся в агрессивных действиях, рассматривается как следствие невозможности уединения [34]. В итоге психическое состояние осужденного описывается двумя синдромами - апатии и агрессии, объединяемыми в рамках регрессии к более примитивной структуре влечений.

К перечисленным патопсихологическим нарушениям можно добавить появление фобий, астенического либо астено-депрессивного синдрома [32]. Среди фобий часто встречается боязнь закрытого пространства (камеры). Наряду с тревожно-депрессивными реакциями наблюдаются негативно-депрессивные реакции, когда к депрессивному фону добавляется внутреннее отрицательное отношение к факту лишения свободы, и негативно-истерических реакций, проявляющихся в вязкости мышления, расстройствах воображения, сопровождающихся бессонницей [23].

Астенические состояния сохраняются в течение длительного времени после освобождения: беспокойство, чувство усталости, возбудимость, непоседливость, ослабление памяти и способности концентрации внимания, раздражительность, депрессия, головные боли, различная вегетативная симптоматика [11, 35]. Чем в большей степени заключенный был подвержен психотравмирующим воздействиям, тем более впоследствии он страдает от навязчивых воспоминаний, замкнутости, нарушений коммуникации, чередующимися с периодами возбуждения [13]. Большая выраженность посттравматического стресса сочетается с худшим уровнем физического здоровья [10].

При оценке психической адаптации осужденных необходимо учитывать, что изначально среди преступников, признанных вменяемыми, насчитывается большое количество психопатов [6], нуждающихся в специальных медико-психологических мероприятиях для их ресоциализации. В то же время обнаруживаемые у пенитенциарного контингента нарушения психической адаптации могут рассматриваться в зависимости от степени их выраженности как последовательные стадии перехода от донозологических состояний до клинически выраженных расстройств [26]:

) Непатологическая психическая дезадаптация - начальная донозологическая стадия адаптационных нарушений, являющаяся полностью ситуативно обусловленной, не требующей врачебного вмешательства и проходящей самостоятельно. Расстройства адаптации касаются преимущественно одного, наиболее уязвимого уровня - собственно психической адаптации.

) Патологическая (предболезненная) психическая дезадаптация - переходная стадия, сочетающая донозологический характер психических изменений и клинически выраженный (в форме функциональных расстройств) характер соматических изменений. На данной стадии нарушается как собственно психическая, так и психофизиологическая адаптация, что проявляется в форме разнообразных психосоматических расстройств.

) Клинически выраженная дезадаптация, соответствующая диагнозу «расстройства адаптации» (F43.2 по МКБ-10). При этом происходит нарушений социального функционирования, т.е. наряду с нарушениями собственно психической и психофизиологической адаптации, возникает отчетливое нарушение психосоциальной адаптации. Применительно к пенитенциарному контингенту это проявляется как снижение статуса осужденных в групповой иерархии, попадание его в группу «отверженных».

Выявление групп повышенного риска в отношении нарушений психической адаптации и периодов наиболее вероятной реализации этого риска может способствовать своевременному проведению мероприятий по предупреждению данных нарушений, снижая фрустуационную напряженность, уменьшая вероятность возникновения интрапсихических конфликтов и психосоматических расстройств. К проявлениям стресса, доступным для психологической коррекций, относят повышенную тревожность, депрессию, утомляемость и растерянность [162]. Это в полной мере относится к психической адаптации в пенитенциарной среде [8, 24].

Отсутствие четких стандартов психической нормы, многообразие проявлений нарушения психической адаптации у осужденных, трудности использования стандартных диагностических тестов в местах заключения обуславливает необходимость разработки комплекса информативных, надежных и в то же время достаточно простых с точки зрения практической применимости критериев психологической адаптированности осужденных. К типичным признакам дезадаптации осужденных относятся чувство внутреннего напряжения, ощущение надвигающейся опасности или угрозы, общая депрессия и пессимистическая оценка окружающей действительности, неуверенность в себе, затруднение при выборе конкретного решения, отсутствие определенности в выработке линии поведения [10]. В качестве признаков дезадаптации осужденных рассматривают также повышенную тревожность в совокупности с активным поиском помощи и содействия окружающих, симптомы депрессии и соматической озабоченности [35].

В настоящее время не вызывает сомнения взаимосвязь дезадаптивных расстройств с вегетативными дисфункциями [35]. В результате существования, психосоматических взаимоотношений адаптивные изменения приводят к изменениям на более низких уровнях структурно-функциональной организации, в первую очередь вегето-висцеральных систем [23].

Таким образом минимальный перечень характеристик психологического статуса осужденных должен включать определение уровня, тревоги, депрессии, невротизации, психопатизации [9]. Помимо этого, с учетом роли биологических детерминант психосоматических отклонений, целесообразно изучение ряда клинико-физиологических характеристик, в частности, состояния вегетативной регуляции. Однако исследования, посвященные комплексной оценке психосоматического статуса у лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, с учетом как психологических, так и психофизиологических аспектов регуляции поведения, в доступной литературе отсутствуют.

## 1.3 Понятия о психосоматических расстройствах и их классификация

Проблема психосоматических соотношений - одна из наиболее сложных проблем современной медицины, несмотря на то, что тесная взаимосвязь соматического и психического замечена и изучается в течение нескольких веков, со времен Аристотеля и Гиппократа. По данным ВОЗ, от 38 до 42% всех пациентов, обращающихся к соматическим врачам, относятся к группе психосоматических больных. Строго говоря, психосоматическое направление не является самостоятельной медицинской дисциплиной - это подход, учитывающий многообразие причин, приведших к болезни. В последней редакции МКБ 10-го пересмотра в классе психических расстройств не используются термины «психосоматический» и «соматопсихический» в связи с тем, что психические (психологические) факторы оказывают влияние на возникновение, течение и исход не только отдельных заболеваний «психосоматозов», но и всех болезненных состояний.

Интерес к психосоматическим соотношениям усиливается и поддерживается в связи с неуклонным ростом психических расстройств пограничного уровня, распространенность которых увеличилась более чем в 2 раза [28]. За последние годы изменилась структура заболеваемости и смертности, резко возросла группа неэпидемиологических, неинфекционных соматических заболеваний, в генезе которых неврогенные факторы играют значимую роль.

В общей врачебной практике распространенность пограничных психических расстройств колеблется от 30 до 65% [26]. В условиях современного общества, несбалансированности социокультуральной обстановки резко возрастает уровень эмоционального напряжения с повышенной стрессогенностью, усиливая роль психосоциальных факторов в происхождении болезней нервно-психической сферы и существенно повышая риск возникновения пограничных психических расстройств, способствующих развитию у соматических больных симптомов психической дезадаптации [1]. Ряд авторов связывают рост встречаемости психических заболеваний с тенденцией к соматизации распространенностью маскированных психических расстройств [10], другие авторы указывают на распространенность депрессивных расстройств [6, 8, 15, 18], нозогенных реакций [27].

Диапазон психических расстройств, сопряженных с соматическими заболеваниями, широк и включает невротические, психосоматические, аффективные, органические и эндогенные. Результаты эпидемиологических скрининговых обследований среди тех, у кого выявлены психические расстройства, свидетельствовали о высоком уровне соматической заболеваемости [6]. С другой стороны, показано, что в терапевтических стационарах психические расстройства часто остаются незамеченными [18].

По современным представлениям, к психосоматическим заболеваниям и расстройствам относят:

Конверсионные симптомы. Невротический конфликт получает вторичный соматический ответ и переработку. Симптом имеет символический характер, демонстрация симптомов может пониматься как попытка решения конфликта. Конверсионные проявления затрагивают в большей части произвольную моторику и органы чувств. Примерами являются истерические параличи и парастезии, психогенная слепота и глухота, рвота, болевые феномены.

Функциональные синдромы. В этой группе находится преобладающая часть «проблемных пациентов», которые имеют пеструю картину часто неопределенных жалоб, которые могут затрагивать сердечно - сосудистую систему, желудочно-кишечный тракт, двигательный аппарат, органы дыхания или мочеполовую систему. Часто у таких субъектов имеются только функциональные нарушения отдельных органов или систем, тогда как органические изменения, как правило, не обнаруживаются. В отличие о конверсионных симптомов, отдельный симптом не имеет специфического значения, будучи неспецифическим следствием нарушенной телесной функции. Александер [36] описал эти телесные проявления как сопровождающие признаки эмоционального напряжения без характерных черт и обозначил их органными неврозами.

Психосоматозы- психосоматические болезни в более узком смысле. В основе их лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах [23, 30]. Соответствующая предрасположенность может влиять на выбор органа. Заболевания, связанные с органическими изменениями, принято называть истинными психосоматическими болезнями, или психосоматозами. Первоначально выделяли 7 психосоматозов - бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва 12-перстной кишки, гипертиреоз. Позже этот список расширился и включил рак, инфекционные и другие заболевания.

Патогенез психосоматических психических расстройств чрезвычайно сложен и определяется следующими факторами:

. неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;

. наследственным предрасположением к психосоматическим психическим расстройствам;

. нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятельности ЦНС);

. личностными особенностями;

. психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;

. фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;

. особенностями психотравмирующих событий.

Перечисленные факторы не только участвуют в происхождении психосоматических расстройств но и делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических нарушений.

Эмоциональная реакция, выражающаяся в форме тоски и постоянной тревоги, нейро-вегетативно-эндокринных изменении и характерном ощущении страха, является связующим звеном между психологической и соматической сферами [23]. Полное развитие чувства страха предотвращено защитными физиологическими механизмами, но обычно они лишь уменьшают, а не устраняют полностью эти физиологические явления и их патогенное действие. Этот процесс можно рассматривать как торможение, то есть состояние, когда психомоторные и словесные выражения тревоги или враждебных чувств блокируются таким образом, что стимулы, поступающие из ЦНС, отводятся к соматическим структурам через вегетативную нервную систему и, таким образом, приводят к патологическим изменениям в различных системах органов [6].

Вегетативные сдвиги при стрессе целесообразно разделить на первичные, отражающие состояние непосредственно вегетативной нервной системы, -преобладание симпатического тонуса над парасимпатическим [23], и вторичные, характеризующие изменения, со стороны внутренних органов и систем органов, связанные с динамикой вегетативной регуляции - в частности сердечнососудистой [21], органов дыхания, желудочно-кишечного тракта [13]. При наличии эмоционального переживания, которое не блокируется психологической защитой, а, соматизируясь, поражает соответствующую ему систему органов, функциональный этап поражения перерастает в деструктивно-морфологические изменения в соматической системе, происходит генерализация психосоматического заболевания. Таким образом, психический фактор выступает как повреждающий.

К психосоматическим заболеваниям относят те нарушения здоровья, этиопатогенез которых - истинная соматизация переживаний, то есть соматизация без психологической защиты, когда, защищая душевное равновесие, повреждается телесное здоровье. Сверх актуальное переживание фиксируется, образуя установочную доминанту, являющуюся функциональным очагом психической патологической импульсации. Свойственное больным смутное чувство физического дискомфорта обусловливает при определенных воздействиях реализацию болезненных ощущений и их фиксацию[33].

Необычная импульсация, поступающая из внутренних органов в ЦНС, усиливает эти ощущения, что, в конечном счете, приводит к формированию патологического состояния [33]. Таким образом, негативные эмоции висцерального происхождения как бы подкрепляются личностными реакциями таких больных на тот или иной симптом или состояние организма в целом. Повторение психотравмирующих воздействий астенизирует нервную систему, кора становится более чувствительной к внешним воздействиям и интероцептивным сигналам. Поэтому появление выраженных соматических ощущений может быть вызвано» не только психогенным влиянием, как таковым, но и любым незначительным нарушением деятельности внутренних органов и даже патологическим восприятием их обычной работы. Сформировавшийся очаг патологической импульсации обрастает нейрогуморальными связями с теми или иными системами организма.

Считается, что в этом процессе ключевым звеном является долговременная память. Долговременная память - это всегда эмоциональная память. Чем ярче эмоции, тем больше вероятность активации следа памяти в дальнейшем, и пережитое человеком стрессовое состояние надежно закрепляется в долговременной памяти. На основе механизмов реверберации возбуждения и долговременной постсинаптической потенциации пережитое состояние паники, страха, ужаса сохраняется в виде энграмм - «следов памяти». В итоге запас уже сложившихся энграмм получает особое значение для развития психосоматических расстройств.

Ведущая роль в формировании долгосрочной памяти принадлежит не столько действительной тяжести соматического страдания, сколько стрессогенным действием вызванных им или случайно совпавших с ним душевных переживаний. Первостепенным фактором, обусловливающим преимущественную локализацию психосоматических расстройств, становится страх смерти, испытанных хотя бы раз в жизни в связи с каким-либо заболеванием.

Центром тяжести психосоматического страдания оказывается всегда орган, наиболее уязвимый и важный для жизнедеятельности организма в представлении индивида. «Выбор органа» свидетельствует о преимущественной направленности защитно-приспособительных механизмов, вызывающих повреждающий эффект по мере нарастания дезинтеграции в стрессовых ситуациях. Инициатива в выборе органа всегда принадлежит корковым связям, влияющим на эмоциональные подкорковые аппараты и программирующим степень вовлечения органов в стрессовую ситуацию. Какой именно эффекторный путь окажется предпочтительнее для выхода на периферию эмоционального возбуждения, зависит, в конечном счете, от особенностей данной эмоции, от особенностей нервной конституции человека и от всей истории его жизни.

Очаг психической импульсации взаимодействует с соматическими системами организма и образует устойчивую функциональную систему, патологическую в своей основе, но одновременно и защитную, поскольку она является частью механизмов гомеостаза в рамках измененного болезнью существования и приспособления организма к патопластическому воздействию фиксированного переживания. Предполагается существование так называемого предпсихосоматического личностного радикала - тех личностных особенностей, которые приводят к заболеванию. Этот - очаг психосоматической импульсации, фиксированное патопластическое переживание, формирующееся в детском и подростковом возрасте [15].

В современной психосоматике различают предрасположенность, разрешающие и задерживающие развитие болезни факторы. Предрасположенность - это врожденная (в том числе, и наследственная), а при определенных условиях и приобретенная готовность, которая выливается в форму возможного органического или невротического заболевания. Толчком к развитию такого заболевания являются трудные жизненные ситуации [28]. Если манифестируют невротические или соматические заболевания, то они развиваются по собственным закономерностям, которые, однако, тесно связаны с факторами окружающей среды. Например, значение способствующих развитию хронических заболеваний факторов стало известно лишь в последнее время. В любом случае, для диагностики как психосоматического, так и невротического заболевания необходимо понимание ситуационного характера его происхождения. Констатация психосоматических нарушений не приводит к отрицанию основного диагноза. Если сегодня говорят о психосоматическом, биопсихосоциальном заболевании, то это лишь указывает на взаимосвязь «предрасположенность- личность - ситуация» [8, 29].

Человек, находящийся в гармоничных отношениях со своей средой, может перенести, экстремальные соматические и психические нагрузки, избегнув болезни. Однако в жизни встречаются личностные проблемы, которые вызывают настолько тягостную фиксацию и душевный разлад, что в определенных жизненных ситуациях приводят к негативным эмоциям и неуверенности в себе [24, 26]. Именно в сложных ситуациях психосоматически отягощенные пациенты, проявляющие эмоциональную подавленность, не могут правильно оценить и описать свое состояние.

Таким образом, в современном понимании патогенеза психосоматических заболеваний признается многофакторность их природы. Соматическое и психическое, влияние предрасположенности и среды, фактическое состояние окружающей среды и ее субъективная переработка, физиологические, психологические и социальные воздействия в их совокупности и взаимодополнении - все это имеет значение в качестве взаимодействующих между собой факторов психосоматических заболеваний. Комплексное многофакторное исследование проблемы психосоматических расстройств позволит выработать оптимальные пути ранней диагностики и психопрофилактики этих заболеваний.

## 1.4 Современные концепции психосоматических расстройств

Современная медицина поддерживает концепцию многофакторности, или полиэтиологичности, психосоматических заболеваний. Клинико-патогенетические взаимосвязи соматической и психической патологии в рамках пограничной психиатрии многовариантны и переплетаются с конституционально-биологическими, соматогенными и нейропсихогенными сдвигами. Центральным звеном такого взаимодействия являются содержание психической травмы и преморбидные особенности личности [3]. В целом существующие в настоящее время основные концепции психосоматической патологии сходятся в том, что в основе развития данной патологии лежит социальная дезадаптация.

По мере развития человеческой истории менялись нагрузки, от которых нет программ генетической защиты, и в настоящее время приспособление к окружающей среде зависит от психических возможностей человека во много раз больше, чем от его физического потенциала. Эмоции человека, изначально призванные мобилизовать организм на защиту, теперь чаще подавляются, встраиваются в социальный контекст, а со временем извращаются, перестают признаваться их хозяином и могут стать причиной разрушительных процессов в организме [1, 4].

Классические теории психосоматической медицины, постулирующие исключительное значение психогенеза в качестве ее центрального положения и как основной этиологической концепции в развитии заболевания, на сегодняшний день имеют, прежде всего, историческое значение, так как «линейное» понимание этиологии не позволяет объяснить всю сложность причинно-следственных отношений возникновения не только психических болезней, но и любых других [17, 22]. Самостоятельная линия развития психосоматических теорий воплощалась в попытке оценить и обобщит состояние знаний в медицинской науке созданием интегративных моделей, основной концепцией которых являлось понятие целостности в медицине.

Существует достаточно большое количество теорий и моделей возникновения психосоматических заболеваний и способов их классификации. Основными из них являются следующие:

Характерологические ориентированные направления и типологии личности. Изучение проблемы влияния личности на состояние здоровья организма имеет длинную историю развития. Психосоматическая медицина уже давно признала положение о том, что у определенного типа личности имеется склонность к определенным заболеваниям. В XX веке это направление нашло дальнейшее развитие в психологических теориях конституции Уильяма Шелдона и Эрнста Кречмера.

Классические психосоматические работы- данного направления принадлежат американскому врачу Флендерс Данбар, которая сформулировала концепцию «специфических типов личности». Согласно этой концепции, к той: или иной болезни предрасполагают определенные личностные особенности или черты, обуславливающие неадекватный тип реагирования на стресс, и это позволяет предполагать развитие определенных соматических заболеваний в зависимости от профиля личности. Ею были описаны «коронарный», «язвенный», «гипертонический», «аллергический», «склонный к повреждениям» и другие личностные типы. Важным в концепции Данбар является указание на значимость совместного влияния различных аспектов жизнедеятельности человека на предрасположенность к болезни. Дальнейшее развитие этой концепции не подтвердило значение специфических личностных черт для разных форм психосоматической патологии [7]. В то же время, благодаря этой концепции, были обнаружены определенные корреляции нарушения семейных взаимоотношений при некоторых заболеваниях, что создало предпосылки для разработки методов семейной психотерапии. В современной медицине применение такого подхода приобрело большое значение в исследованиях определенной типологии «личностей риска» [6].

Психоаналитические концепции. Научной основой данного направления, является конверсионная модель З. Фрейда, согласно которой ущемленные эмоции порождают конверсионные симптомы. Вытесненные из сознания социально неприемлемые инстинкты (агрессивные, сексуальные) прорываются, принимая ту или иную форму. К теориям данного направления относят теорию де- и ресоматизации Шура, модель отказа от веры в будущее Энгеля и Шмале, концепцию потери объекта Фрайбергера, концепцию двухфазной защиты или двухфазного вытеснения.

Упомянутые выше психосоматические теории исходили из дифференцированных психологических конструкций, причем соматическое лечилось исключительно на психологическом уровне (конверсия, регрессия, ресоматизация и др.). Основателем современной психосоматики считается Франц Александер, предложивший в 1950 году теорию специфического психодинамического конфликта. Он считал, что каждой эмоциональной ситуации соответствует специфический синдром физических изменений, психосоматических реакций, и, более того, эмоциональные воздействия могут стимулировать или подавлять работу любого органа [36]. Согласно концепции Александера, психосоматическое заболевание формируется тогда, когда возникает соответствующий ему специфический эмоциональный конфликт. При этом для каждого заболевания характерен свой интрапсихический конфликт, которому соответствуют определенные эмоциональные переживания со своими физиологическими коррелятами: специфичность следует искать в конфликтной ситуации.

Александер выделял три основные формы психогенных заболеваний: истерические конверсии, вегетативные неврозы и психосоматические заболевания [36]. Принципиальное отличие между ними он видел в глубине вытеснения конфликта. При психосоматическом заболевании внутри личностный конфликт полностью не осознается индивидом (глубина вытеснения наибольшая). В результате хронического эмоционального напряжения возникает собственно психосоматическое заболевание. При неврозах глубина вытеснения менее значительна, и еще меньше она при истерических конверсиях.

Согласно данной теории симптомы вегетативного невроза являются не попыткой выражения подавленного чувства, а физиологическим сопровождением определенных эмоциональных состояний. Александер говорит о вегетативном неврозе в случае постоянного физиологического сопровождения эмоциональных состояний напряжения при отсутствии действия, направленного вовне и сбрасывающего напряжение. На втором этапе обратимые функциональные симптомы ведут к необратимым изменениям в органах [36].

Интегративные модели. Изначально по-другому ориентированная самостоятельная линия развития психосоматической теории происходит из изучения большого контингента больных с так называемыми функциональными нарушениями без патологической органической основы. К данным моделям относятся: интегративная модель здоровья, болезни и болезненного состояния по Вайнеру, биопсихосоциальная модель Икскюля и Везиака, медицинская антропология В. Вайцзеккера.

Концепция алекситимии - неспособности к эмоциональному резонансу и «оперативному мышлению» (конкретное мышление, свобода от сновидений), невозможности выразить собственные переживания, эмоции и ощущения, неспособности человека быть в контакте с собственным внутренним миром. Человек как бы отделен от всего того в себе самом, что не поддается строго логическому упорядоченному анализу. Под алекситимией понимают некую совокупность признаков, характеризующих психический склад индивидов, предрасполагающий их к психосоматическим заболеваниям. Ее рассматривают как фактор риска многих заболеваний.

На зависимость алекситимии от ситуации указывает тот факт, алекситимическое поведение у определенных психосоматических больных явственнее обнаруживается в ситуации интервью, когда беседуют двое.

