Дата поступления рукописи в редакцию: 02.04.2026 г.
Дата принятия рукописи в печать: 14.05.2026 г.
DOI: 10.24412/2224-9133-2026-4-353-357

ИСКАНДАРОВ Роберт Рафаилевич,
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник ФКУ
«Научно-исследовательский институт
Федеральной службы исполнения наказаний»,
e-mail: dr.iskandarov@inbox.ru

ДИЛЕММА НОРМАТИВНОСТИ ЗА РЕШЕТКОЙ: ГДЕ ГРАНИЦА МЕЖДУ РЕАКЦИЕЙ НА СРЕДУ И РАССТРОЙСТВОМ?

Аннотация. *В статье рассматривается фундаментальная проблема дифференциальной диагностики психических расстройств в условиях пенитенциарных учреждений. Лишение свободы представляет собой экстремальный стрессор, формирующий особый средовой контекст, в котором симптоматика, квалифицируемая в обычных условиях как патологическая, может выступать адаптивной реакцией на ненормативные условия существования. Автором анализируются концептуальные основания разграничения депрессивных состояний, связанных с ситуацией пожизненного заключения, и большой депрессии; параноидного бреда и «тюремной бдительности» как выученной стратегии выживания. Предлагается методологический подход, учитывающий средовой контекст и позволяющий избежать как гипердиагностики, так и игнорирования истинной психопатологии. Обосновывается необходимость пересмотра традиционных диагностических критериев применительно к условиям изоляции.*

Ключевые слова: *пенитенциарная психиатрия, дифференциальная диагностика, расстройства адаптации, тюремная среда, депрессия, параноидное расстройство, нормативность, экспертиза.*

ISKANDAROV Robert Rafailevich,
Candidate of Medical Sciences, Senior Researcher,
Federal State Institution «Research Institute
of the Federal Penitentiary Service»

THE DILEMMA OF NORMATIVITY BEHIND BARS: WHERE IS THE BOUNDARY BETWEEN REACTION TO THE ENVIRONMENT AND FRUSTRATION?

Annotation. *The article discusses the fundamental problem of differential diagnosis of mental disorders in penitentiary institutions. Deprivation of liberty is an extreme stressor that forms a special environmental context in which symptoms, classified under normal conditions as pathological, can act as an adaptive response to abnormal living conditions. The author analyzes the conceptual basis for distinguishing between depressive states associated with a situation of life imprisonment and major depression; paranoid delusions and «prison vigilance» as a learned survival strategy. A methodological approach is proposed that takes into account the environmental context and avoids both overdiagnosis and ignoring true psychopathology. The necessity of revising traditional diagnostic criteria in relation to isolation conditions is substantiated.*

Key words: *penitentiary psychiatry, differential diagnosis, adjustment disorders, prison environment, depression, paranoid disorder, normality, expertise*.

Введение: диагностическая ловушка закрытого пространства. Психиатр, входящий в зону режимного учреждения, сталкивается с эпистемологическим вызовом, не имеющим аналогов в амбулаторной или стационарной практике общего профиля. Здесь привычные диагностические категории, выверенные в условиях относительной социальной стабильности, начинают демонстрировать свою условность, а симптом, рассматриваемый за пределами тюремных стен как безусловный признак болезни, обретает черты нормативной реакции на ненормативные

обстоятельства. Вопрос о том, где пролегает граница между страданием, порожденным самой ситуацией лишения свободы, и страданием как проявлением эндогенного процесса, становится не просто теоретическим упражнением, но насущной клинической задачей, от решения которой зависят судьбы людей и юридические последствия.

Особую остроту этой дилемме придает тот факт, что, по данным многолетних наблюдений, лица, содержащиеся в следственных изоляторах и исправительных учреждениях, демонстрируют значительно более высокие показатели распространенности психических расстройств по сравнению с населением в целом. Однако, как справедливо отмечают зарубежные исследователи, сама процедура скрининга в условиях тюрьмы осложняется множеством факторов, включая высокую текучесть контингента, состояние интоксикации на момент поступления, а также наличие коморбидной патологии [6]. Более того, среда заключения способна не только обострять уже существующие нарушения, но и порождать симптомокомплексы, имитирующие серьезные психические заболевания. Феномен «тюремного психоза» (prison psychosis), описанный в литературе как острое реактивное состояние, непосредственно индуцированное опытом или ожиданием заключения, служит яркой иллюстрацией того, как экстремальный стрессор способен продуцировать картину, трудноотличимую от эндогенной психотической декомпенсации [3].

