

ПСИХИАТРИЯ

ВЗАИМОСВЯЗЬ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ И СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Л.Е. Базарбаева

г. Алматы

По мнению ряда ученых, шизофрения – это хроническое заболевание, характеризующееся утратой единства психических функций с разной выраженностью продуктивных (позитивных) и негативных расстройств, с формальной сохранностью интеллектуальных функций. Шизофрения является одним из распространенных психических расстройств [1]. Установление диагноза шизофрении в условиях судебно-психиатрической экспертизы, как показано в многочисленных исследованиях сотрудников ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, является сложным и крайне ответственным [2-4]. Современное определение механизма совершения деликта во многом определяет вынесение экспертного заключения, это позволяет решать социальный прогноз, адаптацию больных, опосредованно влияет на возможность совершения общественно-опасных действий (далее ООД).

Материалы и методы: объектом исследования явились 510 больных шизофренией, прошедших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу (ССПЭ) в г. Алматы в период 1998-2007 гг.

Методы исследования: в работе использованы клиничко-эпидемиологический и социометрический методы.

Результаты и обсуждение: Все 510 больных шизофренией были распределены на две группы. С однократными ООД было 340 больных (66,7%) и с повторными ООД - 170 больных (33,3%). Лица, совершившие ООД, прошедшие ССПЭ и признанные лицами, страдающими шизофренией, по типам течения заболевания были распределены следующим образом: непрерывно-текущая шизофрения составляла 47,1% (240 человек). Причём, большая часть их (40,5%) была представлена параноидной формой, и в меньшем числе - простой формой - 1,8% (6 человек) и кататонической формой – 2,4% (12 человек). Приступообразно-прогредиентная шизофрения (шубообразная) была у 202 лиц, что составляло 39,6%. Этот вариант течения был представлен параноидным (прогредиентным) типом течения по бредовому варианту у 58 человек (11,4%) и галлюцинаторному – у 81 человека (15,9%), ремиссии - у 38 больных (7,5%). В меньшем числе больные почти поровну были признаны страдающими шизоаффективной шизофренией (депрессивно-бредовым, депрессивно-кататоническим приступом) - 38 человек (7,4%) и вялотекущей шизофренией - 30 человек (5,9%). Эти данные отражены в следующей таблице 1.

Таблица 1

*Распределение больных шизофренией, совершивших общественно-опасные действия,
по основным диагностическим классификациям*

Формы течения шизофрении	МКБ-10 (код)	Количество		Доверительный интервал среднего
		Абсолютное число	%	
I Непрерывнотекущая шизофрения:	I Шизофрения, непрерывное течение F20.0	240	47,1	±4,3
а) злокачественная: - кататоническая	а) кататоническая F20.2	12	2,4	
- галлюцинаторно-бредовый вариант (юношеская параноидная шизофрения)	- недифференцированная шизофрения F20.3 с преобладанием параноидных расстройств	15	2,9	
- простая шизофрения	- простая шизофрения F20.6	6	1,8	
б) параноидная шизофрения:	б) параноидная шизофрения F20.0	207	40,5	
- бредовый вариант	- F20.0	145	28,4	
- галлюцинаторный вариант	- F20.0	62	12,2	

Формы течения шизофрении	МКБ-10 (код)	Количество		Доверительный интервал среднего
		Абсолютное число	%	
II Приступообразно-прогредиентная шизофрения (шубообразная)	II Шизофрения эпизодическая с нарастающим дефектом F20.1	202	39,6	±4,2
а) Злокачественная	Кататоническая F20.21	25	4,9	
- параноидная	а) параноидная шизофрения F20.02	177	39,6	
- бредовый вариант	-	58	11,4	
- галлюцинаторный вариант	-	81	15,9	
- ремиссия	-	38	7,5	
III Шизоаффективная шизофрения	III Шизоаффективное расстройство F25	38	7,5	±2,3
- депрессивно-бредовый (депрессивно-кататонический)	-	38	7,5	
IV Особые формы	IV Шизотипическое расстройство F21	30	5,9	±2,0
Вялотекущая шизофрения				

Для оценки степени общественной опасности подэкспертных лиц необходима оценка факторов социального неблагополучия, предшествующего ООД в различные социально-экономические периоды. Основные факторы социального неблагополучия отражены в таблице 2.