Теория стресса - экспериментально-психологические, клинико-физиологические, биохимические и цитологические исследования последствий эмоционального стресса, устанавливающие влияние экстремальных и хронических стрессовых ситуаций на восприимчивость и особенности патогенеза, течения и терапии психосоматических заболеваний. В данное направление входит большое число отдельных направлений изучения психосоматической патологии, таких как, например, стресс и адаптационные реакции, стресс и стрессорные повреждения, стресс-факторы и картина их субъективного переживания и т.д. [26].

Многие современные исследователи подчеркивают социальный характер эмоциональных стрессов. Их частота нарастает по мере развития научно-технического прогресса, изменения условий жизни, информационных перегрузок, экологического неблагополучия, а в условиях России играет роль и наличие социально-экономической нестабильности.

Развитие стрессовой ситуации во многом обусловлено природой стрессора и его содержанием. Действуя на организм, стрессоры могут нарушать его физическую, психическую или социальную целостность. Стрессовые реакции могут быть эмоциональными, физиологическими и поведенческими. Типичными эмоциональными стрессовыми реакциями считаются страх, печаль или гнев, а среди поведенческих реакций существенную роль играют бегство и нападение. Сам факт наличия стрессора еще не обязательно предполагает развитие стресса. Воздействие стимула на организм происходит на стадии афферентного синтеза, которая очень многообразна по составу суммирующихся раздражителей, поэтому говорить об исключительной роли стимула весьма трудно [13]. Свойства личности и социальные признаки могут способствовать как усилению, так и ослаблению стрессовой реакции, влияя на ее тип, интенсивность и длительность [1].

По мнению исследователей, генез психосоматических расстройств должен основываться на учете роли личности при ее реакции на изменения среды, которые переживает индивид. Психосоматические расстройства - это результат взаимодействия между личностью и окружением, поэтому чтобы понять механизм стресса необходимо учитывать реакции личности, преодолевающей его. Сочетание определенных личностных особенностей человека и психотравмирующей ситуации определяет специфику психосоматического заболевания.

Нейрофизиологическое направление, в основе которого лежит стремление установить взаимосвязи между отдельными психофизиологическими характеристиками (например, некоторые неокортикально-лимбические характеристики или симпатико-парасимпатикотрофные проявления) и динамикой висцеральных проявлений (активацией органных функций). Принципиальной основой концепции является наличие функциональных систем. Данное направление изучает нейрофизиологическое обеспечение стойких патологических состояний и объясняет возникновение психосоматических расстройств нарушенными кортико-висцеральными, взаимоотношениями. Суть этой теории заключается в том, что нарушения кортикальных функций рассматриваются как причина развития висцеральной патологии. При этом учитывается, что все внутренние органы имеют свое представительство в коре головного мозга. Влияние коры больших полушарий на внутренние органы осуществляется лимбико-ретикулярной, вегетативной и эндокринной системами [19].

Психоэндокринное и психоиммунное направление исследований, изучающее широкий спектр, нейроэндокринных и нейрогуморальных феноменов у больных психосоматическими заболеваниями, (психоэндокринное тестирование особенностей и уровня синтеза катехоламинов, гипофизарных и тиреоидных гормонов, специфика иммунограмм). Поиск «специфическогонейрогормонального обеспечения» эмоционального реагирования показал, что высокий уровень личностной и ситуативной тревожности связан с разнонаправленными нейрогормональными сдвигами.

Теория нарушения функциональной асимметрии мозга как причина психосоматической патологии.

Концепция враждебности. Согласно этой гипотезе, гнев и враждебность могут играть существенную роль в этиологии различных тяжелых соматических заболеваний.

Представленные основные концепции психосоматической, патологии показывают, что невозможно вычленить изолированно специфические психические и физиологические констелляции, которые бы охватывали весь спектр проявлений при данном виде заболеваний. Однако все гипотезы сходятся в одном: социальная дезадаптация - это основная причина возникновения психосоматической патологии.

# 2. ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ЗАКЛЮЧЕНИЙ НА ПСИХИКУ ЧЕЛОВЕКА

Исследование проводилось путем медицинского и психологического обследования лиц, находившихся в заключении в соответствии с приговорами судебных инстанций в «Федеральном казначейском учреждении исправительная колония (ИК) №2 управления федеральной службы исполнения наказания по Смоленской области». Данное учреждение представляет собой исправительную колонию строгого режима, в которой отбывают наказание за совершенные преступления лица со всех регионов России. Все обследованные дали информированное согласие на участие в исследовании.

Психологическое тестирование проводилось среди лиц, независимо от тяжести совершенного преступления, определенного судом наказания, возраста, уровня образования, «кастового» деления заключенных, режима содержания (обычные, облегченные, строгие условия содержания). Предварительно проводился осмотр осужденных штатным терапевтом и психиатром ИК в обследуемую группу были включены только лица не имевшие явных отклонений психического здоровья. Следовательно, можно утверждать, что наблюдавшиеся патопсихологические проявления, у обследованных лиц (тревожность, депрессивность, агрессивность, невротизация, психотизация) относились к диапазону доклинических, донозологических нарушений.

Критерии включения:

. Наличие и выраженность, переживаний личности по поводу факта отбывания наказания за совершенное преступление.

. Наличие проявлений расстройства приспособительных реакций в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 (рубрики F43.20-F43.28).

В соответствии с диагностическими требованиями МКБ-10 к постановке диагноза психосоматических расстройств (F45), критериями исключения из исследования с учетом цели и задач моей работы были:

) клинически подтвержденные данные о наличии у заключенного соматического заболевания (бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва 12-перстной кишки, гипертиреоз, рак, инфекционные заболевания и др.), выявленные из медицинских карт. Исключение этого контингента было вызвано необходимостью разграничения актуальной соматической патологии и психосоматических психических расстройств;

) возраст заключенных старше 60 лет для исключения вероятной цереброваскулярной патологии;

) обнаружение в ходе предварительного обследования любых других видов психической патологии, включая специфические расстройства личности (F60), зависимости от психоактивных веществ (F1), а также психопатологические последствия черепно-мозговых травм и других органических поражений (F07; Flx.7).

Объектом изучения были 302 осужденных мужчин, отбывающих срок наказания в колонии строгого режима, испытывающих длительное эмоциональное напряжение и предъявляющих те или иные жалобы соматического характера. В исследование включались каждый второй заключенный из представленного администрацией ИК списка из 302 человек. Количество заключенных, исключенных из исследования, составило 9 человек с соматической патологией, 7 человек с умеренными и тяжелыми депрессивными состояниями и 2 осужденных старше 60 лет. С каждым из них было проведено структурированное интервью по специальному перечню признаков, позволяющих выявить наличие симптомов расстройств адаптации. В ходе предварительной беседы заключенный давал информированное согласие на участие в обследовании. Таких лиц было выявлено 133 человека (40,04% от общего числа исследованных).

Предметом исследования у них стали, с одной стороны, нарушения приспособительных реакций с состояниями субъективного дистресса, эмоциональными и поведенческими расстройствами, заметно осложняющими функционирование осужденного и снижающими способность соответствовать требованиям администрации, среды и условий. С другой стороны, - изучались физические: симптомы с постоянными жалобами на них, не подтверждающиеся результатами соматического обследования. Клинически и с помощью Гиссенского опросника соматических жалоб было установлено что из 133 осужденных с РА у 61 имели место ПСР (45,86%), а у оставшихся 72 человек (54,14%) РА не сочетались с ПСР.

Исходя из цели и задач исследования, особое внимание было уделено изучению причин возникновения психосоматических нарушений (F45) во взаимосвязи с возрастом лиц, совершивших правонарушения, длительностью пребывания в местах лишения свободы, общим сроком заключения, экспертными оценками за поведение, результатами кластерного анализа по степени выраженности психосоматических расстройств всей группы обследованных.

Для описания уровня образования применялись следующие коды:

- незаконченное среднее, среднее образование;

- среднее специальное;

- среднее техническое;

- высшее.

Для описания проведения судебно-психиатрической экспертизы среди осужденных были использованы следующие коды:

- не проходил судебно-психиатрическую экспертизу;

- амбулаторно;

- стационарно.

С целью формирования группы лиц с психосоматическими отклонениями, был использован Тиссенский опросник соматических жалоб [5]. Данный опросник определяет интенсивность эмоционально окрашенных жалоб по поводу состояния физического здоровья, которая высоко коррелирует с маскированной, депрессией (таблица 1). Для правильной интерпретации необходимо выяснить, нет ли у обследуемого установленных соматических заболеваний с подтвержденными диагнозами.

Опросник имеет 5 шкал:

Е: Истощение. Характеризует субъективное представление человека о наличии/потере жизненной энергии и потребность помощи. Коррелирует с депрессивным состоянием, алекситимией.

М: Желудочные жалобы. Отражает выраженность психосоматических желудочных недомоганий (эпигастральный синдром).

G: Ревматический фактор. Выражает субъективные страдания человека, носящие алгический и спастический характер.

Н: Сердечные жалобы. Обычно у здоровых испытуемых именно сердечные жалобы наиболее необоснованные. Высокий балл по шкале свидетельствует о приписывании себе несуществующих симптомов с целью привлечь внимание или обратиться за помощью.

Таблица 1- Бланк опросника. Беспокоят ли, Вас:

|  |  |
| --- | --- |
| Е Ощущение слабости Повышенная сонливость Быстрая истощаемость Усталость Чувство оглушенности Вялость | G Боли в суставах и конечностях Боли в пояснице или спине Боли в шее, затылке, плечевых суставах. Головные боли Чувство тяжести или усталости в ногах Ощущение давления в голове |
| М Чувство переполнения в животе Рвота Тошнота Отрыжка Изжога Боли в желудке | Н Сердцебиение, перебои в сердце. Головокружение; Ощущение кома в горле; Тяжесть в груди Приступы одышки Сердечные приступы |

Общий балл. Описывает интенсивность соматических жалоб. Хорошо коррелирует с депрессией, алекситимией, личностной тревожностью.

Испытуемые были должны оценить каждый пункт бланка опросника по пятибалльной системе в соответствии со своим обычным состоянием:

-не беспокоит никогда,

-беспокоит очень редко,

-временами беспокоит,

-часто беспокоит,

-беспокоит почти постоянно.

Нормативов для отдельных шкал не предусмотрено. Оценивается общий, балл, исходя из того, что при максимально возможной сумме в 100 баллов среди здоровых людей 50% имеет менее 14 баллов, 75%-- менее 20; 100%,-менее 40 баллов.

## 2.1 Общая характеристика обследованных лиц по анкетно-биографическим данным

Анкетно-биографические данные, обследованного контингента представлены в таблице2. Возраст обследованных лиц колебался в пределах от 18до 56 лет и в среднем составил 30,9 ± 10,81 лет, т.е. преступления были совершены преимущественно в молодом возрасте.

Усредненная оценка уровня образования показывает, что подавляющее большинство заключенных имели среднее или среднее специальное образование. Только 9 осужденных окончили техникум (6,8%) и 4 (3,0%) из 133 обследованных лиц имели высшее образование.

Таблица 2 - Общая характеристика осужденных лиц в виде средних величин показателей анкеты данных(М±m)

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Значения |
| Возраст, лет | 30,9 ± 10,81 |
| Уровень образования (по классификатору) | l,68±0,76 |
| Общий срок заключения, мес. | 60,4 + 6,02 |
| Срок от начала заключения, мес. | 15,82±2,46 |
| Судебно-психиатрическая экспертиза (классификатору) | 1,19+0,53 |
| Оценка соматических жалоб, баллы | 41,6±9,30 |

Средний срок наказания, назначенного судом, среди осужденных составил более пяти лет (60,4 месяцев). Обследование проведено лицам, в среднем отбывшим в колонии треть срока (15,8 месяца). Средний балл проведения судебно-психиатрической экспертизы отражает отсутствие необходимости экспертизы большинству включенных в исследование лиц.

Обнаружено, что лишь 15 (11,3%) обследуемым во время проведениям следствия потребовалась судебно-психиатрическая экспертиза, из них 10 (7,5%) -амбулаторно, а 5 (3,8%) - в стационарных условиях.

Усредненная оценка психосоматических нарушений, проводившаяся на основании данных Гиссенского опросника, равная в среднем 40 баллам, указывает на высокий уровень среди осужденных лиц психосоматической патологии. Обнаружено, что у 61 из 133 тестированных заключенных выявлены психосоматические нарушения (общий балл более 40),тогда как у 72 заключенных признаки психосоматической патологии отсутствовали (общий балл менее 40).

Таблица 3 - Социальные показатели осужденных лиц

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | абс. | % |
| Воспитание в полной семье | 84 | 63,2 |
| Отец спокойный | 88 | 66,2 |
| Мать спокойная | 112 | 84,2 |
| Брат, сестра - сложный характер | 40 | 30,1 |
| Отношение отца заботливое | 89 | 66,9 |
| Отношение матери заботливое | 117 | 88,0 |
| Учился в школе хорошо | 80 | 60,2 |

Анализ социальных показателей риска противоправного поведения, полученных путем анкетирования осужденных, показал, что в полной семье воспитывались, только 63,2% осужденных (таблица 3). При этом лишь две трети обследованных (66,2%) оценивали характер отца и отношение отца к себе как заботливое, тогда как 33;8% обследованных определили характер отца по ряду причин (сильно пил, психически болен, покончил с собой, был осужден, конфликтный) как неспокойный. Отрицательная характеристика матери была дана только 21 из 133 осужденных (15,8%), при этом подавляющее большинство расценили ее отношение к себе в детстве как заботливое 30,1% осужденных отмечали сложный характер брата или сестры, проявлявшийся в злоупотреблении алкоголем, наркомании, психических заболевания, самоубийстве, правонарушениях и т.д. Школьная неуспеваемость отмечалась в 39,8% случаев. Следовательно, изучение семейно-бытовых условий осужденных указывает на высокую степень психической травматизации, виктимизации в детском возрасте.

Нарушения поведения в детском возрасте отмечали более 90% осужденных, и только 9 человек (6,8%) полностью отрицали какие бы было проявления асоциального поведения (таблица 4). Наиболее признаками нарушения поведения указывались неусидчивость и чрезмерная подвижность, курение, непослушание и упрямство. Агрессивные наклонности (часто обижал домашних животных, дрался с другими детьми) наблюдались в 21,1% случаев, что в целом соответствует распространенности агрессивных наклонностей в общей популяции мальчиков [5].

Таблица 4-Показатели нарушения поведения в детском возрасте у осужденных лиц

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | абс. | % |
| Крайне непослушен, упрям | 29 | 21,8 |
| Слишком подвижен, неусидчив | 52 | 39,1 |
| Постоянно обманывал | 8 | 6,0 |
| Часто обижал животных | 5 | 3,8 |
| Часто дрался с детьми | 23 | 17,3 |
| Пробовал курить | 36 | 27,1 |
| Другое | 18 | 13,5 |

При изучении характера поведения обследованных в возрастной период с 8 до 17 лет получены следующие результаты (таблица 5). Наиболее часто нарушение поведения проявлялось в виде прогулов занятий в школе (48,1%). Обнаружено существенное возрастание доли лиц с агрессивным поведением (часто дрался, прогуливал уроки) - до 45,9% (т.е. в 2,2 раза больше, чем в детском возрасте), употребляли алкоголь или наркотики 39 из 133 обследованных (29,3%). При этом асоциальное поведение у себя отрицали только 18 человек (13,5%).

Таблица 5 - Показатели нарушения поведения в школьном возрасте осужденных лиц

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | абс. | % |
| Часто прогуливал уроки | 64 | 48,1 |
| Часто дрался | 42 | 31,6 |
| Отнимал деньги | 19 | 14,3 |
| Уносил деньги и вещи из дома | 6 | 4,5 |
| Воровал | 18 | 13,5 |
| Выпивал | 20 | 15,0 |
| Употреблял наркотики | 19 | 14,3 |
| Другое | 13 | 9,8 |
| Находился на учете в детской комнате милиции с (лет) | 13,08±2,93 |

В целом, полученные результаты анализа анкетно-биографических данных осужденных свидетельствует о том, что наблюдавшиеся в детском возрасте нарушения поведения в подростковый период трансформировались в более грубые формы антисоциального поведения, проявлявшиеся в первую очередь в форме повышенной агрессивности, злоупотребления психоактивными веществами обследованных лиц.

## 2.2 Психологические предпосылки формирования психосоматических расстройств у осужденных

Для оценки психического склада обследуемых, предполагающего их к специфическим психосоматическим заболеваниям, была использована Торонтская алекситимическая шкала. В последние годы алекситимию рассматривают как фактор риска многих заболеваний. Алекситимия характеризуется четырьмя типичными признаками с разной степенью выраженности в каждом отдельном случае.

. Своеобразная ограниченность способности фантазировать. Пациент затрудняется или оказывается неспособным пользоваться символами, результатом чего является своеобразный тип мышления, который можно определить как «механический», «утилитарный», «конкретный». Речь идет о связанном с текущим моментом, ориентированном на конкретные реальные вещи мышлении, которое почти не затрагивает внутренние объекты, лишено впечатление настоящей тупости. Оно организовано прагматически-технично и направлено на механическую функциональную сторону описываемого.

. Типичная неспособность выражать переживаемые чувства. Пациент не в состоянии связывать вербальные или жестовые символы с чувствами. Чувства испытываются, если они вообще имеются, как нечто глухо-неструктурированное, во всяком случае не передаваемое словами. Они часто описываются через окружающих, либо вместо чувств описываются соматические ощущения.

. Алекситимические пациенты очень приспособительны к товарищеским отношениям, что даже определяется как «гипернормальность». Их связи с конкретным партнером характеризуются своеобразной «пустотой отношений». Поскольку они не в состоянии разбираться в психологических структурах, то остаются на уровне конкретно-предметного, использования объектов.

. Из-за задержки на симбиотическом уровне и связанного с этим недостатка дифференцировки «субъект - объект» вытекает неспособность, к истинным отношениям с объектом и к процессу переноса. Происходит тотальное идентифицирование с объектом; психосоматический больной существует, так сказать, с помощью и благодаря наличию другого человека (его «ключевой фигуры»). Отсюда становится понятным, почему потеря (вымышленная или реальная) этой «ключевой фигуры» так часто обнаруживается как провоцирующая ситуация вначале (или при ухудшении) болезни.

Оценка уровня алекситимии производятся путем суммирования баллов, полученных за ответы на вопросы. Уровень, алекситимии у здоровых людей - до 62 баллов, 63-73 балла - зона риска, свыше 74 баллов - наличие алекситимии.

Также нами была использована методика незаконченных предложений Сакса-Сиднея, модифицированная для психосоматических больных[5], которая помогает сориентироваться в многообразной системе отношений личности пациента, выявить нарушения этих отношений, определить точки психотерапевтической коррекции и реабилитации. Суть методики состоит в том, что испытуемому предлагается опросник, содержащий 64 незаконченных предложения с детерминирующим реакцию началом, и дается инструкция закончить их первой пришедшей на ум фразой.

При обработке материала учитывается качество ответа (смысл законченного предложения), латентный период (время, затраченное на обдумывание ответа), а также эмоциональная реакция испытуемого. Каждый ответ оценивается по трех бальной системе. 0 баллов ставится в том случае, если адаптация не нарушена, конфликт не выявлен; 1 балл - если конфликт на субклиническом уровне, испытуемый сам видит пути разрешения конфликта; 2 балла - когда адаптация нарушена, требует психотерапевтической коррекции.

Анализ ответов позволяет выявить отношение испытуемого к себе, своему прошлому, настоящему, будущему, окружающей среде и др. у пациентов с истерической акцентуацией, как правило, выявляется множество конфликтов, выражена демонстративность, вычурность ответов. У пациентов со страхами и болезненными переживаниями выявляется неуверенность в будущем. Чем категоричнее и ярче даже отрицательные ответы, свидетельствующие о конфликте, тем больше они свидетельствуют о социальной дезадаптации испытуемого.

Включение четырех дополнительных предложений (№№6, 16, 35 и 57) позволяет оценить степень выраженности психотравмирующего воздействие на соматическое заболевание. При этом следует иметь в виду, что заболевание как психотравма может находить свое отражение в высказываниях по другим вопросам, прямо не связанными с болезнью.

Для определения уровня тревожности как свойства психики и состояния обследуемого была использована шкала личностной и реактивной тревожности Спилбергера, адаптированная Ю.Л. Ханиным. Опросник представляет собой весьма надежный и информативный инструмент для измерения тревожности как индивидуального свойства личности и как состояния в какой-либо определенный момент в прошлом, настоящем и будущем.

Реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями напряжения, беспокойства, озабоченности, «нервозности», сопровождающимися активизацией вегетативной нервной системы. Состояние тревожности как эмоциональной реакции на стрессовую ситуацию может быть различным по интенсивности и является достаточно динамичным и изменчивым по времени. Этот показатель чутко реагирует на изменения психоэмоционального состояния в процессе лечения и является одним из наиболее удобных для оценки эффективности психосоматической коррекции.

Высокий показатель реактивной тревожности косвенно свидетельствует о выраженном психоэмоциональном напряжении обследуемого и дает, представление о высокой вероятности появления состояния тревожности у субъекта в ситуациях, где речь идет об оценке его компетентности, подготовленности и воспринимаемых им как угрожающие. Данная группа людей обычно требует повышенного внимания со стороны психотерапевта.

Низко тревожные субъекты, напротив, не склонны воспринимать угрозу своему престижу, самооценке в широком диапазоне ситуаций. Вероятность возникновения у них состояния тревожности значительно ниже, хотя и не исключена в отдельных особо важных и личностно значимых случаях.

Шкала Спилберга-Ханина состоит из 40 вопросов, одна половина из которых характеризует реактивную тревожность (опросник А), а другая -личностную тревогу (опросник Б). На каждый вопрос возможны 4 варианта ответа по степени интенсивности реактивной тревожности и по частоте выраженной личностной тревожности.

При ответах на высоко тревожные вопросы «1» означает отсутствие либо легкую степень тревожности, а отметка «4» - высокую, тревожность. При обработке результатов бальные оценки в этих вопросах имеют обратную направленность.

Уровень реактивной тревожности (Тр) вычисляется по формуле:

Тр = Ерп - Еро + 50

Где Ерп- сумма баллов по прямым вопросам (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 18),

Еро-сумма баллов по обратным вопросам (1, 2, 5, 8; 10, 11, 13, 16, 19, 20).