Таким образом, перед пенитенциарным психиатром стоит задача не только клинической, но и герменевтической: необходимо интерпретировать симптом в контексте, где само понятие нормы оказывается размытым, а критерии, разработанные для диагностических рубрик международной классификации болезней (МКБ), требуют существенной адаптации.

Депрессия как утрата и депрессия как болезнь: проблема контекстуальной валидности. Клиническая картина депрессивных состояний у лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, демонстрирует значительный полиморфизм, однако наиболее сложным для дифференциации остается разграничение между большой депрессией (F32) и реакцией на тяжелый стресс с расстройством адаптации (F43), протекающей по депрессивному или тревожно-депрессивному типу. В исследовании, проведенном на базе психиатрического отделения медико-санитарной части ФСИН России, показано, что частота расстройств адаптации в условиях следственного изолятора составляет 18% от общего числа выявленных психических нарушений, причем в клинической картине преобладает тревожно-депрессивная симптоматика с превалированием тревоги, которая может вуалировать депрессию и существенно затруднять ее диагностику [2].

Авторы указывают на характерную для данной категории пациентов алекситимичность жалоб, что требует от клинициста особой диагностической настороженности. Однако сама по себе констатация тревожно-депрессивного синдрома еще не решает вопроса о его природе. Фундаментальное различие между ситуационной реакцией и эндогенным аффективным расстройством лежит в плоскости качественных характеристик переживаний, а не только их интенсивности.

В случае нормативной реакции на пожизненное заключение уместно говорить о «синдроме тюремной дезадаптации», который, как отмечал Д.А. Малкин (2007), включает в себя сложный комплекс переживаний: депрессию, чувство безнадежности, тоску по дому и близким с выраженным чувством вины перед ними, неверие в собственные силы, пассивность, апатию, снижение жизненного тонуса, нарушения сна и утрату интересов [7]. Важно подчеркнуть, что эти феномены, будучи глубоко мучительными для индивида, сохраняют психологическую понятность, связь с актуальной ситуацией и, что принципиально значимо, редуцируются при изменении внешних обстоятельств или по мере формирования адаптивных механизмов.

Напротив, большая депрессия в пенитенциарных условиях проявляет себя симптомами, выходящими за пределы ситуационной логики. Витальный компонент тоски, суточные ритмы колебаний настроения с классическим ухудшением в утренние часы, идеи самообвинения, не связанные непосредственно с фактом совершенного преступления или разрывом социальных связей, а также выраженная психомоторная заторможенность или ажитация служат маркерами, указывающими на эндогенную природу страдания. Клинически значимым представляется наблюдение, что у пациентов с истинным депрессивным расстройством в отличие от лиц с расстройствами адаптации аффективные нарушения сочетаются с более широким спектром вегетативных и соматоформных проявлений, а продолжительность стационарного лечения при расстройствах адаптации составляет в среднем два месяца, что косвенно свидетельствует о глубине патологического процесса [2].

Сложность дифференциальной диагностики усугубляется тем, что в ряде случаев ситуационная реакция, достигая определенной степени интенсивности и продолжительности, может трансформироваться в развернутое аффективное расстройство, запуская патологические

механизмы, которые обретают относительную автономию от вызвавшего их стрессора. Это особенно характерно для лиц с отягощенной наследственностью или преморбидной аффективной неустойчивостью. В таких случаях проведение четкой границы между адаптационным и болезненным состоянием становится возможным лишь в динамике, при длительном наблюдении и оценке эффективности терапевтических вмешательств.

Паранойя или бдительность: феноменология подозрительности в условиях изоляции. Не менее сложной, а возможно, и более драматичной является дилемма разграничения параноидного расстройства (F22.0) или бредовых вариантов шизофрении (F20.0) с феноменами так называемой «тюремной бдительности» – состояния постоянного, гипертрофированного ожидания угрозы, сформированного как адаптивная стратегия выживания в криминальной среде.