Согласно данным таблицы 2, по факторам социального неблагополучия на первом месте среди всех факторов стояло тяжелое материальное положение - 29,2% (среди всех подэкспертных). Так,

например, в периодах исследования этот фактор располагался по-разному. В первом периоде он составлял 6,8% (±4,3) против 4,5% (±1,7). Во втором периоде происходит его возрастание до 45,5% (±9,2) против 45,4% (±13,2); в третьем – возрастание составляет почти в 7 раз в первой группе сравнения и в 13 раз - во второй группе сравнения - 46,3% (±10,0) против 59,2% (±13,8). На втором месте из факторов социального неблагополучия по удельному весу среди всех подэкспертных стоит

Таблица 2

Сравнение групп кратности общественно-опасных действий больных шизофренией по факторам социального неблагополучия, предшествующего ООД, в периодах исследования

I период исследования (1998 - 2001 годы)							
Факторы социального неблагополучия, предшествующего ООД	Абсолютное число (n=199)	С однократными ООД (n=133)			С повторными ООД (n=66)		
		Абсолютное число	%	Доверительный интервал	Абсолютное число	%	Доверительный интервал
Отсутствовало	23	20	15	±6,1	3	4,5	±1,7<12,7
Тяжелое материальное положение	12	9	6,8	±4,3	3	4,5	±1,7<12,7
Неблагоприятные жилищные условия	47	29	21,8	±7,0	18	27,3	±10,7
Вынужденная смена жительства	53	39	29,3	±7,7	14	21,2	±9,9
Конфликтные отношения на работе	6	3	2,3	±1,2<6,6	3	4,5	±1,7<12,7
Конфликтные отношения в семье	22	16	12	±5,5	6	9,1	±6,9
Антисоциальное окружение	36	17	12,8	±5,7	19	28,8	±10,9
Не установлено	-	-	-	-	-	-	-
Итого (P<0,05)	199 (100)	133	94,4	±94,4<100	66	100	±92<100

2 период исследования (2002 - 2004 годы)							
Факторы социального неблагополучия, предшествующего ООД	Абсолютное число (n=167)	С однократными ООД (n=112)			С повторными ООД (n=55)		
		Абсолютное число	%	Доверительный интервал	Абсолютное число	%	Доверительный интервал
Отсутствовало	21	21	18,8	$\pm 7,2$	-	-	-
Тяжелое материальное положение	76	51	45,5	$\pm 9,2$	25	45,4	$\pm 13,2$
Неблагоприятные жилищные условия	32	16	14,3	$\pm 6,5$	16	29,1	$\pm 12,0$
Вынужденная смена жительства	6	5	4,5	$\pm 2,3 < > 10$	1	1,8	$\pm 0,6 < > 9,4$
Конфликтные отношения на работе	3	2	1,8	$\pm 0,9 < > 6,3$	1	1,8	$\pm 0,6 < > 9,4$
Конфликтные отношения в семье	9	4	3,6	$\pm 1,8 < > 8,8$	5	9,1	$\pm 2,9 < > 20,2$
Антисоциальное окружение	16	12	10,7	$\pm 5,7$	4	7,3	$\pm 2,3 < > 17,5$
Не установлено	4	1	0,9	$\pm 0,5 < > 5,1$	3	5,5	$\pm 1,7 < > 14,8$
Итого (P<0,05)	167(100)	112	100	$\pm 94,2 < > 100$	55	100	$\pm 91,3 < > 100$
3 период исследования (2005 - 2007 годы)							
Факторы социального неблагополучия, предшествующего ООД	Абсолютное число (n=144)	С однократными ООД (n=112)			С повторными ООД (n=55)		
		Абсолютное число	%	Доверительный интервал	Абсолютное число	%	Доверительный интервал
Отсутствовало	21	17	17,9	$\pm 7,7$	4	8,2	$\pm 2,4 < > 19,4$
Тяжелое материальное положение	73	44	46,3	$\pm 10,0$	29	59,2	$\pm 13,8$
Неблагоприятные жилищные условия	28	18	18,9	$\pm 7,9$	10	20,4	$\pm 11,3$
Вынужденная смена жительства	5	4	4,2	$\pm 2 < > 10,2$	1	2	$\pm 0,6 < > 10,3$
Конфликтные отношения на работе	1	1	1,1	$\pm 2 < > 10,2$	-	-	-
Конфликтные отношения в семье	5	3	3,2	$\pm 1,5 < > 8,8$	2	4,1	$\pm 1,2 < > 13,3$
Антисоциальное окружение	11	8	8,4	$\pm 5,6$	3	-	$\pm 1,8 < > 16,4$
Не установлено	-	-	-	-	-	6,1	-
Итого (P<0,01)	144 (100)	95	100	$\pm 93,7 < > 100$	49	100	$\pm 90,8 < > 100$