Уровень личностной тревожности (Тл) вычисляется по формуле:

Тл = Елп - Ело + 35

Где Елп - сумма баллов по прямым вопросам (22-25, 28, 29, 31,32, 34, 35, 37,38, 40),

Ело - сумма баллов по обратным вопросам (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

Показатель, не достигающий 30 баллов, рассматривается как свидетельствующий о низкой тревожности, 31-45 баллов - об умеренной, свыше 45 баллов - о высокой тревожности.

Для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, была использована шкала депрессии Цунга, адаптированная Г.И. Балашовой [5].

Уровень депрессии (УД) рассчитывается по формуле:

УД = ∑пр. + ∑обр.

Где ∑пр. - сумма зачеркнутых цифр к «прямым» высказываниям;

∑обр. - сумма зачеркнутых цифр, «обратных» зачеркнутым, к «обратным» высказываниям.

Если УД не более 50 баллов, то диагностируется состояние без депрессии, 51-59 баллов - легкая депрессия ситуативного или невротического генеза, 60-69 баллов - субдепрессивное состояние или маскированная депрессия. Истинное депрессивное состояние диагностируется при УД более 70 баллов.

## 2.3 Методы оценки состояния вегетативной нервной системы

Исследование вегетативного тонуса осуществлялось с помощью опросника по методике A.M. Вейна в модификации М.Е. Сандомирского. Данный опросник адаптирован для проведения массовых обследований в амбулаторных условиях и обработки на ЭВМ. Экспресс-анализ вегетативного тонуса проводится по его субъективным проявлениям с формализованной вероятностной оценкой.

Опросник разработан с учетом наиболее известной комбинированной таблицы, предложенной Центром вегетативной патологии 1-го МОЛГМИ (ныне Московская медицинская академия), имеющей элементы опросника и регистрации объективных показателей вегетативной нервной системы. Использованный опросник включает 58 вопросов, описывающих вегетативные нарушения и группирующих их по отдельным органам и системам. В таблице каждый симптом имеет оценку в баллах, при суммировании которых получают как общую оценку вегетативного тонуса (интегративная), так и оценку по его отдельным органам.

Интегральной оценкой состояния вегетативной нервной системы служит суммарный симпатический и парасимпатический тонус(ПСТ и СТ), выражаемый как в абсолютном значении (в диагностических баллах), так и в относительном значении (в процентах от суммы всех симптомов), а также вегетативный тонус регуляции высшей нервной деятельности (ПСТ ВНД и СТ ВНД) в баллах и в процентах от суммы всех симптомов. В данной работе использованы следующие показатели, диагностируемые по описанной методике: ПСТ ВНД в баллах, СТ ВНД в баллах, СУММА ПСТ в баллах, СУММА ПСТ в процентах, СУММА СТ в баллах, СУММА СТ в процентах.

## 2.4 Статистические методы

Статистическая обработка полученных данных выполнялась с помощью биометрических методов анализа. Корреляционный анализ проводился с использованием стандартного пакета программ Microsoft Excel. Вычислялись общепринятые показатели вариационной статистики: среднее арифметическое значение (М), средняя ошибка средней арифметической (m).

Для анализа признаков, подчиняющихся закону нормального распределения, применяли метод выявления различия признаков по средним величинам. Достоверность различий определяли с помощью t-критерия достоверности и вероятности по таблице Стьюдента. Результаты считались достоверными при р<0,05.

Группы испытуемых с различным уровнем психосоматических нарушений выделялись с использованием принципа распознавания образов, в частности, методом кластерного анализа. Распознавание образов можно определить как отнесение исходных данных к определенном классу с помощью выделения существенных признаков и свойству характеризующих эти данные, из общей массы несущественных деталей. Под классом образов принимается некоторая категория, определяющаяся рядом свойств, общих для ее элементов. Методы распознавания образов наиболее эффективны в решении задач классификации, диагностики, принятия решений и прогноза, таких как анализ социологических опросов, психологического тестирования, диагностика болезней.

Преимущество данного метода перед другими (метода наименьших квадратов, корреляционного анализа и др.) состоит в том, что он позволяет получить наиболее достоверную информацию при недостаточно полных исходных данных. В том числе, данный метод эффективен при анализе результатов психологических тестов с малым числом вопросов. Аналогичная ситуация наблюдалась в данной работе. Условия учреждения, представляющего собой исправительную колонию строгого режима, не позволили провести полный анализ психосоматических отклонений испытуемых. В связи с этим оценка показателей вычислялась с помощью экспресс-анализа, для чего часто использовали алгоритм «компактных средних» (K-means), входящий в пакет программ статистической обработки данных SPSS.

Математические вычисления проводились на персональном компьютере «Intel Core 2 Duo» с использованием стандартной программы «Microsoft Excel-2010» и пакета стандартных статистических программ «Statistical for Windows». Для построения графиков и таблиц использовался «Microsoft Excel-2010».

## 2.5 Психотравмирующие переживания как фактор, способствующий формированию психосоматических расстройств

Таблица 6 - Показатели психологического статуса у осужденных лиц по методике Сакса-Сиднея

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Баллы |
| Отношение к матери | 0,40±0,51 |
| Отношение к отцу | 0,83±0,40 |
| Отношение к семье | 0,78±0,47 |
| Отношение к женщинам | 0,92±0,27 |
| Отношение к половой жизни | 0,84±0,46 |
| Отношение к товарищам и знакомым | 0,70±0,47 |
| Отношение к вышестоящим лицам | 0,82±0,46 |
| Отношение к подчиненным | 0,64±0,48 |
| Отношение к товарищам по работе | 0,58±0,49 |
| Страхи и опасения | 1,61±0,51 |
| Сознание вины | 1,73±0,46 |
| Отношение к себе | 0,94±0,30 |
| Отношение к прошлому | 0,90±0,32 |
| Отношение к будущему | 0,96±0,24 |
| Цели | 0,98±0,13 |
| Отношение к болезни | 1,12±0,32 |

С целью оценки уровня адаптации в условиях пенитенциарного стресса нами было проведено тестирование осужденных по методике незаконченных предложений Сакса-Сиднея, модифицированной для психосоматических больных(таблица 6). Обнаружено множество конфликтов, причем у каждого из обследованных психотерапевтическую коррекцию требовало нарушение хотя бы одной системы отношений. Наиболее часто клинически значимые нарушения адаптации проявлялись в виде осознания собственной, вины (у 77,4% обследованных), страхов и болезненных переживаний (60,9%). Конфликт в отношении к болезни отмечался у 97,0% осужденных, причем у 79,7% - на субклиническом уровне, а у 17,3% данный конфликт требовал психотерапевтической коррекции. Это указывало на высокую степень психотравмирующего воздействия на соматическое заболевание. О социальной дезадаптации осужденных свидетельствуют также конфликты на субклиническом уровне в отношениях к цели жизни (в 95,5% случаев), с собой (90,2%), к прошлому (87,2%) и будущему (93,2%) (таблица 6).

Исследование психического склада осужденных, предполагающего их к специфическим психосоматическим заболеваниям, с использованием Торонтской алекситимической шкалы выявило высокий уровень алекситимии (таблица 7). Алекситимия отсутствовала у 9 человек (6,8%), у 11 человек (8,3%) обнаружено пограничное состояние и в 113 случаях (85,0%) была диагностирована алекситимия.

Таблица 7 - Показатели психического статуса у осужденных лиц

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Баллы |
| Алекситимия | 85,6±16,33 |
| Реактивная тревожность | 96,7±9,89 |
| Личностная тревожность | 39,9±8,91 |
| Уровень депрессии | 37,6±8,04 |

Результаты исследования могут указывать на то, что у человека в ситуации социальной изоляции постепенно утрачивается способность к эмоциональному резонансу и «оперативному мышлению», возможность выразить собственные переживания, эмоции и ощущения, способность человека быть в контакте с собственным внутренним миром. Полученные данные согласуются с мнением других исследователей о зависимости, алекситимии от ситуации, в которой находится человек.

У всех обследованных заключенных уровень реактивной тревожности был высоким и в среднем составил 96,7 баллов (таблица 7). Реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями напряжения, беспокойства, озабоченности, «нервозности», сопровождающимися активизацией вегетативной нервной системы. Следовательно, высокие значения данного параметра, существенно превышающие показатели низкой и умеренной реактивной тревожности, указывают на выраженное психоэмоциональное напряжение осужденных.

Средние величины личностной тревожности, отражающие обычное самочувствие, у осужденных оказались более чем вдвое ниже величин реактивной тревожности и соответствовали значениям умеренной тревожности (таблица 7). Низкие уровни данного показателя наблюдались у 16 человек (12,0%) высокие - у 34 (25,6%), тогда как у большинства осужденных была выявлена умеренная тревожность - у 83 человек (62,4%).

При изучении депрессивных состояний выявлено, что у осужденных в условиях пенитенциарной среды показатель уровня депрессии был низким и в среднем составил 37,6 балла (таблица 7). По результатам тестирования по шкале Цунга у 121 заключенного (91,0%) депрессия отсутствовала, у 11 человек (8,3%) была установлена легкая депрессия ситуативного или невротического уровня, и у одного (0,8%) - субдепрессивное состояние или маскированная депрессия.

Таким образом, результаты анализа психологического статуса свидетельствуют о выраженной социальной дезадаптации осужденных, высоком уровне алекситимии и реактивной тревожности, умеренном уровне личностной тревожности. Полученные результаты согласуются с данными других авторов о социальной дезадаптации человека в места лишения свободы, которая приводит к срыву компенсаторных механизмов личности и развитию аффективных расстройств [26].

## 2.6 Результаты исследования состояния вегетативной нервной системы у осужденных

При изучении состояния вегетативной нервной системы (ВНС)данного контингента лиц были получены следующие результаты (таблица 8). У всех осужденных тонус симпатического и парасимпатического отделов превышал 10-бальный порог нормы, что указывает на отклонения со стороны вегетативной нервной системы, отражающиеся на оценке соматического состояния. При этом уровень парасимпатических и симпатических влияний ВИС существенно не различался и в среднем был равен 12,4 - 13,1 баллам.

Таблица 8 - Состояние вегетативной нервной системы у осужденных

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Баллы |
| Парасимпатический тонус | 13,12±0,64 |
| Симпатический тонус | 12,43±0,62 |
| Парасимпатический тонус регуляции высшей нервной деятельности | 6,47±0,49 |
| Симпатический тонус регуляции высшей нервной деятельности | 5,02±0,44 |

В то же время в регуляции высшей нервной деятельности отмечается значимое преобладание парасимпатического тонуса над симпатическим (на 28,9%, р<0,05). Обнаружен большой удельный вес жалоб со стороны вегетативной регуляции ВНД в общем вегетативном тонусе парасимпатического и симпатического отделов ВНС: - соответственно 49,3% и 40,4%.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о нарушении вегетативной регуляции у осужденных. Большой удельный вес жалоб со стороны вегетативной регуляции высшей нервной деятельности в общем, вегетативном тонусе указывает на функционально-невротический, психогенный характер выявленных нарушений, связанных, по-видимому, с воздействием факторов пенитенциарной среды.

Использование комплекса клинических, экспериментально-психологических и математико-статистических методов позволяло с различных сторон оценить распространенность и факторы риска, а также клинико-психопатологические особенности психосоматических расстройств у осужденных.

# 3. ВЛИЯНИЕ ПСИХОМОТОРНЫХ ОГРАНИЧЕНИЙ НА ОБОСТРЕНИЕ ПСИХОСОМАТИЧЕКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

## 3.1 Структура расстройств адаптации и психосоматических расстройств у исследуемого контингента

Выявленные у 133 осужденных расстройства адаптации (РА) распределились по рубрикам МКБ-10 следующим образом (рисунок 1).

F43.20 - кратковременная депрессивная реакция, обусловленная РА, не отмечена в период исследования ни у одного из изученных мною лиц, поскольку у них имел место хронический, в течение ряда лет, дистресс, обусловивший длительные РА.

F43.21- пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная РА, длящаяся по много месяцев, диагностирована у 20 человек (15,03%). Особенность этого вида РА у осужденных состояла в том, что здесь даже по истечении 2-х лет не отмечалось трансформации в хроническое (устойчивое) расстройство настроения (F34). У этих лиц легкое депрессивное состояние в ответ на длительную подверженность стрессовой ситуации носило плавающий, мерцающий характер - то усиливалось, то затихая, под влиянием происходящих событий, но полностью не исчезая. Эмоциональные симптомы расстройств у этих больных сочетались с признаками психосоматических расстройств (ПСР), т.е. были коморбидны с ними.

F43.22 - смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации, имела место всего у 6 человек (4,5%). Психопатологические симптомы у этих лиц сочетались с вегетативными признаками. В целом данный вид РА у осужденных тоже отличался плавающим течением.

F43.23 - расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций диагностировалось чаще предыдущих вариантов - у 28 человек (21,05%). У них на фоне непостоянных состояний тревоги и (или) депрессии преобладали более выраженные и более продолжительные состояния эмоционального напряжения, беспокойства, озлобленности, гневливости (у 21осужденного - 15,8%), а у остальных 7 человек в РА доминировали эмоции страха, боязни, опасений, чувства вины (5,26%). В этой группе также имело место сочетание РА с ПСР - у 11 человек. У других 13 человек данная комобридность не отмечена.



Рисунок 1. Распределение нарушений приспособительных реакций психосоматических расстройств по МКБ-10

43.24 - расстройство адаптации с преобладанием нарушения, поведения - самый частый вид у изученных нами лиц. Он диагностирован у 36 человек (27,06%) и проявлялся (при отсутствии специфических расстройств личности -F60) такими частыми формами поведения как агрессия, диссоциальные поступки (кражи, агрессия, порча имущества и т.п.), конфликты с окружающими, неподчинение администрации, выведение из строя техники, а также алкоголизацией, наркотизацией, самоповреждениями (аутоагрессией), симуляцией.

F43.25 - смешанное расстройство эмоций и поведения наблюдалось также очень часто - всего у 33 человек (24,8%). У этих лиц отмеченные выше расстройства поведения сочетались с одним или сразу с несколькими видами эмоций (чаще это - эмоциональное напряжение, гневливость, раздраженность, озлобленность, реже - депрессия, еще реже тревога и страх).

В целом, как видно, расстройство поведения (как форма нарушения адаптации) у осужденных является наиболее частым видом РА. В общей сложности расстройства поведения отмечены у большинства изученных лиц (69 человек-51,87%).

F43.28 - другие специфические преобладающие симптомы, обусловленные расстройством адаптации, на нашем материале были представлены симптомами ПСР. У оставшихся 10 человек из 133 (7,55%) РА проявились признаками ПСР без их сочетания с клинически выраженными симптомами эмоциональных и поведенческих расстройств.

Таким образом, из 61 осужденного с ПСР, только у 10 человек РА напрямую проявились в «чистом» виде симптомов ПСР. У 51 больного с ПСР симптомы соматических дисфункций были коморбидны с другими проявлениями РА. Углубленный клинико-психопатологический анализ данного вопроса выявил при этом важную закономерность: соматические невротические дисфункции в клинически оформленном виде, т.е. собственно ПСР, не свойственны клинической картине РА с выраженными нарушениями поведения (F43.24 и F43.25); они сочетаются предпочтительно с РА в форме эмоциональных нарушений (F43.21;F43.22; F43.23).

Психосоматические нарушения у изученных осужденных распределились следующим образом (рисунок 1). Самым частым видом ПСР у осужденных с РА была психосоматическая дисфункция ВНС (F45.3), диагностированная у 44 человек (72,13% от 61-го случая с ПСР и 30,08% от 133 человек с РА).

Психосоматическая вегетативная дисфункция в первую очередь характеризовалась функциональными расстройствами системы сердца («невроз» сердца) и сердечно-сосудистой системы - «нейроциркуляторная» астения, синдром да Коста(F43.30), наблюдавшимися у 24 человек (39,34 % от всех лиц с ПСР). Следующее место по частоте занимала психосоматическая дисфункция вегетативной нервной системы органов дыхания (F43.33) - в форме психогенного кашля и психогенной одышки (12 чел. - 19,67%). Еще у 8 больных (13,11%) имела место психосоматическая дисфункция вегетативной нервной системы верхней части желудочно-кишечного тракта (F43.31) - с проявлениями «невроза» желудка, диспепсии, психогенной аэрофагии. Другие виды психосоматической вегетативной дисфункции (F45.32; F45.33; F45.38) на нашем материале были представлены отдельными симптомами, не оформленными в клиническую картину определенного типа ПСР.

У 6 осужденных (9,83%) диагностировано ПСР в виде ипохондрического состояния (F45.2) - с постоянной озабоченностью возможности или наличия рака, туберкулеза, сифилиса, СПИДа и т.п. Еще у 5 больных (8,19%) имело место устойчивое психосоматическое болевое расстройство (F45.4) - психогенная боль в спине, психогенная головная боль, психогенные летучие боли неопределенной локализации. 4 осужденных (6,56%) предъявляли постоянные жалобы на покалывание и неприятные ощущения в различных частях тела, на зуд, жжение, онемение и т.п. У них диагностировано психосоматическое расстройство (F45.0). У оставшихся 2-х больных (3,28%) вариабельные и длительные множественные жалобы соматического плана соответствовали недифференцированному ПСР (F45.1).

При изучении анкетно-биографических данных о заболеваемости в детском возрасте выявлено, что наиболее часто осужденные указывали на простудные заболевания (в 21,8% случаев) (таблица 9). 27,1% обследованных обнаруживали признаки резидуальной органической недостаточности ЦНС в виде судорог, частых головных болей, заикания, энуреза. Доля обследованных, часто обращавшихся к педиатру, в среднем составила 22,6%, на учете у невропатолога или психиатра находились 13 человек (9,8%).

Таблица 9-Показатели детской заболеваемости осужденных лиц

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | абс. | % |
| Простуда | 29 | 21,8 |
| Травма головы с потерей сознания | 25 | 18,8 |
| Частые головные боли | 17 | 12,8 |
| Операция под наркозом | 14 | 10,5 |
| Судороги | 9 | 6,8 |
| Энурез | 5 | 3,8 |
| Заикание | 5 | 3,8 |
| Аллергия | 4 | 3,0 |
| Отравления с потерей сознания | 1 | 1,5 |
| Другое | 16 | 12,0 |
| Находился на учете у невропатолога | 6 | 4,5 |
| у психиатра | 7 | 5,3 |
| Часто обращался к педиатру | 30 | 22,6 |

Анализ соматических жалоб у лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, показал, что среди осужденных наиболее частыми были жалобы со стороны центральной нервной системы (таблица 10). При этом обнаружено значительное преобладание количества признаков астеновегетативного синдрома (28,6%). К ним относились: частая потливость ладоней, общая потливость, боли во всем теле при волнении, частые головные боли напряжения, приступы сильного сердцебиения, духоты, чувство нехватки воздуха, кашель, понос или вздутие живота при волнении и др. Также осужденные отмечали частое чувство онемения, болезненности кожи, боли в спине или пояснице, скрежет зубов, чувство «комка» в горле.

,3% осужденных обнаруживали нарушения со стороны органов дыхания - кашель, одышку, боли в области грудной клетки и т.д.(таблица 10). Жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта предъявляли 18,0% обследованных. Наиболее частыми из них были боли в животе, отрыжка, икота, чувство тошноты, запоры. Признаки патологии сердечно-сосудистой системы выявлены у 17 человек (12,8%). К ним относились: боли в области сердца при физической нагрузке и в покое, чувство стеснения в груди.

Таблица 10-Признаки соматической и психической патологии у осужденных лиц

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели: | абс. | % |
| ЦНС | 41 | 30,8 |
| органы дыхания; | 31 | 23,3 |
| ЖКТ | 24 | 18,0 |
| ССС | 17 | 12,8 |
| Кожно-суставная, система | 7 | 5,3 |
| Мочеполовая система | 2 | 1,5 |
| Стоматология | 4 | 3,0 |
| Алкоголизм | 0 | 0,0 |
| Наркомания | 2 | 1,5 |
| Онкология | 0 | 0,0 |

В целом, частое или постоянное проявление симптомов соматической патологии отмечали 119 из 133 обследованных (89,5%), и только 14 осужденных (10,5%) отрицали у себя наличие соматических нарушений. 74 осужденных (55,6%) в колонии стали часто задумываться о своем здоровье, причем 52 человек (39,1%) считают, что их физическое состояние ухудшилось при отбывании срока. На тяжелое заболевание указали 18 человек (13,5%).

Учитывая результаты исследований коморбидности аффективных расстройств и психосоматических нарушений, особое внимание уделялось анамнестическим данным относительно ранних проявлений патологии аффективной сферы. Нами были изучены жалобы осужденных на состояния тревоги, беспокойства, глубокой тоски и печали, указывающие на состояния тревожности и депрессии (таблица 11). Для описания уровней тревожности и депрессивных состояний применялись следующие коды:

- тревога, беспокойство, глубокая печаль, тоска не возникали никогда;

- редко;

- иногда;

- часто;

- почти постоянно.

Как видно из таблицы 11, в группе обследуемых уровни тревожности и депрессии не отличались существенно и в среднем соответствовали 3 баллам. 22 человека (16,5%) отмечали частые или почти постоянные проявления тревожных и депрессивных состояний, тогда как на отсутствие или редкие проявления тревоги, беспокойства, глубокой печали и тоски указали 26 обследованных лиц (19,5%). Следует отметить, что мысли о самоубийстве возникали только у 8 осужденных (6,0%).

Таблица 11 - Уровни тревожности и депрессии и осужденных лиц

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | абс. | % |
| Тревога, беспокойство(ср. балл) | 2,82±1,14 |
| никогда | 16 | 12,0 |
| часто или почти постоянно | 33 | 24,8 |
| Глубокая тоска, печаль (ср. балл). | 3,01±1,00 |
| никогда | 6 | 4,5 |
| часто или почти постоянно | 35 | 26,3 |
| Боролись с тревогой или тоской принимал лекарства | 2 | 1,5 |
| принимал алкоголь или наркотики | 38 | 28,6 |
| пытался отвлечься | 73 | 54,9 |
| никак не боролся | 19 | 14,3 |

Более половины, осужденных боролись с состояниями тревоги и депрессии, пытаясь отвлечься (54,9%), 38 человек (28,6%) принимали алкоголь, или наркотики, тогда как не предпринимали никаких попыток только 14,3% обследованных (таблица 11).