Тюремная субкультура, иерархические отношения между осужденными, постоянный риск физического насилия, необходимость отстаивать свой статус – все эти факторы формируют у содержащегося в учреждении лица особую систему восприятия, в которой подозрительность и гипербдительность перестают быть признаками психического расстройства, превращаясь в необходимый инструмент самосохранения. Как отмечается в современных зарубежных руководствах, высокий уровень тревоги и параноидной настороженности может быть адекватным ответом на реальные угрозы, существующие в тюремной среде, что существенно затрудняет применение стандартных диагностических критериев [5].

Феноменологически «тюремная бдительность» проявляется в постоянном сканировании окружающего пространства, настороженном отношении к соседям по камере и персоналу, тенденции интерпретировать нейтральные стимулы как потенциально угрожающие. Однако при всей внешней схожести с параноидной симптоматикой эта модель поведения сохраняет ряд принципиально важных черт. Прежде всего, она остается контекстуально обусловленной: подозрительность ослабевает в безопасных зонах, при взаимодействии с проверенными лицами или в ситуациях, где иерархическая позиция индивида достаточно высока, чтобы минимизировать риски.

Более того, в отличие от бредообразования, где центральное место занимают систематизированные идеи преследования, часто носящие вычурный или метафизический характер, «тюремная бдительность» оперирует конкретными, ситуационно обоснованными опасениями. Пациент с параноидным расстройством убежден в существовании заговора, в котором участвуют не только сокамерники, но и администрация, спецслужбы, инопланетные силы или абстрактные организации. Его опасения не поддаются коррекции даже тогда, когда ситуация объективно меняется, и сохраняются вне зависимости от реального уровня угрозы [4].

Особую диагностическую проблему представляют случаи, когда бредовая симптоматика формируется на почве реального конфликта, то есть, когда в основе параноидного бреда лежит ситуация, объективно содержащая угрозу. В таких ситуациях единственным надежным критерием становится качество бредовых построений: их нелепость, несоответствие культурному контексту, склонность к генерализации и распространению на все более широкий круг лиц и явлений. Как показывает практика, у лиц с истинным бредообразованием нередко формируются так называемые «идеи особого значения», когда случайные события, реплики окружающих или новостные сообщения начинают интерпретироваться как имеющие прямое отношение к пациенту и его ситуации.

В контексте судебно-психиатрической экспертизы указанные различия приобретают ключевое значение. Заключение о вменяемости или невменяемости, о способности отбывать наказание и нуждаемости в принудительном лечении базируется именно на ответе на вопрос о том, является ли выявляемая симптоматика проявлением психического расстройства или же представляет собой вариант адаптивного поведения в экстремальных условиях существования. Как отмечается в методических рекомендациях, оценка психического состояния в период экспертизы требует особой тщательности и учета всех факторов, включая длительность пребывания в учреждении, этап адаптации и характер взаимодействия с другими лицами (заключительная часть акта судебно-психиатрической экспертизы) [1].

Методологические подходы к дифференциации: в поисках объективных критериев. Разрешение дилеммы нормативности требует выработки методологического аппарата, учитывающего специфику пенитенциарной среды и позволяющего минимизировать риск диагностических ошибок. Анализ доступных исследований позволяет выделить несколько ключевых направлений, в которых может быть найдено решение этой проблемы.

Первым и наиболее значимым представляется учет фактора времени. Динамическое наблюдение за состоянием пациента в течение периода, достаточного для начальной адаптации к условиям изоляции, позволяет оценить, является ли выявляемая симптоматика транзиторной

реакцией на стресс или же она приобретает устойчивый, прогредиентный характер. Исследования показывают, что у значительной части лиц, поступающих в учреждения, выраженность психопатологической симптоматики снижается в течение первых недель содержания, и лишь у небольшого процента наблюдается ее нарастание [8]. При этом важно учитывать, что однократный скрининг при поступлении может давать искаженные результаты из-за остроты переживаний, состояния интоксикации или преднамеренной диссимуляции.