Таким образом, результаты анализа анкетно-биографических данных клинико-психологических показателей психосоматической патологии свидетельствуют о высокой частоте встречаемости соматических жалоб и аффективных нарушений у лиц, находящихся в пенитенциарном учреждении. Выявленный характер распределения соматических жалоб в целом согласуется с данными других авторов о том, что в условиях хронического психоэмоционального напряжения развиваются нарушения со стороны внутренних органов, и систем органов, связанные с динамикой вегетативной регуляции - в первую очередь, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и дыхательной систем [3].

## 3.2 Анализ показателей психосоматических расстройств и психологического статуса в зависимости от возраста осужденных

Для изучения закономерностей взаимосвязи показателей психосоматических расстройств и психологического статуса заключенные были распределены по возрастам в следующей градации: 1) до 20 лет, 2) от 20 до 30 лет, 3) от 30 до 40 лет, 4) старше 40 лет. Полученные результаты представлены в таблице 12. Осужденные распределились по указанным возрастным группам следующим образом: в первую группу до 20 лет вошли 13,5% обследованных осужденных, в группу 21-30 лет - 48,1% (максимальная численность обусловлена наибольшей частотой совершения преступлений в данном возрастном периоде), в группу 31-40 лет - 21,1% и старше 40 лет - 17,3% осужденных. Значения среднего возраста по группам в целом совпадают с серединой выбранных временных интервалов, что подтверждает равномерность распределения осужденных по указанным возрастным группам.

Усредненная оценка уровня образования показывает, что в возрастных группах до 20 лет и старше 40 лет все заключенные имели среднее или среднее специальное образование. Среди осужденных 21-30 лет 5 человек окончили техникум (7,8%) и 1 (1,6%) высшее учебное заведение. Максимальный уровень образования отмечен в возрастной группе 31-40 лет, в которой 3 человека (13,0%) имели высшее образование, а 4 (17,4%) - средне-техническое.

Общий срок заключения во всех группах обследованных существенно не различался между собой и в среднем составил 48-53 месяца. В то же время средняя продолжительность пребывания в местах заключения, с возрастом постепенно увеличивается, причем у лиц 20 лет и моложе оказалась достоверно меньше, чем в возрастных группах 31-40 лет (на 33,6%, р< 0,05) и старше 40 лет (на 32,0%, р < 0,05).

Таблица 12 - Общая характеристика осужденных разных возрастных групп

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Возраст |
|  | до20лет | 21-30 лет | 31-40 лет | > 40лет |
| N | 18 | 64 | 28 | 23 |
| Возраст, лет | 19,2+0,77 | 24,7+2,92а | 35,2±3,53аб | 49,3+6,60абв |
| Уровень образования (по классификатору) | 1,37±0,49 | 1,72+0,67 | 2,06±0,89 | 1,43+0,79 |
| Общий срок заключения, мес. | 52,6+4,11 | 47,9+3,48 | 53,3+4,72 | 51,1+4,86 |
| Срок от начала заключения, мес. | 10,4+1,62 | 12,8+1,74 | 15,7±2,32а | 15,3+2,11а |
| Судебно-психиатрическая экспертиза по классификатору)- | 1,11+0,32 | 1,19+0,58 | 1,11±0,32 | 1,41+0,67 |
| Оценка соматических жалоб, баллы | 32,7+4,43 | 36,8+4,74 | 42,0+5,38 | 45,9+6,12а |
| Примечание: а- различие с группой 1, б-с группой 2, в - с группой 3 достоверно (р<0,05). |

Средний балл проведения судебно-психиатрической экспертизы отражает отсутствие необходимости экспертизы большинству включенных в исследование лиц в возрасте до 40 лет. Экспертиза в амбулаторных условиях потребовалась 1 (5,6%) заключенному до 20 лет, 2 (3,1%) - 21-30 лет и 2 (7,1%) - 31-40 лет, в стационарных условиях она проводилась только 3 (4,7%) заключенным 21-30 лет. Однако среди заключенных, старше 40 лет судебно-психиатрическая экспертиза проводилась 7 из 23 человек, из них 5 (21,7%) - амбулаторно и 2 (8,7%) - в стационарных условиях.

Анализ соматических жалоб, проводившийся на основании данных Гиссенского опросника, указывает, что с возрастом у осужденных лиц происходив возрастание психосоматических расстройств (таблица 12). В группах обследованных до 20- лет и 21-30 лет данные расстройства наблюдались соответственно в 22,2% и 29,7% случаев, тогда как в группе лиц 31-40 лет они выявлены у 42,9% человек, а среди осужденных старше 40 лет - в 78,3% случаев. При- этом показатель психосоматических нарушений по данным Гиссенского опросника впервой возрастной группе был достоверно ниже, чем в группе осужденные старше лет (на 28,8%, р<0,05).

Аналогичные результаты, свидетельствующие о взаимосвязи частоты соматических жалоб и возраста у лиц, находящихся в пенитенциарной среде, получены при изучении встречаемости признаков патологии отдельных систем органов (таблица 13). Наиболее частыми у осужденных в возрасте 20 лет и моложе были жалобы со стороны центральной нервной системы, на втором месте - на состояние органов дыхания, тогда как жалобы со стороны остальных систем органов не превышали 5,6%. В группе лиц в возрасте 21-30 лет, как и в первой возрастной группе преобладали жалобы со стороны ЦНС (1 место) и органов (2 место), при этом обращает на себя внимание высокая частота жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта (20,3%). Среди лиц 31-40 лет также преобладали жалобы со стороны ЦНС и органов дыхания, которые встречались с одинаковой частотой 25%. Кроме того, в данной группе заключенных наблюдается возрастание доли лиц с жалобами со стороны ССС и ЖКТ. Наиболее часто соматические жалобы наблюдались в группе старше 40 лет со стороны ЦНС - более чем у трети осужденных, на втором месте -жалобы со стороны ССС, на третьем - со стороны органов дыхания и ЖКТ.

Таблица 13-Признаки соматической и психической патологии у осужденных лиц разных возрастных групп

|  |  |
| --- | --- |
| Системы органов | Возраст |
|  | до20лет (n=18) | 21-30лет (n=64) | 31-40лет (n=28) | >40лет (n=23) |
|  | абс: | % | абс. | % | абс. | % | абс. | %: |
| ЦНС | 4 | 22,2 | 22 | 34,4 | 7 | 25,0 | 8 | 34,8 |
| ССС | 1 | 5,6 | 4 | 6;3 | 5 | 17,9^ | 7 | 30,4 |
| Органы дыхания, | 3 | 16,7 | 16 | 25,0 | 7 | 25,0 | 5 | 21,7 |
| ЖКТ | 1 | 5,6 | 13 | 20,3 | 5 | 17,9 | 5 | 21,7 |
| Мочеполовая система | 0 | 0,0 | 1 | 1,6 | 1 | 3,6 | 0 | 0,0 |
| Кожно-суставная система | 0 | 0,0 | 4 | 6,3 | 1 | 3,6 | 2 | 8,7 |
| Стоматология | 1 | 5,6 | 2 | 3,1 | 1 | 3,6 | 0 | 0;0 |
| Алкоголизм, наркомания | 1 | 5,6 | 1 | 1,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |

Для оценки уровня адаптации в пенитенциарных условиях нами было проведено тестирование осужденных по методике незаконченных предложений Сакса-Сиднея, модифицированной для психосоматических больных(таблица 14). Во всех группах обследуемых обнаружено множество конфликтов, причем нарушения адаптации наиболее часто проявлялись в виде страхов и болезненных переживаний, осознания собственной вины. Обращает на себя внимание более высокий показатель отношения к болезни среди лиц старше 40 лет, обусловленный высокой степенью психотравмирующего воздействия на соматическое заболевание у 17,4% обследуемых, тогда как в остальных возрастных группах доля осужденных с клиническим уровнем нарушения адаптации была заметно ниже и в среднем составила 6,4%.

О социальной дезадаптации осужденных свидетельствуют также конфликты на субклиническом уровне в отношениях к себе и вышестоящим лицам, к прошлому и будущему, к цели жизни (таблица 14). Выявлены нарушения адаптации в отношениях к женщинам и половой жизни. Среди осужденных молодого возраста наблюдается конфликт на субклиническом уровне в отношениях к товарищам и знакомым, который с возрастом постепенно уменьшается и в группах лиц старше 30 лет практически отсутствует.

Таблица 14 - Показатели психологического статуса у осужденных лиц разных возрастных групп по методике Сакса-Сиднея (баллы)

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели: | Возраст |
|  | до 20 лет (n=18) | 21-30лет (n=64) | 31-40 лет (n=28) | > 40 лет (n=23) |
| Отношение к матери. | 0,13±0,34 | 0,49±0,53 | 0,41±0,49 | 0,33±0,47 |
| Отношение к отцу | 0,80±0,40 | 0,84±0,41 | 0,86±0,34 | 0,76±0,43 |
| Отношение к семье | 0,64±0,48 | 0,86±0,48 | 0,73±0,46 | 0,71±0,46 |
| Отношение к женщинам | 0,93±0,25 | 0,89±0,31 | 0,91±0,29 | 1,00±0,00 |
| Отношение к половой жизни | 1,00±0,38 | 0,79±0,52 | 0,73±0,45 | 0,95±0,21 |
| Отношение к товарищам и знакомым | 0,93±0,26 | 0,75±0,47 | 0,68±0,47 | 0,50±0,50 |
| Отношение к вышестоящим лицам | 1,00±0,37 | 0,74±0,48 | 0,82±0,39 | 0,85±0,48 |
| Отношение к подчиненным | 0,80±0,40 | 0,68±0,46 | 0,50±0,50 | 0,55±0,50 |
| Отношение к товарищам по работе | 0,53 ± 0,50 | 0,70±0,46 | 0,59±0,49 | 0,37±0,48 |
| Страхи и опасения | 1,80±0,40 | 1,54±0,50 | 1,59±0,49 | 1,62±0,58 |
| Сознание вины | 1,73±0,44 | 1,79±0,41 | 1,76±0,43 | 1,65±0,48 |
| Отношение к себе | 1,00±0,00 | 0,98±0,30 | 0,86±0,34 | 0,86±0,35 |
| Отношение к прошлому | 1,00±0,00 | 0,93±0,26 | 0,90±0,29 | 0,76±0,53 |
| Отношение к будущему | 1,00±0,00 | 1,00±0,19 | 0,95±0,21 | 0,81±0,39 |
| Цели | 1,00±0,00 | 1,00±0,00 | 1,00±0,00 | 0,90±0,29 |
| Отношение к болезни | 1,07±0,25 | 1,09±0,32 | 1,09±0,29 | 1,26±0,39 |

Исследование психического склада осужденных, предполагающего их к специфическим психосоматическим заболеваниям, с использованием Торонтской алекситимической шкалы не выявило существенных различий между группами осужденных разного возраста (таблица 15). Во всех группах обследуемых уровень алекситимии был высоким и колебался в пределах от 80,1±13,82 баллов у лиц старше 40 лет до 87,5±18,94 баллов в группе осужденных 21-30 лет. Алекситимия отсутствовала у 1 осужденного моложе 20 лет (5,6%), у 6 человек в возрасте 21-30 лет (9,4%) и 2 осужденных старше 40 лет (8,7%).

Как и в выборке обследуемых в целом, во всех возрастных группах уровень реактивной тревожности был высоким, что указывает на выраженное психоэмоциональное напряжение у всех лиц, находящихся в местах заключения, независимо от возраста (таблица 15).

Уровни личностной тревожности, отражающие обычное самочувствие, у осужденных соответствовали показателям умеренной тревожности и не зависели от возраста (таблица 15). Во всех возрастных группах осужденных преобладала умеренная тревожность (рисунок 2). В то же время у лиц 21-30 лет и старше 40 лет высокая личностная тревожность наблюдалась существенно чаще, чем низкая (соответственно в 3,2 раза и в 2,3 раза), тогда как в остальных группах осужденных частота встречаемости данных состояний была практически одинаковой.

Таблица 15 - Показатели психического статуса у осужденных лиц разных возрастных групп (баллы)

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Возраст |
|  | до 20 лет(n=18) | 21-30 лет (n=64) | 31-40 лет (n=28) | >40 лет (n=23) |
| Алекситимия | 86,0±14,76 | 87,5±18,94 | 85,8±9,72 | 80,1±13,82 |
| Реактивная тревожность | 98,1±9,75 | 95,6±10,75 | 96,2±8,46 | 97,1±9,24 |
| Личностная тревожность | 38,5±8,22 | 40,3±8,79 | 38,5±8,43 | 41,3±9,83 |
| Уровень депрессии | 39,3±8,81 | 37,6±7,58 | 36,4±9,26 | 37,6±7,09 |



Рисунок 2 - Показатели личностной тревожности у осужденных в зависимости от возраста.

Анализ уровня депрессии показал, что во всех группах осужденных показатель депрессии был низким и в среднем составил 37,6±8,04 балла (таблица 15). Легкая депрессия ситуативного или невротического уровня установлена у 3 заключенных моложе 21 года (17,6%), у 5 человек в возрасте 21-30 лет (7,8%), у 1 (3,6%) - 31-40 лет, и у 2 человек старше 40 лет (8,7%). Субдепрессивное состояние или маскированная депрессия выявлена у одного осужденного 32 лет (3,6%).

Следовательно, результаты исследования указывают на наличие аффективных нарушений у всех лиц, находящихся в местах лишения свободы, независимо от возраста, и проявляющихся, в первую очередь, в виде высокой реактивной и личностной тревожности.

При изучении состояния вегетативной нервной системы (ВНС) у данного контингента лиц в зависимости от возраста были, получены следующие результаты (таблица 16). Максимальные показатели тонуса парасимпатического отдела BHС отмечались в группе осужденных 20 лет и моложе, причем они значимо превысили значения в остальных возрастных группах: во второй группе - на 10,7% (р<0,05), в третьей группе - на 28,9% (р<0,01) и в четвертой-группе - на 38,4% (р<0,01). Во второй группе осужденных значения данного параметра функционального состояния ВНС оказались достоверно выше, чем у лиц 31-40 лет и старше 40 лет соответственно на 16,4% и 25,0% (р < 0,05). Однако, несмотря на существенно более низкие величины парасимпатического тонуса ВНС у лиц старше 30 лет, их уровень превышал 10-бальный порог нормы, что указывает на наличие нарушений со стороны вегетативной нервной системы, отражающихся на оценке соматического состояния.

Таблица 16 - Состояние вегетативной нервной системы у осужденных лиц разных возрастных групп (баллы)

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Возраст |
|  | до 20 лет (n=18) | 21-30 лет (n=64) | 31-40 лет (n=28) | > 40 лет (n=23) |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Парасимпатический тонус | 15,29±0,70 | 13,81±0,67а | 11,86±0,62аб | 11,05±0,64аб |
| Симпатический тонус | 13,80±0,61 | 12,99±0,64 | 11,83±0,58аб | 10,65±0,51абв |
| Парасимпатический тонус регуляции ВНД(ПСТ ВНД) | 6,66±0,51 | 6,26±0,48 | 7,14±0,54 | 6,29±0,47 |
| Симпатический тонус регуляции ВНД (СТ ВНД) | 5,86±0,39 | 5,24±0,37 | 4,67±0,35а | 4,65±0,43а |
| ПСТВНД/СТВНД | 1,21±0,18 | 1,58±0,25 | 1,72±0,26а | 1,69±0,24а |
| Примечание:; а - различие с группой 1, б - с группой 2, в - с группой 3 достоверно (р<0,05) |

При исследовании симпатического отдела ВНС выявлены аналогичные тенденции, указывающие на снижение его тонуса с возрастом (таблица 16). Так, в группах лиц до 20 лет и в возрасте 21-30 лет активность симпатического отдела была значимо выше, чем у осужденных 31-40 лет (соответственно на 16,7% и 9,8%, р<0,05) и старше 40 лет (на 29,6% и 22,0%, р<0,05). В третьей возрастной группе значения данного параметра были достоверно выше показателей в четвертой группе на 11,1% (р<0,05).

Анализ показателей регуляции высшей нервной деятельности показал значимое возрастание парасимпатического тонуса по сравнению с симпатическим тонусом у осужденных старше 20 лет (таблица 16). В группе лиц 21-30 лет эти различия составили 19,5% (р<0,05), 31-40 лет - 52,9%. (р<0,01), старше 40 лет - 35,3% (р<0,05). При этом уровни парасимпатической регуляции ВНД не различались достоверно между группами заключенных, тогда как показатели симпатической регуляции ВНД в группах лиц 31-40 лет и старше 40 лет оказались достоверно ниже, чем в первой группе (на 20,3% и 20,6%, р<0,05). О существенном преобладании парасимпатического тонуса в регуляции ВНД свидетельствуют показатели соотношения парасимпатических и симпатических влияний, которые только в первой группе осужденных находились в районе 1, тогда как в остальных группах его величина была выше 1,5 (таблица 16).



Рисунок 3 - Показатели удельного веса жалоб со стороны вегетативной регуляции высшей нервной деятельности в общем вегетативном тонусе у заключенных разных возрастных групп (%).

Обращает на себя внимание большой удельный вес жалоб со стороны вегетативной регуляции высшей нервной деятельности в общем вегетативном тонусе для парасимпатического и симпатического отделов ВНС (рисунок 3).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о возрастании в условиях пенитенциарной среды уровня психосоматических расстройств и нарушений вегетативной регуляции с возрастом осужденных, тогда как анализ психологического статуса осужденных обнаруживает однородный уровень аффективных расстройств во всех возрастных группах. Большой удельный вес жалоб со стороны вегетативной регуляции высшей нервной деятельности в общем вегетативном тонусе, высокие уровни алекситимии и тревожности указывают на функционально-невротический, психогенный характер психосоматических расстройств, связанных, по-видимому, как с возрастом осужденных, так и с воздействием факторов пенитенциарной среды.

## 3.3 Анализ показателей психосоматических расстройств и психологического статуса в зависимости от длительности пребывания в пенитенциарном учреждении

Учитывая тот факт, что у осужденных на определенных этапах отбывания наказания происходит резкая смена психологического состояния [11], нами было проведено исследование показателей психосоматических нарушений и психологического статуса в зависимости от длительности пребывания в местах лишения свободы. Заключенные были распределены по длительности пребывания в исправительном учреждении в следующей градации: 1) первые 6-8 месяцев пребывания в исправительном учреждении, 2) основной этап отбывания наказания, 3) заключительный этап отбывания наказания (за 6-8 месяцев до освобождения). Полученные результаты представлены в таблице 17. Осужденные распределились по указанным группам следующим образом: в первую группу вошли 39,8% обследованных, во вторую - 45,9%, в третью группу- 14,3% осужденных.

Как видно из таблицы 18, средний возраст обследуемых во всех группах был идентичен и колебался от 29,9 до 32,8 лет. Общий срок заключения среди лиц третьей группы, которым осталось до 8 месяцев до освобождения, оказался достоверно меньше, чем в первой и второй группах - соответственно на 35,1% и 51,3% (р<0,01).

Усредненная оценка уровня образования была максимальной в третьей группе осужденных, из которых 2 человека (10,5%) имели высшее образование и 3 (15,8%)- среднее техническое. В первой группе 1 человек (1,9%) окончил ВУЗ и 2 (3,8%) - техникум, во второй группе - соответственно 1 (1,6%) и 4 (6,6%) заключенных.

Таблица 17 - Общая характеристика осужденных в зависимости от длительности пребывания в пенитенциарном учреждении

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Длительность заключения |
|  | До 8 месяцев | Основной этап | Менее 9 мес. до освобождения |
| N | 53 | 61 | 19 |
| Срок от начала заключения, мес. | 4,З1±2,22 | 25,32±7,52 | 23,10±6,04 |
| Возраст, лет | 29,9±9,63 | 31,4±11,58 | 32,8±8,99 |
| Общий срок заключения, мес. | 44,5±4,36 | 59,4±5,64- | 28,9±4,93 |
| Уровень образованиям (по классификатору) | 1,70±0,75 | 1,66±0,71 | 2,11±0,99 |
| Судебно-психиатрическая экспертиза (по классификатору) | 1,20±0,55 | 1,16±0,41; | 1,18±0,70 |
| Оценка соматических жалоб, баллы | 37,6±4,19 | 39,9±4,33 | 45,4±6,35 |

Показатель судебно-психиатрической экспертизы отражает отсутствие необходимости экспертизы большинству включенных в исследование лиц (таблица 17). В первой группе осужденных экспертиза в амбулаторных условиях потребовалась в 2 (3,8%) случаях, в стационарных условиях - в 4 (7,1%) случаях. Заключенным второй группы, отбывающим основной этап наказания, амбулаторная экспертиза проводилась 7 (11,5%), стационарная - 1 (1,6%) человеку. Среди заключенных третьей группы судебно-психиатрическая экспертиза проводилась амбулаторно 1 человеку (5,6%).

Таблица 18-Признаки соматической и психической патологии у осужденных в зависимости от длительности пребывания в пенитенциарном учреждений

|  |  |
| --- | --- |
| Системы органов | Длительность заключения |
|  | До 8 мес. (n=53) | Основной этап (n=61) | Менее 9 мес. до освобождения (n=19) |
|  | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| ЦНС | 18 | 33,96. | 17 | 27,87 | 6 | 31,58 |
| ССС | 6 | 11,32: | 7 | 11,48 | 4 | 21,05 |
| Органы дыхания | 10 | 18,87 | 15 | 24,59 | 6 | 31,58 |
| ЖКТ | 9 | 16,98 | 12 | 19,67 | 3 | 15,79 |
| Мочеполовая система | 1 | 1,89 | 1 | 1,64 | 0 | 0,00 |
| Кожно-суставная система | 4 | 7,55 | 3 | 4,92 | 0 | 0,00 |
| Стоматология | 2 | 3,77 | 1 | 1,64 | 1 | 5,26 |
| Алкоголизм, наркомания | 2 | 3,77 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 |
| ИТОГО | 52 | 98,11 | 56 | 91,80 | 20 | 105,26 |

Оценка соматических жалоб, проводившаяся на основании данных Гиссенского опросника, указывает, что у осужденных лиц происходит постепенное возрастание психосоматических расстройств (таблица 17). Так, если в первые 8 месяцев пребывания в исправительном учреждении психосоматические расстройства выявлялись у 18 человек (34,0%), то на основном этапе заключения - у 29 (47,5%) человек, а на заключительном этапе пенитенциарного срока данные нарушения отмечались уже более чем у половины обследованных - в13 (68,4%) случаях.

При изучении встречаемости признаков патологии отдельных систем органов получены следующие результаты (таблица 18). У лиц с длительностью заключения до 8 месяцев и находящихся на основном этапе наиболее часто наблюдались соматические жалобы со стороны ЦНС - в 28-34% случаев, на втором месте - жалобы со стороны органов дыхания (19-25%), на третьем - со стороны ЖКТ (17-20%). В группе осужденных, которым до освобождения осталось менее 9 месяцев максимальная частота жалоб отмечалась со стороны ЦНС и органов дыхания - почти у трети обследованных, на втором месте оказались жалобы со стороны ССС (21%), на третьем - со стороны ЖКТ (15,8%). Однако существенных различий между группами осужденных с разной длительностью пребывания в местах заключения не выявлено.

Анализ уровня адаптации осужденных по методике незаконченных предложений Сакса-Сиднея, модифицированной для психосоматических больных, показал наличие множества конфликтов во всех группах обследуемых (таблица 19). Нарушения адаптации наиболее часто проявлялись в виде страхов и болезненных переживаний, осознания собственной вины. Обращают на себя внимание высокий показатель отношения к болезни во всех группах осужденных, конфликты в отношениях к себе, к прошлому и будущему, к цели жизни.

Среди осужденных первой и второй групп наблюдаются конфликты на субклиническом уровне в отношениях к семье и половой жизни, тогда как в группе лиц, которым до освобождения осталось менее 9 месяцев, они практически отсутствуют (таблица 19).

При оценке уровня алекситимии, предполагающего к специфическим психосоматическим заболеваниям, существенных различий между группами с различной длительностью пребывания в условиях пенитенциарной среды не выявлено (таблица 20). Во всех группах обследуемых величина данного показателя была высокой и составила в среднем 85-86 баллов. Алекситимия отсутствовала у 4 человек первой группы (7,5%), 4 человек второй группы (6,6%) и у 1 осужденного третьей группы (5,3%).

Таблица 19 - Показатели психологического статуса у осужденных лиц в зависимости от длительности пребывания в пенитенциарном учреждении по методике Сакса-Сиднея (баллы)

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Длительность заключения; |
|  | До8мес. (n=53) | Основной этап (n=61) | менее 9мес. до освобождения (n=19) |
| Отношение к матери | 0,33±0,50 | 0,28±0,45 | 0,44±0,50 |
| Отношение к отцу | 0,83±0,49 | 0,76± 0,48 | 0,68 ±0,60 |
| Отношение к семье | 0,77±0,59 | 0,73±0,48 | 0,43±0,47 |
| Отношение к женщинам | 0,94±0,42 | 0,91±0,44 | 0,76±0,47 |
| Отношение к половой жизни | 0,82±0,58 | 0,79±0,50 | 0,54±0,50 |
| Отношение к товарищам, и знакомым | 0,74±0,53 | 0,76±0,49 | 0,64±0,50 |
| Отношение к вышестоящим лицам | 0,73±0,51 | 0,78±0,52 | 0,49±0,50 |
| Отношение к подчиненным | 0,69±0,50 | 0,64±0,50 | 0,76±0,50 |
| Отношение к товарищам по работе | 0,51±0,49 | 0,62±0,50 | 0,54±0,50 |
| Страхи и опасения | 1,62±0,39 | 1,54±0,51 | 1,63±0,42 |
| Сознание вины | 1,78±0,49 | 1,85±0,50 | 1,75±0,53 |
| Отношение к себе | 0,96±0,33 | 0,96±0,36 | 0,98±0,33 |
| Отношение к прошлому. | 0,96±0,36 | 0,93±0,34 | 0,76±0,48 |
| Отношение будущему | 0,97±0,30 | 0,99±0,34 | 0,86±0,37 |
| Цели | 1,00±0,00 | 1,00±0,00 | 0,88±0,26 |
| Отношение к болезни | 1,08±0,31 | 1,12±0,34 | 0,98±0,30 |

У всех обследованных, независимо от длительности пребывания в заключении и срока до освобождения, уровень реактивной тревожности был высоким, что свидетельствует о выраженном психоэмоциональном напряжении осужденных в течение всего периода пребывания в пенитенциарном учреждении (таблица 20).

Таблица 20-Показатели психического статуса у осужденных лиц в зависимости от длительности пребывания в пенитенциарном учреждении (баллы)

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Длительность заключения |
|  | До 8 мес. (n=53) | Основной этап (n=61) | менее 9 мес. до освобождения (n=19) |
| Алекситимия | 86,1±15,96 | 85,2±17,39 | 85,3±14,37 |
| Реактивная тревожность | 96,1±10,64 | 96,8±9,37 | 94,2±8,73 |
| Личностная тревожность. | 39,1±8,16 | 39,4±8,74 | 42,9±10,19 |
| Уровень депрессии | 37,6±8,27 | 37,4±7,92 | 35,4±5,64 |

Средние уровни личностной, тревожности, отражающие обычное самочувствие, у осужденных соответствовали показателям умеренной тревожности и не зависели от длительности пребывания в местах заключения (таблица 20). Как и в выборке осужденных в целом, во всех исследованных группах осужденных преобладала умеренная тревожность, а наиболее редко встречалась низкая личностная тревожность (рисунок 4). В то же время у лиц, которым до освобождения осталось менее 9 месяцев, высокие значения данного показателя наблюдались в полтора раза чаще, чем в остальных группах осужденных.

Анализ уровня депрессии показал, что средние величины данного показателя во всех группах осужденных были низким и колебались в пределах 35,4-37,6 баллов (таблица 20). Легкая депрессия ситуативного или невротического уровня наиболее часто отмечалась на первом этапе заключения - у 7 человек (13,2%), тогда как у лиц, находящихся на основном и заключительном этапах отбывания наказания, подобные состояния диагностированы существенно реже - соответственно у 3 (4,9%) и 1 (5,3%) человек. Субдепрессивное состояние или маскированная депрессия выявлена у одного осужденного второй группы (1,6%).



Рисунок 4 - Показатели личностной тревожности у осужденных в зависимости от длительности пребывания в заключении

Следовательно, на всех этапах пребывания в пенитенциарном учреждении у осужденных имеют место аффективные нарушения, характеризующиеся высоким уровнем реактивной тревожности и умеренным уровнем личностной тревожности.

Исследование состояния вегетативной нервной системы (ВИС) показало, что у всех обследованных, независимо от длительности пребывания в местах заключения, уровни симпатического и парасимпатического тонуса превышали 10-бальный порог нормы, что указывает на наличие нарушений со стороны ВНС, отражающихся на оценке соматического состояния (таблица 21). Максимальные показатели тонуса парасимпатического отдела ВНС отмечались в группах лиц, находящихся на начальном и заключительном этапах заключения, причем они оказались значимо выше, чем на основном этапе - соответственно на 25,0% и 14,5% (р<0,05). Максимальный тонус симпатического отдела ВНС, наоборот, отмечался во второй группе осужденных, при этом его значения достоверно превышали показатели у лиц, которым до освобождения осталось менее 9 месяцев (на 10,2%, р< 0,05).

Таблица 21 - Состояние вегетативной нервной системы у осужденных лиц в зависимости от длительности пребывания в пенитенциарном учреждении (баллы)

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Длительность заключения |
|  | до 8 мес. (n = 53) | Основной этап (n = 61) | менее 9 мес. до освобождения (n=19) |
|  | 1 | 2 | 3 |
| Парасимпатический тонус | 14,56±0,64 | 11,65±0,59 а | 13,34±0,58б |
| Симпатический тонус | 11,83±0,57 | 12,82±0,50 | 11,63±0,43 б |
| Парасимпатический тонус регуляции ВИД (ПСТВНД) | 6,79±0,49 | 6,10±0,47 | 6,54±0,48 |
| Симпатический тонус регуляции ВИД (СТ ВИД) | 5,15±0,34 | 4,84±0,36 | 5,18±0,39 |
| ПСТВНД/СТВНД | 1,61±0,28 | 1,71±0,33 | 1,55±0,38 |
| Примечание: а - различие с группой 1, б- с группой 2 достоверно (р<0,05) |

При изучении показателей регуляции высшей нервной деятельности у осужденных на всех этапах заключения обнаружено значимое преобладание парасимпатического тонуса над симпатическим (таблица 21). В группе лиц, находящихся в пенитенциарном учреждении до 8 месяцев, средний показатель ПСТ ВНД превысил величину СТ ВНД на 31,8% (р<0,05), в группе осужденных, находящихся на основном этапе заключения, эти различия составили 26,0% (р < 0,05), на заключительном этапе - 26,3% (р<0,05). При этом уровни парасимпатической и симпатической регуляции ВНД не различались достоверно между группами заключенных. Существенное преобладание парасимпатических влияний в регуляции ВНД подтверждают также показатели соотношения ПСТ ВНД/СТ ВНД, которые во всех группах обследованных были выше 1,5 (таблица 21).

У осужденных на всех этапах заключения выявлен большой удельный вес жалоб со стороны вегетативной регуляции высшей нервной деятельности в общем вегетативном тонусе парасимпатического и симпатического отделов ВНС (рисунок 5). При этом если на начальном и заключительном этапах пребывания в пенитенциарной среде величины данных параметров существенно не различались между собой и колебались в пределах 43,5-49,0%, то во время основного этапа заключения его значения для симпатического отдела ВНС были наименьшими и оказались заметно ниже, чем для парасимпатического отдела - на 27,9%.



Рисунок 5 - Удельный вес жалоб со стороны вегетативной регуляции высшей нервной деятельности в общем вегетативном тонусе у заключенных в зависимости от длительности пребывания в пенитенциарном учреждении

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о возрастании в условиях пенитенциарной среды уровня психосоматических расстройств с увеличением длительности заключения, тогда как нарушения вегетативной регуляции наиболее выражены на начальном и заключительном этапах пребывания в местах лишения свободы. Анализ психологического статуса обнаруживает однородный высокий уровень алекситимии и тревожности во всех группах осужденных. Полученные результаты согласуются с данными литературы о физиологических закономерностях протекания адаптационного процесса в условиях пенитенциарного учреждения, описываемых классическими стадиями общего адаптационного синдрома (стресса) - тревоги, резистентности и истощения [11]. В результате существования психосоматических взаимоотношений адаптивные изменения приводят к изменениям на более низких уровнях структурно-функциональной организации, в первую очередь вегето-висцеральных систем.

## 3.4 Анализ оценок психосоматических расстройств и психологического статуса во взаимосвязи с показателями соматических жалоб по Гиссенскому опроснику

Всем обследуемым была проведена оценка психосоматических нарушений на основании данных Гиссенского опросника. У 61 из 133 тестированных заключенных выявлены психосоматические нарушения (общий, балл более 40), тогда как у 72 заключенных признаки психосоматической патологии отсутствовали (общий балл менее 40).

Таблица 22 - Общая характеристика с осужденных в зависимости от наличия психосоматических расстройств (М±m)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Лица с психосоматическими расстройствами (n=61) | Лица без психосоматических расстройств (n=72) |
| Возрастает | 34,6±12,47 | 28,9±9,14 |
| Уровень образования (по классификатору) | 1,59±0,72 | 1,74±0,76 |
| Общий срок заключения, мес. | 50,6±6,96 | 49,1±6,56 |
| Срок от начала заключения, мес. | 13,8±1,59 | 17,1±2,83 |
| Судебно-психиатрическая экспертиза (по классификатору) | 1,19±0,48 | 1,16±0,49 |
| Оценка соматических жалоб, баллы | 55,2±4,38 | 26,1±3,79 |

Сравнительный анализ анкетно-биографических данных осужденных в зависимости от наличия или отсутствия психосоматических проявлений не показал существенных различий в исследованных показателях (таблица 22). Так, среди осужденных с психосоматическими нарушениями только 2 человека окончили техникум (3,3%) и 2 (3,3%) - высшее учебное заведение. В группе здоровых осужденных среднетехническое или высшее образование имели соответственно 7 (9,7%) и 2 (2,8%) заключенных. Судебно-психиатрическая экспертиза была проведена 8 обследуемым с психосоматическими нарушениями (13,1%), из них 6 (9,8%) - амбулаторно, а 2 (3,3%) - в стационарных условиях. Во второй группе экспертиза была проведена амбулаторно - 4> (5,6%) и стационарно - 3 (4,2%) осужденным.

Таблица 23 - Социальные показатели осужденных в зависимости от наличия психосоматических расстройств

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Лица с психосоматическими расстройствами (n=61) | Лица без психосоматических расстройств (n=72) |
|  | абс. | % | абс. | % |
| Воспитание в полной семье | 38 | 62,3 | 46 | 63,9 |
| Отец спокойный | 38 | 62,3 | 50 | 69,4 |
| Мать спокойная | 51 | 83,6 | 61 | 84,7 |
| Брат, сестра - сложный характер | 18 | 29,5 | 22 | 30,6 |
| Отношение отца заботливое | 37 | 60,7 | 52 | 72,2 |
| Отношение матери заботливое | 53 | 86,9 | 64 | 88,9 |
| Учился в школе хорошо | 38 | 62,3 | 42 | 58,3 |

Анализ социальных показателей риска противоправного поведения, полученных путем анкетирования осужденных, не выявил существенных различий между лицами с психосоматическими отклонениями и без них (таблица 23). В обеих группах в полной семье воспитывались 62-64% осужденных, приблизительно такое же количество лиц оценивали характер отца и отношение отца к себе как заботливое. Отрицательная характеристика матери наблюдалась в 2 раза реже - в 15-16% случаев. Школьная неуспеваемость также была практически одинаковой и составила 37,5-41,7%. Следует отметить, что в обеих группах только четверть обследованных лиц положительные ответы на все предложенные вопросы - 15 (24,6%) человек с психосоматическими нарушениями и 18 (25,0%) человек без признаков психосоматических расстройств.

Согласно данным анкетирования, нарушениям поведения в .детском возрасте отмечали более 90% осужденными только 5 человек в первой группе (8,2%) и 4 человека во второй группе (5,6%) полностью отрицали любые проявления асоциального поведения. Существенных различий в значениях исследованных показателей между группами осужденных не выявлено

Таблица 24 - Показатели нарушения поведения в школьном возрасте у осужденных в зависимости от наличия психосоматических расстройств

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Лица с психосоматическими расстройствами (n=61) | Лица без психосоматических расстройств (n=72) |
|  | абс. | % | абс. | % |
| Часто прогуливал уроки | 34 | 55,7 | 30 | 41,7 |
| Часто дрался; | 20 | 32,8 | 22 | 30,6 |
| Отнимал деньги | 10 | 16,4 | 9 | 12,5 |
| Уносил деньги и вещи из дома | 3 | 4,9 | 3 | 4,2 |
| Воровал | 8 | 13,1 | 10 | 13,9 |
| Выпивал | 8 | 13,1 | 12 | 16,7 |
| Употреблял наркотики | 11 | 18,0 | 8 | 11,1 |
| Другое | 7 | 11,5 | 6 | 8,3 |
| Находился на учете в детской комнате милиции с (лет) | 13,24±2,37 | 12,93±3,04 |

В то же время анализ характера поведения обследованных в возрастной период с 8 до 17 лет выявил заметные различия в группах лиц с психосоматическими расстройствами и без них (таблица 24). Наиболее часто нарушение поведения проявлялось в виде прогулов занятий в школе (в 42-56% случаев). Обращает на себя внимание двукратное возрастание доли лиц с агрессивным поведением (часто дрался, прогуливал уроки) - 49;2% в группе с психосоматическими нарушениями и 43,1% в группе без данных отклонений. Следует отметить, что признаки асоциального поведения отрицали 14 человек без психосоматических нарушений (19,4%) и 4 человека с данными отклонениями (6,6%), причем различия между группами оказались статистически значимыми (χ2=4,69, р=0,03). При этом существенные различил в частоте встречаемости отдельных показателей нарушения поведения между группами обследованных осужденных отсутствовали.

При сравнении показателей заболеваемости в детском возрасте обнаружено, что в группе осужденных без психосоматических нарушений доля лиц, находившихся на учете у психиатра или невропатолога была существенно выше, чем в группе с психосоматическими отклонениями (в 5,5 раза, χ2=5,39, р=0,032) (таблица 25). Признаки резидуальной органической недостаточности ЦНС (судороги, частые головные боли, заикание, энурез) у лиц с психосоматическими расстройствами наблюдались несколько чаще, чем в группе осужденных без данных нарушений - соответственно в 32,8% и 22,2% случаев, однако эти различия оказались недостоверными. Доля обследованных, часто обращавшихся к педиатру, в обеих группах также была практически одинакова и в среднем составила 22,6%. В обеих группах обследуемых наиболее часто регистрировались простудные заболевания (в среднем в 21,8% случаев) и травмы головы с потерей сознания (18,8%).

Анализ соматических жалоб не показал достоверных различий в частоте встречаемости признаков патологии отдельных систем органов между группами осужденных с психосоматическими нарушениями и без них (таблица 26). Наиболее частыми в обеих группах обследуемых были жалобы со стороны центральной нервной системы, на втором и третьем месте - жалобы на состояние органов дыхания и желудочно-кишечного тракта. Признаки соматической патологии не были выявлены у 5 осужденных (8,2%) первой группы и 9 человек (15,3%) второй группы.

Таблица 25 - Показатели детской заболеваемости осужденных в зависимости от наличия психосоматических расстройств

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Лица с психосоматическими расстройствами (n=61) | Лица без психосоматических расстройств (n=72) |
|  | абс. | % | абс. | % |
| Простуда | 15 | 24,6 | 14 | 19,4 |
| Аллергия | 2 | 3,3 | 2 | 2,8 |
| Операция под наркозом | 8 | 13,1 | 6 | 8,3 |
| Травма головы с потерей сознания | 10 | 16,4 | 15 | 20,8 |
| Отравления с потерей сознания | 0 | 0 | 2 | 2,8 |
| Частые головные боли | 9 | 14,8 | 8 | 11,1 |
| Судороги | 5 | 8,2 | 4 | 5,6 |
| Энурез | 2 | 3,3 | 3 | 4,2 |
| Заикание | 4 | 6,6 | 1 | 1,4 |
| Другое | 9 | 14,8 | 7 | 9,7 |
| Находился на учете у невропатолога | 1 | 1,6 | 5 | 6,9 |
| у психиатра | 1 | 1,6 | 6 | 8,3 |
| Часто обращался к педиатру | 15 | 24,6 | 15 | 20,8 |

Исследование клинико-психологических анкетных данных осужденных, указывающих на состояния тревожности и депрессии, не выявило существенных различий между группами осужденных с психосоматическими отклонениями и без них: (таблица 27). В обеих группах обследуемых уровни тревожности и депрессии в среднем соответствовали 3 баллам. Однако среди осужденных с психосоматическими нарушениями жалобы на частые или почти постоянные состояния тревоги и беспокойства наблюдались достоверно чаще, чем в группе, лиц без данных нарушений (в 2,4 раза; χ2=7,65, р=0,005), тогда как отрицание у себя такого состояния - значимо реже (в 4,3 раза; χ2=5,39, р=0,021).

Таблица 26 - Коморбидность психосоматических расстройств с другими психическими и соматическими расстройствами у осужденных

|  |
| --- |
| Таблица 26 - Коморбидность психосоматических расстройств с другими психическими и соматическими расстройствами у осужденных |
| Системы органов | Лица с психосоматическими расстройствами (n=61) | Лица без психосоматических расстройств (n=72) |
|  | абс. | % | абс. | % |
| ЦНС | 17 | 27,9 | 24 | 33,3 |
| ССС | 10 | 16,4 | 7 | 9,7 |
| Органы дыхания | 13 | 21,3 | 18 | 25,0 |
| ЖКТ | 13 | 21,3 | 11 | 15,3 |
| Мочеполовая система | 2 | 3,3 | 0 | 0 |
| Кожно-суставная система | 4 | 6,6 | 3 | 4,2 |
| Стоматология | 1 | 1,6 | 3 | 4,2 |
| Алкоголизм | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Наркомания | 0 | 0 | 2 | 2,8 |
| Онкология | 0 | 0 | 0 | 0 |

Обращает на себя внимание заметная тенденция к возрастанию частоты встречаемости жалоб на частые или почти постоянные ощущения глубокой тоски у осужденных первой группы - на 77,3% (χ2=3,82, р=0,071). При этом анкетированных лиц с психосоматическими нарушениями (24,6%) отмечали частые или почти постоянные проявления тревожных и депрессивных состояний, а во второй группе - только 7 человек (9,7%), причем эти различия оказались статистические значимыми (χ2=5,28, р=0,033). Доля обследуемых, которые указали на отсутствие или редкие проявлениям тревоги, беспокойства, глубокой печали и тоски, достоверно не различалась в группах осужденных с психосоматическими нарушениями и без них и составила соответственно 16,4% и 22,2%.

B обеих группах осужденных большинство боролись с данными негативными состояниями, пытаясь отвлечься (48-61%), 25-33% - принимая алкоголь или наркотики, тогда как не предпринимали никаких попыток только 14-15% обследованных (таблица 27). Различия между изучаемыми группами оказались несущественными.

Таблица 27-Клинико-психологические показатели у осужденных в зависимости от наличия психосоматических расстройств

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Лица с психосоматическими расстройствами (n=61) | Лица без психосоматических расстройств (n=72) |
|  | абс. | % | абс. | % |
| Тревога беспокойство (ср. балл) | 3,03±1,22 | 2,70±1,04 |
| никогда | 3 | 4,9 | 13 | 18,1 |
| часто или почти постоянно | 22 | 36,1 | 11 | 15,3 |
| Глубока тоска, печаль (ср. балл) | 3,17±1,04 | 2,93±0,88 |
| никогда | 1 | 1,6 | 5 | 6,9 |
| часто или почти постоянно | 21 | 34,4 | 14 | 19,4 |
| Боролись с тревогой или тоской: принимал лекарства | 1 | 1,6 | 1 | 1,4 |
| принимал алкоголь или наркотики | 20 | 32,8 | 18 | 25,0 |
| пытался отвлечься | 29 | 47,5 | 44 | 61,1 |
| никак не боролся | 9 | 14,8 | 10 | 13,9 |

Следовательно, анализе клинико-психологических показателей психосоматической патологии показал, что среди осужденных с психосоматическими нарушениями частые или почти постоянные проявления тревожных и депрессивных состояний наблюдаются существенно чаще, чем среди осужденных без психосоматических нарушений, тогда как различия в частоте встречаемости признаков патологии отдельных систем органов между группами обследуемых отсутствовали.