Вторым важным направлением является анализ преморбидных особенностей личности. Лица с хроническими расстройствами адаптации, как правило, демонстрируют в анамнезе признаки эмоционально-волевой неустойчивости, склонность к дезадаптивным формам реагирования на стресс, злоупотребление психоактивными веществами. В исследовании Кураповой и Петровой (2021) показано, что факторами, ассоциированными с риском развития расстройства адаптации, являются ранний взрослый возраст, сопутствующее злоупотребление психоактивными веществами, а также наличие агрессивных и аутоагрессивных тенденций [2]. Эти данные позволяют выделить группу риска и осуществлять более тщательный мониторинг состояния таких лиц с момента поступления.

Третьим направлением выступает анализ структуры и динамики симптоматики в ответ на терапевтические вмешательства. Реакции на стресс и расстройства адаптации, как правило, демонстрируют более быстрый и полный регресс симптомов на фоне адекватной психофармакотерапии и психологической поддержки, чем эндогенные аффективные и бредовые расстройства. Однако и здесь необходим дифференцированный подход: в ряде случаев тяжелые расстройства адаптации требуют длительного стационарного лечения, и их редукция происходит медленнее, чем можно было бы ожидать [2].

Четвертым, и, возможно, наиболее сложным направлением является учет социокультурального и средового контекста. Как справедливо отмечают В.Я. Семке и А.В. Диденко (2009), диагностика расстройств личности в пенитенциарной среде требует учета средового контекста и социокультуральной компетентности самих диагностов [3]. Традиционные диагностические критерии, разработанные для условий психиатрического стационара или амбулаторной практики, могут оказаться неприменимыми или требующими существенной адаптации при использовании в закрытых учреждениях. Симптом, расцениваемый в обычных условиях как патологический, в контексте тюремной субкультуры может оказаться нормативной стратегией выживания.

В этой связи особую значимость приобретает феноменологический подход, ориентированный не на формальное соответствие симптомов диагностическим рубрикам, а на понимание внутренней логики переживаний пациента, их связи с актуальной ситуацией и историей развития личности. Такой подход требует от психиатра не только клинического опыта, но и глубокого понимания социальной психологии изоляции, криминальной субкультуры и специфики адаптационных процессов в условиях принудительного содержания.

Заключение: между этикой и эпистемологией. Дилемма нормативности за решеткой не сводится к сугубо клинической проблеме, но затрагивает фундаментальные вопросы философии психиатрии, прав человека и этики медицинской практики в закрытых учреждениях. Гипердиагностика, при которой адаптивные реакции квалифицируются как психические расстройства, ведет к необоснованной стигматизации, применению принудительных мер медицинского характера и неоправданному ограничению прав лиц, чье состояние по сути является нормативной реакцией на экстремальные условия существования. Гиподиагностика же, напротив, оставляет без необходимой помощи тех, кто действительно страдает тяжелыми психическими заболеваниями, подвергая их риску усугубления состояния, самоповреждающего поведения и суицида.

Как показывают данные эпидемиологических исследований, расстройства адаптации составляют значительный удельный вес в структуре психических нарушений, развивающихся в пенитенциарных учреждениях, и отличаются значительной тяжестью, ассоциированной с риском самоповреждающего поведения. Игнорирование этого факта, равно как и некритическое приравнивание любой дезадаптации к психическому расстройству, одинаково опасны.

Выход из этой диагностической ловушки лежит не в отказе от категориального подхода, но в его творческом применении, учитывающем уникальность пенитенциарного контекста. Требуется разработка специальных диагностических алгоритмов, адаптированных к условиям изоляции, и внедрение методов динамического наблюдения, позволяющих отличить преходящую реакцию на стресс от устойчивой психопатологии. Не менее значимым представляется повышение квалификации пенитенциарных психиатров в области феноменологической психопатологии и социальной психологии закрытых учреждений, что позволит им более точно интерпретировать наблюдаемые феномены в их контекстуальной обусловленности.

В конечном счете, решение дилеммы нормативности требует от специалиста не только

клинической компетентности, но и особой этической чуткости, способности удерживать напряжение между двумя крайностями: признанием за каждым человеком права на нормативную реакцию на ненормативные обстоятельства и необходимостью оказывать помощь тем, чье страдание перестало быть понятным и вышло за пределы ситуационной логики. Именно в этом пространстве между нормой и патологией, между средой и расстройством, между пониманием и интервенцией и располагается подлинное искусство пенитенциарной психиатрии.