Анализ уровня адаптации на основании результатов тестирования осужденных по методике Сакса-Сиднея, модифицированной для психосоматических больных, в обеих группах обследуемых выявил множество конфликтов (таблица 28). У осужденных с психосоматическими проявлениями и без них нарушения адаптации наиболее часто проявлялись в виде страхов и болезненных переживаний (соответственно в 68,9% и 56,9% случаев), осознания собственной вины (в 70,5% и 79,2% случаев). У 14,8% обследованных первой группы и у 9,7% осужденных второй группы выявлена высокая степень психотравмирующего воздействия на соматическое заболевание, тогда как у остальных осужденных нарушения адаптации находились на субклиническом уровне.

Таблица 28 - Показатели психологического статуса у осужденных лиц в зависимости от наличия психосоматических расстройств по методике Сакса-Сиднея (баллы)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Лица с психосоматическими расстройствами (n=61) | Лица без психосоматических расстройств (n=72) |
| Отношение к матери | 0,35±0,48 | 0,37±0,52 |
| Отношение к отцу | 0,77±0,42 | 0,85±0,40 |
| Отношение к семье | 0,79±0,46 | 0,76±0,54: |
| Отношение к женщинам | 0,96±0,20 | 0,91±0,29 |
| Отношение к половой жизни | 0,94±0,32 | 0,77±0,57 |
| Отношение к товарищам и знакомым | 0,67±0,47 | 0,72±0,49 |
| Отношение к вышестоящим лицам | 0,88±0,39 | 0,72±0,53 |
| Отношение к подчиненным | 0,61±0,49 | 0,65±0,48 |
| Отношение к товарищам по работе | 0,52±0,50 | 0,60±0,49 |
| Страхи и опасения | 1,69±0,46 | 1,57±0,53 |
| Сознание вины | 1,67±0,51 | 1,80±0,40 |
| Отношение к себе | 0,94±0,24 | 0,94±0,36 |
| Отношение к прошлому | 0,90±0,31 | 0,90±0,35 |
| Отношение к будущему | 0,94±0,32 | 0,96±0,19 |
| Цели | 0,96±0,20 | 1,00±0,00 |
| Отношение к болезни | 1,15±0,35 | 1,11±0,31 |

Обнаружены конфликты на субклиническом уровне в отношениях с собой, к прошлому и будущему, к цели жизни (таблица 28). Обращает на себя внимание нарушение адаптации в отношениях к женщинам и половой жизни, причем среди осужденных с психосоматическими нарушениями отсутствие конфликта в отношениях к половой жизни отмечалось только в 8,2% случаев, что достоверно ниже, чем во второй группе - 29,2% (χ2=9,23, р=0,004).

Таблица 29 - Показатели психического статуса ус осужденных в зависимости от наличия психосоматических расстройств

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Лица с психосоматическими расстройствами (n=61) | Лица без психосоматических расстройств (n=72) |
|  | абс. | % | абс. | % |
| Алекситимия (ср. балл) | 87,3±14,96 | 83,9±15,73 |
| отсутствует | 3 | 4,92 | 6 | 8,33 |
| пограничное состояние | 7 | 11,48 | 4 | 5,56 |
| алекситимия | 51 | 83,61 | 62 | 86,11 |
| Реактивная тревожность (ср. балл) | 97,8±9,79 | 96,1±9,06 |
| Личностная тревожность (ср. балл) | 41,4±8,57 | 38,6±8,94 |
| низкая | 5 | 8,20 | 11 | 15,28 |
| умеренная | 37 | 60,66 | 46 | 63,89 |
| высокая | 19 | 31,15 | 15 | 20,83 |
| Уровень депрессии (ср. балл) | 38,6±7,80 | 37,3±7,49 |

Анализ психического склада осужденных, предполагающего их к специфическим психосоматическим заболеваниям, с использованием Торонтской алекситимической шкалы не выявил существенных различий между группами осужденных с психосоматическими расстройствами и без них (таблица 29). В обеих группах обследуемых уровень алекситимии был высоким и в среднем составил 84-87 баллов. В первой группе обследованных алекситимия отсутствовала у 4 человек (6,6%), пограничное состояние было выявлено у 7 человек (11,5%) и у 50 человек (82,0%) была диагностирована алекситимия. Во второй группе осужденных алекситимия отсутствовала в 5 (7,0%) случаях, тогда как в 4 (5,6%) и 63 случаях (87,5%) обнаружены, соответственно пограничное состояние или собственно алекситимия.

На выраженное психоэмоциональное напряжение осужденных указывают высокие уровни реактивной тревожности у всех обследованных заключенных, существенно превысившие показатели низкой и умеренной реактивной тревожности (таблица 29).

В то же время уровни личностной тревожности в обеих группах обследованных соответствовали показателям умеренной тревожности (таблица 29). Существенных различий между группами обследуемых не выявлено: у осужденных с психосоматическими расстройствами и без них преобладала умеренная личностная тревожность с частотой соответственно 60,7% и 63,9%. Однако обращает на себя внимание тот факт, что у осужденных первой группы низкая личностная тревожность наблюдалась 3,8 раза реже, чем высокая (в 8,2% случаев по сравнению с 31,1%), тогда как во второй группе частота встречаемости данных состояний была практически одинаковой (соответственно 15,3% и 20,8%).

Анализ уровня депрессии с использованием шкалы Цунга показал, что в обеих группах осужденных данный показатель был низким и в среднем составил 37-39 баллов (таблица 29). У 54 заключенных с психосоматическими нарушениями (88,5%) депрессия по результатам тестирования по шкале Цунга отсутствовала, у 6 человек (9,8%) была установлена легкая депрессия ситуативного или невротического уровня, и у одного (1,6%) - субдепрессивное состояние или маскированная депрессия. Среди обследованных без психосоматических нарушений у 5 человек (6,9%) выявлена легкая депрессия, тогда как у остальных осужденных данной группы признаки депрессии отсутствовали.

Следовательно, результаты исследования указывают на сдвиги психической адаптации у осужденных как с психосоматическими расстройствами, так и без них, проявляющихся, в первую очередь, в виде высоких уровней алекситимии и реактивной тревожности, умеренной личностной тревожности.

При изучении состояния вегетативной нервной системы (ВНС) обнаружено, что в обеих группах осужденных тонус симпатического и парасимпатического отделов превышал 10-бальный порог нормы (таблица 30). Это указывает на наличие нарушений со стороны ВНС, отражающихся на оценке соматического состояния обследованных. У лиц с психосоматическими расстройствами парасимпатический тонус ВНС был существенно выше, чем в группе обследованных без психосоматических нарушений (на 12,9%, р<0,05).

Таблица 30 - Состояние вегетативной нервной системы у осужденных в зависимости от наличия психосоматических расстройств (баллы)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Лица без психосоматических расстройств (n=72) | Лица с психосоматическими расстройствами (n=61) |
| Парасимпатический тонус | 12,23±0,75 | 13,81±0,61а |
| Симпатический тонус | 11,91±0,59 | 12,46±0,64 |
| Парасимпатический тонус регуляции высшей нервной деятельности | 5,68±0,47 | 7,03±0,52а |
| Симпатический тонус регуляции высшей нервной деятельности | 4,56 ±0,41 | 5,28±0;46 |
| Примечание: а - различие с группой без психосоматических расстройств достоверно (р<0,05) |

Анализ показателей рефляции высшей нервной деятельности показал значимое возрастание парасимпатического тонуса по сравнению с симпатическим тонусом в группах осужденных как с психосоматическими отклонениями (на 33,1%, р<0,05), так и без данных нарушений (на 24,6%, р<0,05). При этом парасимпатический тонус регуляции ВНД в первой группе заключенных оказался достоверно выше, чем во второй группе (на 23,8%, р<0,05). Обращает на себя внимание большой удельный вес жалоб со стороны вегетативной регуляции высшей нервной деятельности в общем вегетативном тонусе для парасимпатического и симпатического отделов ВНС: у лиц с психосоматическими нарушениями - соответственно 50,9% и 42,4%, у лиц без указанных расстройств - 46,5% и 38,3%.

Результаты корреляционного анализа показали существование статистически значимых ассоциаций между оценкой соматических жалоб и показателями физического самочувствия осужденного (r=+0,23, р<0,05), отношения к болезни (r=+0,21, р<0,05), отношения к себе (r=+0,26, p<0,05). Показатель соматических жалоб по Гиссенскому опроснику также положительно коррелировал, с величинами парасимпатического (r=+0,36, р<0,05) и симпатического (r=+0,23, р<0,05) тонуса вегетативной нервной системы.

Таким образом, полученные результаты показывают, что в условиях пенитенциарной среды при развитии психосоматических расстройств у осужденных увеличивается тяжесть нарушений вегетативной регуляции, возрастает частота почти постоянных проявлений тревоги и беспокойства, тогда как уровень алекситимии и реактивной и личностной тревожности у всех осужденных был высоким и не ассоциировался с наличием психосоматических расстройств.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Негативные процессы в состояний психического здоровья населения, обусловленные снижением качества жизни, социально-экономической нестабильностью, ломкой установившихся жизненных стереотипов, дефицитом финансовых ресурсов здравоохранения наряду с экологическими и другими факторами, во многом определяют неуклонный рост преступности и увеличение численности осужденных в пенитенциарных учреждениях страны [1, 15]. В настоящее время Российская Федерация является мировым лидером по количеству заключенных на 100 000 населения - 740 человек.

При попадании в места лишения свободы происходит социальная дезадаптация человека, которая зависит как от факторов социально-психологического характера (особенности режима, срок пребывания в пенитенциарном учреждении), так и психологических, в первую очередь личностных факторов [3]. Вместе с тем, известно, что именно социальная дезадаптация человека является основной причиной развития психосоматических расстройств. По данным ВОЗ, от 38 до 42% всех пациентов, обращающихся к соматическим врачам, относятся к группе психосоматических больных.

В то же время при всей многоаспектности в изучении патогенетических механизмов развития заболеваний внутренних органов и множестве литературных сведений в исследованиях, проводимых специалистами в области внутренней патологии, не уделяется должного внимания проблемам психосоматических соотношений. Недостаточно изучена роль психосоциальных факторов в возникновении и развитии соматических заболеваний.

Рассматривая пребывание осужденного в местах лишения свободы как пример хронической стрессогенной ситуации (пенитенциарный стресс), учитывая роль патопсихологических нарушений в генезе психосоматической патологии, представляет интерес изучение взаимосвязей развития ПСР с личностными особенностями осужденных с целью поиска возможных механизмов коррекции взаимоотношения людей в условиях социальной изоляции, профилактики возможных срывов адаптации и, тем самым, предотвращения развития психосоматической патологии [7, 11].

В проведенном нами исследовании была предпринята попытка определить психопатологические особенности и закономерности развития психосоматических расстройств в структуре нарушений адаптации у лиц, отбывающих наказание в исправительной колонии, и на этой основе разработать критерии прогноза расстройств адаптации с психосоматическими проявлениями.

В дипломной работе представлены результаты изучения клинико-психологических особенностей и факторов риска развития психосоматических расстройств (F45) у 133 мужчин, отбывавших срок наказания в колонии строгого режима. В исследование включались каждый второй заключенный из представленного администрацией ИК списка из 302 человек. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, из исследования были исключены лица с тяжелыми соматическими заболеваниями, любыми другими видами психической патологии, включая специфические расстройства личности (F60), зависимости от психоактивных веществ (F1), психопатологические последствия черепно-мозговых травм и других органических поражений (F07; F1x.7), а также лица старше 60 лет (для исключения патологии церебрально-атеросклеротического генеза). Из исследования были исключены 9 человек с соматической патологией, 7 человек с умеренными и тяжелыми депрессивными состояниями и 2 осужденных старше 60 лет.

Возраст обследованных лиц колебался в пределах от 18 до 56 лет и в среднем составил 30,9±10,81 лет. Подавляющее большинство (90,2%) осужденных имели среднее или среднее специальное образование. Средний срок наказания, назначенного судом, среди осужденных составил 96 месяцев. Обследование проведено лицам, в среднем отбывшим в колонии треть срока (32 месяца). Средний балл проведения судебно-психиатрической экспертизы отражает отсутствие необходимости повторной экспертизы большинству включенных в исследование лиц. Лишь 15 (11,3%) обследуемым во время проведения следствия потребовалась судебно-психиатрическая экспертиза, из них 10 (7,5%) - амбулаторно, а 5 (3,8%) - в стационарных условиях. Усредненная оценка психосоматических нарушений, проводившаяся на основании данных Гиссенского опросника, равная в среднем 40 баллам, указывает на высокий уровень среди осужденных лиц психосоматической патологии.

Для решения поставленных задач использовались клинико-психопатологический и клинико-психологический методы исследования. Полученные данные были проанализированы с помощью математико-статистического подхода.

После отбора больных методом структурированного интервью все они были вновь обследованы штатными терапевтами и психиатром с целью исключения иной соответствующей патологии. Предварительное формирование групп больных по видам ПСР проводилось с помощью Гиссенского опросника психосоматических жалоб, а затем - на основании психопатологической оценки. Всем изученным лицам давалась оценка соматического, психического и психофизиологического статуса. Из экспериментально-психологических методов были использованы: кроме Гиссенского опросника соматических жалоб, методика незаконченных предложений Сакса-Сиднея, Торонтская шкала алекситимии, шкала личностной тревожности Спилбергера-Ханина, шкала депрессии Цунга [5], вегетативный опросник А.М.Вейна. Экспресс-анализ, вегетативного статуса проводился по субъективным и клиническим проявлениям с формализованной вероятной оценкой.

Выявленные у 133 осужденных РА распределились по рубрикам МКБ-10 следующим образом.

F43.21 - пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная РА, длящаяся по много месяцев, диагностирована у 20 человек (15,0%). Особенность этого вида РА у осужденных состояла в том, что здесь даже по истечении 2-х лет не отмечалось трансформации в хроническое (устойчивое) расстройство настроения (F34). У этих лиц легкое депрессивное состояние в ответ на длительную подверженность стрессовой ситуации носило плавающий, мерцающий характер - то усиливалось, то затихая, под влиянием происходящих событий, но полностью не исчезая. Эмоциональные симптомы расстройств у этих больных сочетались с признаками ПСР, т.е. были коморбидны с ними.

F43.22 - смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации, имела место всего у 6 человек (4,5%). Психопатологические симптомы у этих лиц сочетались с вегетативными признаками. В целом данный вид РА у осужденных тоже отличался плавающим течением.

F43.23 - расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций диагностировалось чаще предыдущих вариантов - у 28 человек (21,05%). У них на фоне непостоянных состояний тревоги и (или) депрессий преобладали более выраженные и более продолжительные состояния эмоционального напряжения, беспокойства, озлобленности, гневливости (у 21 осужденного - 15,8%), а у остальных 7 человек в РА доминировали эмоции страха, боязни, опасений, чувства вины (5,26%). В этой группе также имело место сочетание РА с ПСР - у 15 человек. У других 13 человек данная комобридность не отмечена.

F43.24 - расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения - самый частый вид у изученных нами лиц. Он диагностирован у 36 человек (27,06%) и проявлялся (при отсутствии специфических расстройств личности-F60) такими частыми формами поведения как агрессия, диссоциальные поступки (кражи, агрессия, порча имущества и т.п.), конфликты с окружающими, неподчинение администрации, выведение из строям техники, а также алкоголизацией, наркотизацией, самоповреждениями (аутоагрессией), симуляцией.

F43.25 - смешанное расстройство эмоций и поведения наблюдалось также очень часто - всего у 33 человек (24,8%). У этих лиц отмеченные выше расстройства поведениям сочетались с одним или сразу с несколькими видами эмоций (чаще это - эмоциональное напряжение, гневливость, раздраженность, озлобленность, реже - депрессия, еще реже тревога и страх).

В целом, как видно, расстройство поведения (как форма нарушения адаптации) у осужденных является наиболее частым видом РА. В общей сложно сти расстройства поведения отмечены у большинства изученных лиц (69 человек-51,87%).

F43.28 - другие специфические преобладающие симптомы, обусловленные расстройством адаптации, на материале были представлены симптомами ПСР. У оставшихся 10 человек из 133 (7,55%) РА проявились признаками ПСР без их сочетания с клинически выраженными симптомами эмоциональных и поведенческих расстройств.

Таким образом, из 61 осужденного с ПСР, только у 10 человек РА напрямую проявились в «чистом» виде симптомов ПСР. У 51 больного с ПСР симптомы соматических дисфункций были коморбидны с другими проявлениями РА. Углубленный клинико-психопатологический анализ данного вопроса выявил при этом важную закономерность соматические невротические дисфункции в клинически оформленном виде, т.е. собственное ПСР, не свойственны клинической картине РА с выраженными нарушениями поведения (F43.24 и F43.25); они сочетаются предпочтительно с РА в форме эмоциональных нарушений (F43.21; F43.22; F43.23).

ПСР у изученных осужденных распределились следующим образом.

Самым частым видом ПСР у осужденных с РА была психосоматическая дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3), диагностированная у 44 человек(72,13% от 61-го случая с ПСР и 30,08% от 133 человек с РА).

Психосоматическая вегетативная дисфункция характеризовалась, в первую очередь, функциональными расстройствами системы сердца («невроз» сердца) и сердечнососудистой системы - «нейроциркуляторная» астения, синдром да Коста (F43.30), наблюдавшимися у 24 человек (39,34% от всех лиц с ПСР). Следующее место по частоте занимала психосоматическая дисфункция ВНС органов дыхания (F43.33) - в форме психогенного кашля и психогенной одышки (12 чел.- 19,67%). Еще у 8 больных (13,11%) имела место психосоматическая дисфункция ВНС верхней части ЖКТ (F43.31) - с проявлениями «невроза» желудка, диспепсии, психогенной аэрофагии. Другие виды психосоматической вегетативной дисфункции (F45.32; F45.33; F45.38) на нашем материале были представлены отдельными симптомами, не оформленными в клиническую картину определенного типа ПСР.

У 6 осужденных (9,83%) диагностировано ПСР в виде ипохондрического состояния (F45.2) - с постоянной озабоченностью возможности или наличия рака, туберкулеза, сифилиса, СПИДа и т.п. Еще у 5 больных (8,19%) имело место устойчивое психосоматическое болевое расстройство (F45.4) - психогенная боль в спине, психогенная головная боль, психогенные летучие боли неопределенной локализации. 4 осужденных (6,56%) предъявляли постоянные жалобы на покалывание и неприятные ощущения в различных частях тела, на зуд, жжение, онемение и т.п. У них диагностировано соматизированное расстройство (F45.0). У оставшихся 2-х больных (3,28%) вариабельные и длительные множественные жалобы соматического плана соответствовали недифференцированному ПСР (F45.1).

Учитывая отмеченную выше коморбидность аффективных расстройств и психосоматических нарушений, особое внимание уделялось анамнестическим данным относительно проявлений патологии аффективной сферы в предшествовавшие месяцы и годы заключения. Среди обследованных 22 человека (36,06% от всех случаев ПСР) отмечали за время заключения частые или почти постоянные проявления депрессивных состояний, тогда как на частые проявления тревоги, беспокойства, глубокой печали и тоски указали 107 из 133 обследованных лиц (80,5%). Мысли о самоубийстве в этот период возникали только у 8 осужденных (6,0%).

Таким образом, полученные результаты- свидетельствуют о высокой распространенности психосоматической и аффективной патологии у мужчин, находящихся в пенитенциарном учреждении. Это согласуется с данными других авторов о том, что в условиях хронического психоэмоционального напряжения развиваются отклонения со стороны внутренних органов и систем органов, патогенетически связанные с аффективной патологией, что приводит к нарушениям, вегетативной регуляции - в первую очередь, желудочно-кишечного тракта, сердечнососудистой и дыхательной систем.

При оценке уровня адаптации в условиях пенитенциарного стресса по методике незаконченных предложений Сакса-Сиднея, предназначенной для психосоматических больных, обнаружено множество внутриличностных конфликтов: осознание собственной вины (77,4%), страхи и болезненные переживания (60,9%), конфликт в отношении к болезни (97,0%). О социальной дезадаптации осужденных свидетельствовали также конфликты на субклиническом уровне в отношениях к цели жизни (в 95,5% случаев), с собой (90,2%), к прошлому (87,2%) и будущему (93,2%), к женщинам (88,7%).

Результаты тестирования по шкале алекситимии и шкале Спилбергера-Ханина, свидетельствовали о высоком уровне алекситимии (85,6±16,33 баллов), высоком уровне реактивной тревожности (96,7±9,89 баллов), а также об умеренном уровне личностной тревожности (39,9±8,91 баллов). Полученные результаты согласуются с данными других авторов о социальной дезадаптации человека в месте лишения свободы, которая приводит к срыву компенсаторных механизмов личности и развитию аффективных расстройств.

При изучении состояния ВНС с помощью вегетативного опросника выявлено, что у всех осужденных тонус симпатического и парасимпатического отделов превышал 10-балльный порог нормы, что указывало на нарушение психофизиологических механизмов адаптации. Обнаружен большой удельный вес жалоб по данному тесту со стороны вегетативной регуляции ВНД в общем вегетативном тонусе парасимпатического (49,3%) и симпатического (40,4%) отделов ВНС, что указывало на функционально-невротический, психогенный характер выявленных нарушений, связанных, по-видимому, с воздействием факторов пенитенциарной среды.

Таким образом, результаты исследования обследованный контингент осужденных, отбывавших наказание в колонии строгого режима, в целом характеризовался высокой интенсивностью психосоматических расстройств в сочетании с высокими уровнями алекситимии и реактивной тревожности, умеренной личностной тревожностью, нарушением вегетативного тонуса.

Исходя из цели и задач исследования, особое внимание было уделено изучению психосоматических нарушений во взаимосвязи с возрастом лиц, совершивших правонарушения длительностью пребываниям в местах лишения-свободы, общим сроком заключения, экспертными оценками за поведение, результатами кластерного анализа по степени выраженности психосоматических нарушений всей группы обследованных.

Для изучения закономерностей взаимосвязи показателей ПСР с возрастом осужденные были распределены на группы в следующей градации: 1) от 20 до 30 лет, 2) от 30 до 40 лет, 3) старше 40 лет. Обнаружено, что с возрастом осужденных происходило возрастание интенсивности психосоматических проявлений. У лиц моложе 30 лет выраженность соматических жалоб, определявшаяся по данным Гиссенского опросника, была низкой и не превышала пороговый уровень 40 баллов, тогда как у осужденных старше 30 лет средняя оценка соматических жалоб указывала на развитие у них выраженных психосоматических нарушений. В группах обследованных до 30 лет данные расстройства наблюдались соответственно в 29,7% случаев, тогда как в группе лиц 31-40 лет они выявлены у 42,9% человек, а среди осужденных старше 40 лет - в 78,3% случаев. При этом показатель психосоматических нарушений в первой возрастной группе был достоверно ниже, чем у осужденных старше 40 лет (на 28,8%, р<0,05). Анализ психологического статуса показал однородный высокий уровень алекситимии и реактивной тревожности во всех возрастных группах осужденных.

Анализ результатов кластеризации показал, что психосоматические проявления связаны в большей степени с возрастом обследуемых (старше 35 лет), чем с тяжестью наказания и длительностью пребывания в пенитенциарном учреждении. Известно, что осужденные более старшего возраста нередко имеют большой преступный опыт, консервативную систему взглядов и убеждений. Компенсаторные процессы по мере приближения к старости у осужденных ограничены, и переживаемые ими нервно-психические перегрузки могут быть достаточными для срыва способности к управлению своим поведением.

Полученные результаты согласуются с данными других исследователей о том, что с возрастом адаптация к меняющимся условиям среды затрудняется, в первую очередь, из-за снижения пластичности нервной системы [28].

Учитывая накопление психотравматического опыта в условиях пенитенциарного учреждения и тот факт, что у осужденных на определенных этапах отбывания наказания происходит резкая смена психологического состояния [11], нами было проведен анализ выраженности психосоматических расстройств, клинико-психологических особенностей и психофизиологического статуса в зависимости от длительности пребывания в местах лишения свободы. Осужденные были распределены по длительности пребывания в исправительном учреждении в следующей градации: 1) первые 6-8 месяцев пребывания в исправительном учреждении, 2) основной этап отбывания наказания, 3) заключительный этап отбывания наказания (за 6-8 месяцев до освобождения).

Максимальная интенсивность соматических жалоб выявлена у лиц, которым до освобождения осталось менее 9 месяцев, тогда как у осужденных на начальном этапе пребывания в пенитенциарном учреждении значения данного показателя были ниже, а на основном этапе заключения - соответствовали критическому уровню 40 баллов. Исследованные показатели психологического статуса не зависели существенно от длительности пребывания в местах заключения, но характеризовались высокими уровнями алекситимии и тревожности.

Исследование состояния ВНС показало, что у лиц, находившихся на начальном и заключительном этапах заключения, показатели ПСТ были выше, чем на основном этапе соответственно на 25,0% и 14,5%, тогда как тонус симпатического отдела, наоборот, был наибольшим у осужденных, находившихся на основном этапе. Однако во всех группах осужденных интенсивность ПСТ и СТ существенно превысили пороговый уровень 10 баллов, что указывало на единую психофизическую дисрегуляцию функционирования ВНС, характерную для психосоматической дисфункции ВНС (F45.3). У осужденных на всех этапах заключения выявлен большой удельный вес жалоб со стороны вегетативной регуляции ВНД в общем вегетативном тонусе, причем наблюдалось значимое преобладание парасимпатических влияний над симпатическими (на 55-71%).

Следовательно, частота психосоматических проявление возрастала с увеличением срока пребывания в заключении, и с возрастанием тяжести дезадаптации. Полученные результаты согласуются с данными литературы о физиологических закономерностях протекания адаптационного процесса в условиях пенитенциарного учреждения, описываемых классическими стадиями общего адаптационного синдрома (стресса) - тревоги, резистентности и истощения [11]. В результате существования психосоматических взаимоотношений адаптивные изменения приводят к изменениям на более низких уровнях структурно-функциональной организации, в первую очередь вегето-висцеральных систем.

Нами был проведен сравнительный анализ изучаемых показателей психологического состояния осужденных с РА, имеющих психосоматические расстройства (n=61) и без них (n=72). Обнаружено, что среди осужденных с ПСР наблюдаются существенно чаще, частые или почти постоянные проявления тревоги и беспокойства, чем у лиц без данных расстройств (36,1% против 15,3%, р<0,05). Уровни алекситимии, реактивной и личностной тревожности в обеих группах были однородно высокими.

Использование при оценке психосоматических расстройств описанного набора тестов для изучения психических и психофизиологических механизмов адаптации вкупе с анкетно-биографическими данными, а также для целей практической диагностики с выдачей индивидуальных заключений требует, выработки интегрального критерия, объединяющего разнородные показатели тестирования. В качестве адекватного методического подхода для выработки подобного интегрального критерия может выступать использование дискриминантных функций.

Нами был использован стандартный алгоритм линейного дискриминантного анализа (пакет программ SPSS версия 11.5) для различения трех групп: 1) с выраженными психосоматическими проявлениями, 2) с умеренными психосоматическими нарушениями и 3) без психосоматических расстройств, определенных с помощью кластерного анализа.

В качестве независимых переменных отобраны следующие показатели: возраст осужденных, длительность пребывания в пенитенциарном учреждении, общий срок наказания, физическое самочувствие; осознание вины, отношение к себе, отношение к болезни (по методике незаконченных предложений Сакса-Сиднея); оценка соматических жалоб (по Гиссенскому опроснику); уровень алекситимии (по шкале алекситимии); уровни реактивнойи личностной тревожности (по шкале Спилберга-Ханина); степень выраженности депрессии (по шкале депрессии Цунга); показатели ПСТ и СТ ВНС, парасимпатического и симпатического тонуса регуляции ВНД (по вегетативному опроснику Вейна).

На основе классификационных функций дискриминантного анализа была разработана диагностическая таблица. Классификация (диагностика) проводилась следующим образом. На диагностической карте отмечалась точка, соответствующая результатам подсчета диагностических коэффициентов. При этом по горизонтали откладывалось значение диагностического коэффициента №1 (ордината), а по вертикали - величина диагностического коэффициента №2 (абсцисса). Обследованный относился к тому классу, в область которого попала диагностическая точка. Тем самым описанный диагностический алгоритм позволял отнести обследуемых лиц к группе без психосоматических нарушений (область 3), с тяжелыми (область 1) или умеренными (область 2) психосоматическими расстройствами.

При проведении классификации по описанной методике вероятность правильного диагноза (процент правильных попаданий) колебалась от 77,1% для группы 3 без психосоматических расстройств до 87,7% для группы 2 с умеренными проявлениями данного заболевания и в среднем составила 85,0% с тенденцией к некоторой гипердиагностике психосоматических расстройств.

Таким образом, комплексное психологическое и психофизиологическое обследование может служить основой разработки, методов диагностики, прогнозирования, а также психологической и медицинской коррекции психосоматических расстройств у осужденных мужчин с РА, находящихся в условиях социальной изоляции и повышенной стрессогенности. При этом в качестве диапазона нормы при психодиагностике осужденных могут рассматриваться описанные для обследованной нами выборки без психосоматических расстройств средне групповые значения показателей тестирования с учетом статистических характеристик их вариабельности.

# ВЫВОДЫ

1. Контингент осужденных мужчин характеризуется высокой распространенностью (85,7%) расстройств адаптации (Е43), протекающих с преобладанием (45,9%) психосоматических проявлений (F45). Наиболее типичными психосоматическими проявлениями были нейро-циркуляторная астения (F45.30) - 29,3%; психогенные формы кашля и одышки (F45.33) - 25,6%, невроз желудка (F45.31)- 21,8%, невроза сердца (F45.30) - 13,5%, ипохондрические расстройства (F45.2,8,3%).

. Индивидуально-личностными предикторами развития расстройств адаптации с психосоматическими проявлениями у осужденных мужчин являются такие особенности, как алекситимия (85,6±16,33 баллов) и повышенная тревожность (96,7±9,89 баллов).

. Ситуационным предиктором развития расстройств адаптации с психосоматическими проявлениями у осужденных мужчин является длительность пребываниям пенитенциарном учреждении; наибольший риск представляет заключительный этап (менее 9 месяцев до освобождения).

. Интенсивность психосоматических проявлений тесно взаимосвязана с возрастом осужденных (старше 35 лет) и происходит со направленно с расстройствами психофизиологической адаптации - возрастанием парасимпатического тонуса вегетативной нервной системы (на 12,9%), и уровня парасимпатических влияний в регуляции высшей нервной деятельности(на 23,8%).

# ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Рекомендуется ввести в деятельность учреждений Главного управления исполнения наказания Министерства юстиции Российской Федерации помимо обязательного психологического тестирование для установления психологической характеристики осужденных при их прибытии в пенитенциарное учреждение, но и проводить психологическое тестирование для выявления психосоматических расстройств. Это позволит своевременно выявить и прогнозировать их развитие, спланировать профилактические мероприятия по предупреждению психосоматических расстройств у осужденных.

. Психиатрической службе пенитенциарных учреждений рекомендуется проводить диагностику психосоматических расстройств у осужденных с использованием апробированного в работе комплекса психологических и психофизиологических методик тестирования. При этом в качестве диапазона нормы при психодиагностике осужденных могут рассматриваться описанные для обследованной нами выборки без психосоматических расстройств средне групповые значения показателей тестирования с учетом статистических характеристик их вариабельности.

. Рекомендуется проводить коррекцию психотерапевтическими и медикаментозными методами психофизиологической адаптации осужденных с высоки риском развития психосоматических расстройств.

# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Голдобина O.A. Тенденция состояния психического здоровья населения крупного агропромышленного региона / O.A. Голдобина, В.Я; Семке, В.А. Трешутин // Журн. неврологии и психиатрии. - 2003 . - № 12. - С. 42-45.

2. Юрьев, В.К. Оценка качества больничной помощи осужденным (по результатам социологического опроса) / В.К. Юрьев; B.JI.Сажин // Пробл. соц; гигиены, здравоохранения и история медицины. - 2000. - № 6. - С.31-35.

. Романов В.В. Юридическая психология. - М.: Юрист, 1999. -488 с.

. Радченко А. Психотерапия соматоформных заболеваний и расстройств // Методы современной психотерапии: учеб. пособие 7 сост. Л.М. Кроль, Е.А. Пуртова. - М.: Класс, 2001. - С. 249-272.

. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: справочник практического психолога. - М.: ЭКСПО, 2005. - 991 с.

. Гарганеева Н.П. Клинико-патогенетические закономерности формирования соматоформных соотношений при заболеваниях внутренних органов и пограничных психических расстройствах: дис. д-ра мед.наук. - Томск, 2002. - 495 с.

. Ушатиков А.И. Пенитенциарная психология (психология тюремной среды) / А.И. Ушатиков, Б.Б. Казак. - Рязань: РИПЭ, 2008. - 260 с.

. ЕникеевМ.И. Юридическая психология. - М.: Юридическая литература, 2007.-430 с.

. Морогин В.Г. Ценностно-потребностная сфера личности, осужденных, переживших смертный приговор / В.Е. Морогин, Г.B.Залевский // Психол. журн. - 2009. - Т. 20, № 2. - С. 73-81.

. Сажин В.Л. Научное обоснование организации стационарной медицинской помощи осужденным: дис. ... канд. мед.наук. - СПб., 2007. - 191

. Ушатиков А.И. Пенитенциарная психология (психология тюремной среды) / А.И. Ушатиков, Б.Б. Казак. - Рязань: РИПЭ, 2008. - 260 с.

12. Ben-David S. Rape death and resurrection: male reaction after disclosure of the secret of being a rape victim / S. Ben-David, P: Silfen// Med. Law. - 2003. - №1-2;-P. 181-189

. Ireland С.А. Problems in-adapting to prison life: ph. di. thesis/ University of Central Lancashire. - Preston, 2011. - 35 p.

14. Хананашвили М.М. Информационные неврозы.-Л.: Медицина, 1978-144

. Короленко Ц.П. Социодинамическая психиатрия / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева.- М.: Академический проспект; Екатеринбург: Деловая книга, 2010.-460 с.

. Лебедев В.И. Групповая изоляция / В.И. Лебедев // Психические состояния / сост. и общ.ред. Л.В. Куликова. - СПб.: Питер, 2010 - с. 414-416.

. Хохряков Г.Ф. Парадоксы тюрьмы. - М.: Юридическая литература, 2001.-224 с.

18. Prison adjustment of youthful inmates with mental retardation / C. Smith, B; Algozzine, R. Schmidt [et al.] // Ment. Retard. - 2000. - № 3. - P. 177-181.

. Гульдан В.В. Мотивация противоправных действий у психопатических личностей: автореф. дис....д-ра мед. наук.-М.: 1985;- 44с.

. Чуфаровский Ю.В. Юридическая психология. Учебное пособие. - М.: Право и закон, 2007. - 320 с.

. Безносюк Е.В. Механизмы психологической защиты // Е.В. Безносюк, Е.Д. Соколова // Журн. неврологии и психиатрии. - 2007. - № 2. - С. 44-48.

22. Biggam F.H. The quality of perceived parenting experienced by a group of Scottish incarcerated young offendersang its relation to psychological distress.

23. Пирожков В.Ф. Криминальная психология; -М.: Юридическая литература, 1988.-231 с.

. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология, - Л.: Медицина, 1982. - 272

. Сандомирский М.Е. Особенности: психологического статуса и адаптации лиц, отбывающих наказание в: местах лишения свободы / М.Е. Сандомирский, Р.Х. Гизатуллин, К.В. Кузьмин. // Вестник УЮИ; - 2010. - №1.-С. 104-105.

. Санников A.JI. Здоровье и социальная защищенность осужденных / AJÍ. Санников// Рос.мед. журнал. - 2008 - -№ 5: .-C;10-12.

. Егоров Р.С. Расстройства адаптации у военнослужащих срочной службы: автореф. дис. .... канд. мед.наук. - Оренбург, 2007 - 24 с.

28. Joukama M. Alexithymia in a normal elderly population / M. Joukama, S. Saarijarvi, M.Muuriaisniemi // Compr. Psychiatry. - 2006. - Vol. 37. - P.144-147.

. Association- between job stress and depression among- Japanese employeesthreatened by job loss in a comparison between two complementary jobstress models;/ A. Tsutsumi, K. Kayaba; T. Theorell, J.Siegrist// Scandl. J. Work, Environ; Health. - 2011. - № 2. - P. 146-163

. Von demKnesebeck, О. Reported nonreciprocity of social exchange: and' depressive symptoms: extending the model of effort-reward imbalancebeyond work / O. Von demKnesebeck, J. Siegrist // J-. Psychosomat: Res. - 2003. - Vol. 55.-P.209-214.

31. Мироненко Л.Ф. Психологическое состояние арестованных, заключенных и их родственников и психологическое состояние освободившихся из мест заключения и их родных / Л.Ф: Мироненко // Психотерапия: от теории к практике: матер. 2 Всерос. конф. -М., 1997. - С. 174-177.

. ПищелкоA.B.Психолого-педагогические основы ресоциализации. - Домодедово РИПК МВД России, 1995. - 88 с.

33. Weisaeth. L. Torture of a Norwegian ship’s crew. The torture,stress reactions and psychiatric after-effects / E. Weisaeth// ActaPsychiatr. Scand. Suppl. - 1989.- Vol. 355.-P. 63-72.

34. Франкл В. Человек в поисках смысла. - М.: Прогресс, 1990. - 368 с.

. Антонян Ю.М. Типология осужденных с психическими аномалиями (психиатрические и криминологические аспекты) / Ю.М. Антонян, В.А. Верещагин, В.Г. Козюля // Рос.психиатр. журн. - 1998. - № 1. - С. 11-16.

. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение,-М.: Эксмо, 2002.- 350 с.

. Сандомирский, М.Е. Психическая адаптация в условиях пенитенциарного стресса и личностно-топологические особенности осужденных. - Уфа, 2011.-88 с.

. Сандомирскии, М.Е. Состояние психической адаптации в условиях хронического психоэмоционального стресса в связи с личностно-топологическими характеристиками: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Оренбург, 2011.-28 с.

. Санников, А.Л Здоровье и социальная защищенность осужденных / А.Л. Санников//Рос. мед. журнал. - 2008.-№ 5.-С. 10-12.

. Селье, Г. Стресс без дистресса: пер. с англ. - M.: Прогресс, 1982 - 124 с.

. Семичов, С.Б. Предболезненные психические расстройства. - Л.: Медицина, 1987. - 184 с.

. Семке, В.Я. Здоровье личности и психотерапия: Рук-во для врачей психологов и педагогов / В.Я. Семке, А.В. Семке, М.М. Аксенов. - Томск: Твердыня, 2002. - 620 с.

. Семке, В.Я: Клиническая персонология.- Томск: МГП "РАСК0", 2011. - 376 с.

. Семке, В.Я. Превентивная психиатрия. - Томск: изд-во Том. ун-та, 2009. 403 с.

. Семке, В.Я., Основы персонологии. - М.: Академический Проект, 2011. - 476 с.

. Скорик, А.И. О применении дискриминантных функций в психиатрической диагностике (на примере формальной тестовой диагностики нарушений психической адаптации) / A.И. Скорик, О.В. Острецов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.-2005.-№3-4. - С.-295-297.

. Смирнова, Н.В. Клинико-эпидемиологические и половозрастные особенности психогенных: и других факторов риска при артериальной гипертензии: дис. … канд. мед: наук. - В. Новгород, 2005. - 152 с.

. Смулевич, А.Б. Депрессии в общемедицинской практике.- М.: «Берег», 2010- 160 с.

. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. - М:, 2003. - 425 с.

. Смулевич, А.Б. Соматоформные расстройства (клиника, терапия, организация мед. помощи) / А.Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2000.-№2. - С. 36-40.

. Собенников, B.С. Соматоформные депрессивные и тревожные расстройства / B.C. Собенников // Рос. психиатр. журн. - 2001. - № 21- С. 23- 28.

. Соматоформныег расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели мед. помощи) / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, B.H. Козырев [и д.р.] // Журн. неврологии и психиатрии.-2009.-№4. - С. 4-16.

. Соматоформные реакции, коморбидные ишемической: болезни сердца: психогенное провоцированные инфаркты и ишемии миокарда / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, М.Ю. Дробижев [и др.] // Журн. неврологии и психиатрии. - 2004. - №3. - С. 13-

. Соматоформные соотношения у больных ишемической болезнью сердца с алекситимией / В.М. .Провоторов, А.В. Будневский, А.Я. Кравченко, Т.И. Грекова / /Кардиология.-2011. - № 2. - С. 46-49;

. Социальная гигиена (медицина)- и организация здравоохранения: учеб. руководство / Ю.П. Лисицын, Н.В. Полунина, К.А. Отдельнова [и др.]; под ред. Ю.П. Лисицына. - М., 2009. - 698 с.

. Спасенников, Б.А. Проблемы принудительного лечения осужденных, страдающих «пограничными» расстройствами нервной системы // Медицина, этика, религия, и право: матер. конф. -М:, 2010. - С. 107-115.

. Столяренко, Л.Д. Основы психологии: практикум. - Ростов-н/Д: Феникс, 2001. - 703 с.

. Сукиасян, С.Г. Соматизированные психические нарушения / С.Г. Сукиасян, Н.Г. Манасян, С.С. Чшмаритян // Журн. неврологии и психиатрии. 2001.-№ 2. - С. 57-61.

. Тарасенко, Е.П. Выявление и оценка соматоформных взаимосвязей в клинике внутренних болезней: автореф. дис... канд. мед. наук. - Новосибирск, 2009. - 22 с.

. Ту, Дж. Принципы распознавания образов / Дж. Ту, Р. Гонсалес. - М.: Мир, 1978.-411с.

. Урбах, В.Ю. Статистический анализ в биологических и медицинских исследованиях. - М., 1975. - 248 с.

. Ушатиков, А.И. Пенитенциарная психология (психология тюремной среды) / А.И. Ушатиков, Б.Б. Казак. - Рязань: РИПЭ, 1998. - 260 с.

. Франкл, В. Человек в поисках смысла. - М.: Прогресс, 1990. - 368 с.

. Хананашвили, М.М. Информационные неврозы. - Л.: Медицина, 1978. - 144 с.

. Харисова, И.М. Статистические методы в медицине и здравоохранении: учеб. пособие / И.М. Харисова, Н.Х. Шарафутдинова. - Уфа: изд-во БГМУ, 1999. -145 с.

. Харитонов, С.В. Общий психосоматический синдром / С.В. Харитонов, В.Я. Семке, В.Н. Покачалова. - Барнаул; Томск, 2010. - 111 с.

. Холмогорова, А.Б. Концепции соматизации: история и современность /

. А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, Т.В. Довженко // Соц. и клин. психиатрия. - 2000. - №4. - С. 81-97.

. Хохряков, Г.Ф. Парадоксы тюрьмы. - М.: Юридическая литература, 1991.-224 с.

. Хрящова, Н.Ю. Психические состояния при изоляции / Н.Ю. Хрящова // Психические состояния / сост. и общ. ред. Л.В. Куликова. - СПб.: Питер, 2000.-С 407-413.

. Циркин С.Ю. Психопатологический анализ аффективно-эмоциональной сферы: тревога (страх) / С.Ю. Циркин // Рос. психиатрич. журнал. - 2001. - №6. - С. 21-25.

. Чуфаровский, Ю.В. Юридическая психология. Учебное пособие. - М.: Право и закон, 1997.-320 с.

. Шаробаро, B.И. Клинические особенности заболевания, психологические изменения личности- и активность антиоксидантной системы у больных язвенной болезнью / В.И. Шаробаро // Клин. медицина. -2001.-№ 6. - С. 39-40.

. Юрьев, B.K. Оценка качества больничной помощи осужденным (по результатам социологического опроса) / В.К. Юpьeв, B.Л. Сажин // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и история медицины. - 2010 - № 6. - С. З1-35.

. А. psychobehaviorah factor, alexthymia, is related to coronary spasm / Y. Numata, Y. Ogata, Y. Oike [et al;] // Jpn. Circ. J.- 2008. - Voh 62, #6/ P. 409-413.

76. Abbey, S.E. Gender and psychosomatic aspects of ischemic heart disease / S.E. Abbey, D.E. Stewart-//J. Psychosom. Res;-2000: - Vol.48, №4-5. - P. 417-423.

77. Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress models/ A. Tsutsumi, K. Kayaba, T. Theorell, J. Siegrist // Scand. J. Work, Environ. Health. - 2001. - №2. - P. 146-153.

78. Benbadis, S.R. The problems of psychogenic symptoms: is the psychiatric community in denial? / S.R. Benbadis // Epilepsy Behavior. - 2005. - №6. - P. 9-14.