Список литературы:

[1] Заключительная часть акта судебно-психиатрической экспертизы // Инструкция по производству судебно-психиатрической экспертизы: [утв. Минздравом России 12.10.2020]: текст с изм. и доп. от 21.09.2023. – URL: https://base.garant.ru/70563314/b22e312de8e99833fd98f6f7cc7d3e5e/ (дата обращения: 29.03.2026).

[2] Курапова Е. Ю., Петрова Н. Н. Расстройства адаптации в условиях пенитенциарной психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2022. – № 4. – С. 31–35.

[3] Семке В. Я., Диденко А. В. Специфика диагностики расстройств личности в условиях пенитенциарной среды // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 5(56). – С. 88–91. – EDN JULFCF.

[4] Стасюк Н. И. Психологические особенности адаптивности правонарушителей к условиям пенитенциарной системы / Н. И. Стасюк // Научные труды Республиканского института высшей школы. Исторические и психолого-педагогические науки: сб. науч. ст.: в 2 ч. / под ред. В. Ф. Беркова. – Минск: РИВШ, 2009. – Ч. 2. – Вып. 8 (13). – С. 275–281.

[5] Baksheev G. N., Ogloff J. R. P., Thomas S. D. M. Identification of mental illness in police cells: a comparison of police processes, the Brief Jail Mental Health Screen and the Jail Screening Assessment Tool // Psychology, Crime & Law. – 2012. – Vol. 18, no. 5. – P. 529–542. – DOI: 10.1080/1068316X.2010.510118.

[6] Chaabani S., Bataille M. Prison psychosis and dissociative disorders // Revue médicale de Liège. – 2002. – Vol. 57, no. 12. – P. 793–798.

[7] Malkin D. A. Factors of adaptation of imprisoned in Russia // European Psychiatry. – 2007. – Vol. 22, suppl. 1. – P. S117. – DOI: 10.1016/j.eurpsy.2007.01.1126.

[8] Taylor P. Improving mental state in early imprisonment // Criminal Behaviour and Mental Health. – 2010. – Vol. 20, no. 3. – P. 215–231. – DOI: 10.1002/cbm.774.

References:

[1] The final part of the act of forensic psychiatric examination//Instructions for the production of forensic psychiatric examination: [approved Ministry of Health of Russia 12.10.2020]: text with rev. and add. dated 21.09.2023. - URL: https://base.garant.ru/70563314/b22e312de8e99833fd98f6f7cc7d3e5e/ (date of reference: 29.03.2026).

[2] Kurapova E. Yu., Petrova N. N. Adaptation disorders in prison psychiatry//Social and clinical psychiatry. – 2022. – № 4. - S. 31-35.

[3] Semke V. Ya., Didenko A. V. Specifics of the diagnosis of personality disorders in the prison environment//Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology. – 2009. – № 5(56). - S. 88-91. – EDN JULFCF.

[4] Stasyuk N.I. Psychological features of the adaptability of offenders to the conditions of the penitentiary system/N.I. Stasyuk//Scientific works of the Republican Institute of Higher Education. Historical and psychological and pedagogical sciences: Sat. scientific. Art.: at 2 h ./Ed. V.F. Berkova. - Minsk: RIVSH, 2009. - PART 2. - Issue 8 (13). - S. 275-281.

[5] Baksheev G. N., Ogloff J. R. P., Thomas S. D. M. Identification of mental illness in police cells: a comparison of police processes, the Brief Jail Mental Health Screen and the Jail Screening Assessment Tool // Psychology, Crime & Law. – 2012. – Vol. 18, no. 5. – P. 529–542. – DOI: 10.1080/1068316X.2010.510118.

[6] Chaabani S., Bataille M. Prison psychosis and dissociative disorders // Revue médicale de Liège. – 2002. – Vol. 57, no. 12. – P. 793–798.

[7] Malkin D. A. Factors of adaptation of imprisoned in Russia // European Psychiatry. – 2007. – Vol. 22, suppl. 1. – P. S117. – DOI: 10.1016/j.eurpsy.2007.01.1126.

[8] Taylor P. Improving mental state in early imprisonment // Criminal Behaviour and Mental Health. – 2010. – Vol. 20, no. 3. – P. 215–231. – DOI: 10.1002/cbm.774.