. Ben-David, S. Rape death and resurrection: male reaction after disclosure of the secret of being a rape victim/ S. Ben-David, P. Silfen //Med. Law. - 2010. - № 1-2.-P. 181-189.

80. Biggam, F.H. The quality of perceived parenting experienced by a group of Scottish incarcerated young offenders ang its relation to psychological distress / F.H. Biggam, K.G. Power // J. Adolesc. - 2008. - № 2. - P. 161-176.

81. [Brautigam W.] Соматоформная медицина: пер. с нем. / W. Brautigam, Р. Kristian, M. Rad. -M.: ГЭОТАР Медицина, 1999.-376 с.

82. Bressi, G. Alexithymia inpatients with medical illnesses / С Bressi, S. Bressi, E. Gimosti // European Confer. Psychosom. Res. -Manchester, 1998. - P. 101.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

КАРТА ОБСЛЕДОВАНИЯ

Уважаемый осужденный! Вы можете отвечать абсолютно искренне, так как все данные будут обрабатываться на ЭВМ. Нужно лишь подчеркнуть или вписать Ваш ответ.

Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отряд\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Полных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет

2. Образование: школа (сколько классов: \_\_\_\_\_\_ /ПТУ/техникум/институт)

. Осужден на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяцев

. Находитесь в ИК \_\_\_\_\_\_\_ месяцев

. Проходил судебно-психиатрическую экспертизу: нет/амбулаторно/стационарно

. Воспитывался в семье: с отцом и матерью/без отца/без матери/, без отца и матери/в детдоме или интернате/с отчимом/ с мачехой/ с родственниками, бабушкой, дедушкой/ другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Отец: сильно пил/ психически болен/покончил с собой/ конфликтный, грубый/спокойный, добрый

. Мать: сильно пила/ психически больна/ покончила с собой/ лишена родительских прав/ конфликтная, грубая/спокойная, добрая

. Брат (сестра): сильно пил/ психически болен/сложный характер/ употреблял наркотики/Был осужден по ст. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Отношение отца к вам в детском возрасте: заботливое, доброе/ безразличное/ с моральным унижением/ с частыми физическими наказаниями/очень жестокое

. Отношение матери к вам в детском возрасте: заботливое, доброе/ безразличное/ с моральным унижением/с частыми физическими наказаниями/очень жестокое

. Учился в школе: хорошо/плохо/оставался на второй год/ учился во вспомогательной школе

. До 7 лет: часто болел простудными/аллергия, диатез/ операции под наркозом/ тяжелые травмы головы с потерей сознания/ тяжелые отравления, с потерей сознания/ долго мочился в постель/заикался/другое

. До 7 лет Вы состояли на учете: у невролога/ психиатра/ часто обращались к детскому врачу по поводу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. До 7 лет Вы были: крайне непослушным, упрямым, часто делал назло взрослым/ был слишком подвижным, неусидчивым и невнимательным/ постоянно обманывал/ часто обижал домашних животных/ часто дрался с другими детьми/ пробовал курить/другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. В 8-17 лет у Вас были нарушения поведения: часто прогуливал уроки/ часто дрался/ отнимал деньги/ уносил деньги или вещи из дома/ воровал из магазинов и пр./ выпивал/ употреблял наркотики, таблетки или клей/другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Вы находились на учете в детской комнате милиции с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лет.

. Начало нарушений выведении: в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ полных лет.

Следующие вопросы касаются Вашего здоровья.

19. Часто ли у Вас возникает тревога, беспокойство: никогда/редко/иногда/часто/почти постоянно

20. Вам знакомо ощущение глубокой тоски, печали: никогда/редко/иногда/часто/почти постоянно

. Как Вы боролись с тревогой или тоской: никак/ принимал лекарства/ принимал алкоголь или наркотики/ пытался отвлечься.

. Возникали ли у вас боли в животе: никогда /очень, редко / иногда / часто /постоянно

. Вас беспокоит отрыжка: никогда /очень- редко / иногда / часто /постоянно

. У вас бывает чувство тошноты, связанное с приемом пищи: никогда/ очень редко/иногда/часто/постоянно

. У вас бывает чувство тошноты независимо от приема пищи: никогда/ очень редко/иногда/часто/постоянно

. Как часто у Вас возникает рвота: никогда/ очень редко/ иногда/ часто/постоянно

. Возникало ли чувство жжения, зуда кожи: никогда/ очень редко/ иногда/ часто/постоянно

. Возникало ли чувство онемения, болезненности кожи: никогда/ очень редко/ иногда/часто/постоянно

. Есть ли вышеуказанные симптомы, которые беспокоили Вас более 2-х лет: да/ нет

. Получали ли Вы стационарное или амбулаторное лечение по поводу вышеуказанных симптомов: Да / нет

. Вы замечали боли в сердце от переживаний, стрессов: никогда/ очень редко/ иногда/ часто/постоянно

. Если у Вас болит сердце, то когда: при физической нагрузке/ при стрессе, волнении/ в спокойном состоянии

. Часто ли возникает у Вас одышка или чувство стеснения в груди при волнении: никогда/очень редко / иногда/ часто/постоянно

. При волнении у Вас возникает икота: никогда/ очень редко/ иногда/ часто/постоянно

. При волнении у Вас возникает неприятные ощущения или боли в животе: никогда/ очень редко/иногда/часто/постоянно

. При волнении Вы краснеете, появляется потливость рук, учащается сердцебиение: никогда/очень редко/иногда/часто/постоянно

. При волнении Вы бледнеете, появляется холодный пот: никогда /очень редко / иногда /часто/постоянно

. У Вас возникал кашель при волнении: никогда/ очень редко/ иногда/ часто/постоянно

. У Вас бывает понос или вздутии живота при волнении: никогда/редко/иногда/часто/почти постоянно

. У Вас бывает частое, болезненное или затрудненное моче испускание: никогда/редко/иногда/часто/почти постоянно

. У Вас бывают необъяснимые боли в теле: никогда/редко/иногда/часто/почти постоянно

. У Вас бывают боли в теле, связанные с волнением или стрессом: никогда/редко/иногда/часто/почти постоянно

. У Вас бывают боли в спине или пояснице: никогда/редко/иногда/часто/почти постоянно

. У Вас бываю головные боли: никогда/редко/иногда/часто/почти постоянно

. У Вас болит голова после волнения или стресса: никогда/редко/иногда/часто/почти постоянно

. У Вас бывает ощущение мешающего «комка» в горле: никогда/редко/иногда/часто/почти постоянно

. У Вас бывают высыпания, аллергия, воспаление или экзема на коже: никогда/редко/иногда/часто/почти постоянно

. Появляются ли у Вас высыпания на коже после волнения или стресса: никогда/редко/иногда/часто/почти постоянно

. У Вас болят или опухают суставы: никогда /иногда /часто /постоянно

. Выстрадали запорами: никогда/ иногда/часто/постоянно

. У Вас бывает скрежетание зубами: никогда/редко/иногда/часто/почти постоянно

. Как часто Вы пьете лекарства: никогда/очень редко/иногда/часто/постоянно

. Сколько лекарств Вы принимали дома одновременно: не принимал/ 1..2..3..4..5..более

. От какого заболевания Вы принимали лекарства (впишите) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Перечислите названиям лекарств, которые Вы принимали часто или постоянно \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Как часто Вы задумываетесь о своем здоровье: никогда/ очень редко/иногда/ часто/ постоянно

. Высчитаете, что у Вас серьезное заболевание: нет/ да, легкое, временное/ да, тяжелое, но излечимое/да, неизлечимое и смертельное

. Вы заболели: еще в детстве, юношестве/ будучи взрослым, но до колонии/ вначале отбытия срока/ в середине отбытия срока/ в конце отбытия срока

. Ваше физическое самочувствие ухудшилось в колонии: нет/да, незначительно/ да, намного хуже

. У Вас были мысли о самоубийстве: никогда/ очень-редко/ иногда/ часто /постоянно

. У Вас были попытки самоубийства: нет/ 1..2..3..4..5..более

Гиссенский опросник

Инструкция: Поставьте после каждого пункта опросника цифру, соответствующую вашему обычному состоянию:

0-небеспокоит никогда;

1-беспокоиточеньредко;

-временамибеспокоит;

3-частобеспокоит;

-беспокоит почти постоянно.

Беспокоят ли вас:

|  |  |
| --- | --- |
| Е Ощущение слабости Повышенная сонливость Быстрая истощаемость Усталость Чувство оглушенности Вялость | G Боли в суставах и конечностях Боли в пояснице или спине Боли в шее, затылке, плечевых суставах. Головные боли Чувство тяжести или усталости в ногах Ощущение давления в голове |
| М Чувство переполнения в животе Рвота Тошнота Отрыжка Изжога Боли в желудке | Н Сердцебиение, перебои в сердце. Головокружение; Ощущение кома в горле; Тяжесть в груди Приступы одышки Сердечные приступы |

Алекситимическая шкала.

Инструкция: Вам будет предложено некоторое количество вопросов; на вопросы следует отвечать поочередно, не возвращаясь к предыдущим ответам. Пропускать вопросы нельзя. Давайте только один ответ на каждое утверждение.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вопросы | Совершенно не согласен | Скорее не согласен | Ни то, ни другое | Скорее согласен | Совершенно согласен |
| 1.Когдаяплачу,я всегда знаю, почему |  |  |  |  |  |
| 2. Мечты - это потеря времени |  |  |  |  |  |
| 3. Я хотел бы быть не таким застенчивым |  |  |  |  |  |
| 4.Я-часто затрудняюсь определить, какие чувства я испытываю |  |  |  |  |  |
| 5.Ячастомечтаюо будущем |  |  |  |  |  |
| 6.Мнекажется, я способен заводить друзей так же легко, как и другие |  |  |  |  |  |
| 7.Знать,какрешать.проблемы, более важно, чем понимать причины этих решений |  |  |  |  |  |
| 8. Мне трудно находить правильные слова для моих чувств |  |  |  |  |  |
| 9. Мне нравится ставить людей в известность о своей позиции по тем или иным вопросам |  |  |  |  |  |
| 10.Уменябывают физические ощущения, которые непонятны даже докторам |  |  |  |  |  |
| 11.Мненедостаточно знать, что что-то привело к такому результату, необходимо знать, почему и как это происходит |  |  |  |  |  |
| 12.Яспособенс легкостью описать свои чувства |  |  |  |  |  |
| 13.Япредпочитаю анализировать проблемы а не просто их описывать |  |  |  |  |  |
| 14. Когда я расстроен, я не знаю, печален ли я, испуган или зол |  |  |  |  |  |
| 15. Я часто даю волю воображению |  |  |  |  |  |
| 16.Япровожумного времени в мечтах, когда не занят ничем другим |  |  |  |  |  |
| 17.Менячасто озадачивают ощущения, появляющиеся в моем теле |  |  |  |  |  |
| 18. Я редко мечтаю |  |  |  |  |  |
| 19.Я предпочитаю, чтобы все шло само собой, чем понимать, почему произошло именно так |  |  |  |  |  |
| 20. У меня бывают такие чувства, которым я не могу дать вполне точное определение |  |  |  |  |  |
| 21. Очень важно уметь разбираться в эмоциях |  |  |  |  |  |
| 22.Мнетрудно описывать свои чувства по отношению к людям |  |  |  |  |  |
| 23. Люди мне говорят, чтобы я больше выражал свои чувства |  |  |  |  |  |
| 24. Следует искать более глубокие объяснения происходящему |  |  |  |  |  |
| 25.Янезнаю,что происходит у меня внутри |  |  |  |  |  |
| 26.Ячастонезнаю, почему я сержусь. |  |  |  |  |  |

Шкала Спилберга-Ханина.

Опросник «А».

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже утверждений и обведите соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

Помните, что в каждой строке должна быть обведена только одна цифра!

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Утверждения | Вовсе нет | Пожалуй так | Верно | Совершенно верно |
| 1.Я спокоен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Мне ничто не угрожает | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Я нахожусь в напряжении | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4: Я испытываю сожаление | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Я чувствую себя спокойно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6: Я расстроен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Меня волнуют возможные неудачи | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Я чувствую себя отдохнувшим | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Я встревожен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11.Я уверен в себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Я нервничаю | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13.Я не нахожу себе места | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Я взвинчен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15.Янечувствуюскованности, напряженности | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Я доволен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Я озабочен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Я:слишком возбужден и мне не по себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Мне радостно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Мне приятно | 1 | 2 | 3 | 4 |

Опросник «Б».

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и обведите соответствующую, цифру справа в зависимости от того. Как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

Помните, что в каждой строке должна быть обведена только одна цифра!

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Утверждения | Вовсе нет | Пожалуй так | Верно | Совершенно, верно |
| 1. Я испытываю удовольствие | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Я обычно устаю | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Я легко могу заплакать | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Я хотел бы быть таким счастливым, как и другие | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Нередко я проигрываю из-за того что недостаточно быстро принимаю решения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Обычно я чувствую себя бодрым | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Я спокоен, хладнокровен и собран | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8.Ожидаемыетрудностиобычно очень тревожат меня | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9.Яслишкомпереживаюиз-за пустяков | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Я вполне счастлив | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Я принимаю все слишком близко к сердцу | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Мне не хватает уверенности в себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13.Обычноячувствуюсебяв безопасности | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. У меня бывает хандра | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16.Я доволен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17.Всякиепустякиотвлекают,и волнуют меня | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18.Ятаксильнопереживаюсвои разочарования, что потом долго не могу о них забыть | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Я уравновешенный человек | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20.Меняохватываетсильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах | 1 | 2 | 3 | 4 |

Тест Сакса-Сиднея.

Инструкция: Прочитайте внимательно эти незаконченные предложения, дополнив их первой пришедшей вам в голову мыслью. Делайте это как можно быстрее. Если вы не можете закончить какое-нибудь предложение, оставьте его, обведя кружком номер, и вернитесь в нему позже. Будьте правдивы. Ваши ответы никому, кроме психотерапевта, не будут известны.

1. Думаю, что мой отец редко... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Если все против меня, то... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Я всегда хотел... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Если бы я занимал руководящий пост... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Будущее кажется мне...\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Если бы не болезнь... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Мое начальство...\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. 3наю, что глупо, но боюсь… \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Думаю, настоящий друг…\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Когда я был ребенком... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Идеалом женщины (мужчины) для меня является...\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Когда я вижу женщину вместе с мужчиной...\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. По сравнению с большинством других семей моя семья... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Лучше всего мне работается с… \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Моя мать и я... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Все-таки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Сделал бы все, чтобы забыть... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Если бы только мой отец захотел... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Думаю, что я достаточно свободен, чтобы... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Я мог бы быть очень счастливым, если бы... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Если кто-нибудь работает под моим руководством... \_\_\_

. Надеюсь на ...\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. В школе мои учителя... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Большинство моих товарищей не знают, что я боюсь... \_\_\_\_\_

. Не люблю людей, которые...\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Раньше я... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Считаю, что юношей (девушек)... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Супружеская жизнь дается мне... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Моя семья обращается со мной, как с... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Люди, с которыми я работаю...\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Моя мать... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Моей самой большой ошибкой было... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Я хотел бы, чтобы мой отец...\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Моя наибольшая слабость заключается в том... \_\_\_\_\_\_\_\_

. Моя болезнь... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Моим скрытым желанием в жизни... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Мои подчиненные... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Наступит тот день, когда... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Когда ко мне приближается мой начальник... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Хотелось бы мне перестать бояться... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Больше всего люблю тех людей, которые... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Если бы я снова стал молодым... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Считаю, что большинство женщин (мужчин)… \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Если бы у меня была нормальная половая жизнь... \_\_\_\_\_\_

. Большинство известных мне семей... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Люблю работать с людьми, которые... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Считаю, что большинство матерей...\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Когда я был молодым, то чувствовал себя виноватым, если... \_

. Думаю, что мой отец... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Когда мне начинает не везти, я...\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Когда я даю другим поручение... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Больше всего я хотел бы в жизни... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Когда я буду старым... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Люди, превосходство которых над собой я признаю... \_\_\_\_\_

. Мои опасения не раз заставляли меня... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Когда меня нет, мои друзья... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Из-за болезни...\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Моим самым живым детским воспоминанием является... \_\_\_

. Мне очень не нравится, когда женщины (мужчины)... \_\_\_\_\_\_

. Моя половая жизнь...\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Когда я был ребенком, моя семья... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Люди, которые работают со мной... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Я люблю свою мать, но... \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Самое худшее, что мне случилось совершить это... \_\_\_\_\_

Шкала Цунга.

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и обведите соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в последнее время. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных и не правильных ответов нет.

А-никогда или изредка

В-иногда

G-часто

D-почти всегда или постоянно

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Вопросы | А | В | С | D |
| 1. Я чувствую подавленность. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Утром я чувствую себя лучше всего. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. У меня- бывают периоды, плача или близости к слезам | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. У меня плохой ночной сон. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Аппетит у меня хуже обычного. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Мне приятно смотреть на привлекательных женщин, разговаривать, сними находиться рядом. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Я замечаю, что теряю вес. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Меня беспокоят запоры. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9.Сердце бьется быстрее, чем обычно. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Я устаю без всяких причин. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Я мыслю так же ясно, как всегда. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Мне легко делать то, что я умею. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13.Чувствую - беспокойство и не могу усидеть на месте. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. У меня есть надежда на будущее. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Я более раздражителен, чем обычно. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Мне легко принимать решения. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Я чувствую, что полезен и необходим. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Я живу достаточно полной жизнью. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Я чувствую, что другим людям станет лучше, если я умру. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Меня до сих пор радует, что радовало всегда. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Вегетативный опросник.

Инструкция: Рядом с каждым утверждением находится квадрат «ДА» [] для ответа. Прочтите каждое утверждение. Если оно верно по отношению к Вам, зачеркните квадрат []. Если неверно - оставьте квадрат не зачёркнутым.

|  |  |
| --- | --- |
| Бывает ли у Вас |  |
| 1. Повышенная потливость, повышенная влажность кистей рук или стоп? | ДА[] |
| 2. Приливы внезапного жара? | ДА[] |
| 3. Ощущения покраснения лица и шеи? | ДА[] |
| 4. Онемения в руках и ногах? | ДА[] |
| 5. Ощущения покалывания в руках и ногах? | ДА[] |
| 6. Ощущения «ползания мурашек» по спине? | ДА[] |
| Бывает ли у Вас в условиях комфортной температуры воздуха (в теплое время года или в теплом помещении): |  |
| 7. Ощущение зябкости? | ДА[] |
| 8. Озноб, сопровождающийся мышечной дрожью? | ДА[] |
| Легко ли ВЫ переносите: |  |
| 9. Холод? | ДА[] |
| 10. Жару, душные помещения? | ДА[] |
| Какие температурные условия ВЫ предпочитаете: |  |
| 11. Холод? | ДА[] |
| 12. Жару? | ДА[] |
| Когда Вы болеете острыми простудными заболеваниями (ОРЗ. гриппом), как высоко обычно поднимается температура: |  |
| 13. Не выше 37,0 - 37,5 градусов? | ДА[] |
| 14. До 38 градусов и выше? | ДА[] |
| Отмечаете ли Вы: |  |
| 15. Повышенную жажду (более 1 литра жидкости в день )? | ДА[] |
| 16. Пониженную жажду (менее 0,5 литра жидкости в день )? | ДА[] |
| Считаете ли Вы, что Ваш аппетит: |  |
| 17. Повышен? | ДА[] |
| 18. Снижен? | ДА[] |
| Бывает ли у Вас: |  |
| 19. Сердцебиение в покое? | ДА[] |
| 20. Чувство сдавливания в области сердца? | ДА[] |
| 21. Боли (сжимающие, ноющие, колющие) в области сердца? | ДА[] |
| 22. Ощущение замирания или остановки сердца? | ДА[] |
| 23. Перебои сердца? | ДА[] |
| 24. Чувство стеснения в области сердца? | ДА[] |
| 25. Головокружение? | ДА[] |
| 26. Ощущение одышки с затруднением выдоха? | ДА[] |
| 27. Приступы удушья? | ДА[] |
| Беспокоит ли Вас нарушения пищеварения: |  |
| 28. Тошнота? | ДА[] |
| 29. «схватывающие» боли в верхней части живота? | ДА[] |
| 30. Запоры? | ДА[] |
| 31. Понос? | ДА[] |
| 32. Вздутие живота? | ДА[] |
| 33. Ощущение неудобства в животе, схватывающие боли в средней или нижней части живота? | ДА[] |
| Бывает ли нарушение мочеиспускания: |  |
| 34. Учащенное мочеиспускание, моча очень светлой окраски? | ДА[] |
| 35. Неудержимые позывы на мочеиспускание, моча очень темная? | ДА[] |
| Беспокоит ли ВАС нарушение сна: |  |
| 36. Бессонница? | ДА[] |
| 37. Позднее засыпание или раннее пробуждение? | ДА[] |
| 38. Повышенная сонливость? | ДА[] |
| 39. Сон короткий, беспокойный? | ДА[] |
| 40. Много сновидений? | ДА[] |
| 41. Сон глубокий, продолжительный? | ДА[] |
| 42. Замедленный переход к активному бодрствованию по утрам? | ДА[] |
| Ваша физическая работоспособность в последнее время: |  |
| 43. Повышена? | ДА[] |
| 44. Снижена? | ДА[] |
| Ваша умственная работоспособность в последнее время: |  |
| 45. Внимание хорошее? | ДА[] |
| 46. Быстрая отвлекаемость? | ДА[] |
| 47. Рассеянность? | ДА[] |
| 48. Способность к сосредоточению хорошая? | ДА[] |
| 49. Неспособность сосредоточиться? | ДА[] |
| 50. Работоспособность выше до обеда? | ДА[] |
| 51. Работоспособность выше вечером? | ДА[] |
| 52. Одинаковая в течении дня, но в замедленном темпе? | ДА[] |
| Ваш характер: |  |
| 53. Увлекающийся, темпераментный? | ДА[] |
| 54. Невозмутимый, относительно холодный, апатичный? | ДА[] |
| 55.С жаром к работе? | ДА[] |
| 56. Добросовестность в рамках умеренности? | ДА[] |
| 57. Вспыльчивость, чрезмерная чувствительность, легкая обидчивость? | ДА[] |
| 58. Тревожность, чрезмерная обеспокоенность своим здоровьем? | ДА[] |