фактор «неблагоприятные жилищные условия» - 21%. В первом периоде исследования он составлял в первой группе кратности ООД 21,8% ($\pm 7,0$) против 27,3% ($\pm 10,7$). Во втором периоде - 14,3% ($\pm 6,5$) против 29,1% ($\pm 12,0$); в третьем - 18,9% ($\pm 7,9$) против 20,4% ($\pm 11,3$). Из этих данных установлено, что во второй группе сравнения с повторными ООД подэкспертные имели в 2 раза хуже «неблагоприятные жилищные условия» во втором периоде исследования. На третьем месте стоят факторы «вынужденная смена жительства и антисоциальное окружение» - по 12,5% среди всего числа подэкспертных. По периодам исследования фактор «вынужденная смена жительства» был расположен следующим образом: самый большой удельный вес этого показателя отмечался в первом периоде ис-

следования и он составлял в первой группе кратности ООД 29,3% ($\pm 7,7$) против 21,2% ($\pm 9,9$); а затем происходило снижение удельного веса этого показателя в остальных периодах: во втором периоде - 4,5% ($\pm 2,3$) против 1,8% ($\pm 0,6$); в третьем - 4,2% (± 2) против 2% ($\pm 0,6$). Данные фактора «антисоциальное окружение» имели те же закономерности, что и предыдущий фактор: в первом периоде исследования он составлял в первой группе кратности ООД 12,8% ($\pm 5,7$) против 28,8% ($\pm 10,9$); во втором периоде - 12% ($\pm 10,7$) против 7,3% ($\pm 2,3$); в третьем - 8,4% ($\pm 5,6$) против 6,1 ($\pm 1,8$).

При анализе характера ООД, совершенных больными шизофренией, обращает внимание то, что на первом месте по удельному весу среди всех правонарушений занимают агрессивные правона-

рушения против личности (42,4%), которые значительно преобладали над остальными. Второе место (31,4%) по удельному весу из показателей по совершенному правонарушению, занимают имущественные правонарушения. Третье место (9,8%) занимают больные, совершившие хулиганство. В несколько меньшем числе были правонарушения с сексуальными расстройствами – 8,0%. Лица, привлеченные за употребление наркотических средств, составили 5,5%, и самую меньшую из всех остальных составляют лица, привлеченные за прочие правонарушения (мошенничество, похищение людей и попытка покушения на их жизнь) – 2,9%.

Анализ характера совершенного ООД выявил значительные различия в соотношении удельного веса различных ООД в группах больных с однократными и повторными ООД. В I группе больных отмечался большой процент удельного веса агрессивных деяний, чем в группе больных с повторными ООД (52% против 23,0% в группе сравнения), а также незначительное преобладание во второй группе сравнения имущественных правонарушений (40,0% против 27,1% в группе больных с однократными ООД). Это объясняется тем, что если меньше в клинической картине основного синдрома продуктивной психопатологической симптоматики, тем большую роль в опасном поведении играет личность, особенно ситуация. Такие ООД во второй группе исследования выявляют сходство с опасным поведением психически здоровых преступников. Во второй группе исследования чаще преобладали социальные проблемы – финансовые трудности, безработица, отсутствие жилья, недостаточность медицинских мероприятий. Это в свою очередь вызвало рост имущественных правонарушений.

Большинство из совершенных тяжких ООД были совершены больными с однократными ООД (52,0%). Это можно объяснить сочетанием у них шизофренического процесса с одним или несколькими неблагоприятными дополнительными условиями. К неблагоприятным условиям относятся: антисоциальные преморбидные личностные установки, молодой возраст до 35 лет, наличие в клинической картине выраженных галлюцинаторных и бредовых переживаний, направленных на ближайшее окружение, отсутствие психиатрического наблюдения, злоупотребление алкоголем и наркотиками.

Для остальных 39 подэкспертных (23,0%) с аналогичными деяниями, вошедших в группу больных с повторными ООД, характерными оказались: возраст старше 40 лет, преобладание у 30 больных в картине психопатоподобных расстройств, у всех наличие стойкой алкоголизации, повторный характер ООД.

На нашем материале установлено, что самое значительное число тяжких правонарушений, направленных против личности, было совершено больными с непрерывно-текущей формой шизоф-

рении в 27,1% случаях. В рамках приступообразно - прогрессивной шизофрении в 14,9% случаях. При шизоаффективном и вялотекущем вариантах число тяжких правонарушений было в одинаковых количествах – 0,2%. При сравнении больных с однократными и повторными ООД установлено, что все насильственные правонарушения происходили в психотическом состоянии. В группе больных с первичными правонарушениями около 85 подэкспертных лиц (25%) совершали правонарушения в течение первых трех лет болезни, и у них чаще преобладал параноидный синдром. Имущественные правонарушения со значительным перевесом были совершены больными с приступообразно-прогрессивным вариантом шизофрении в 14,7% случаях. Данный вид правонарушения отмечался в 11,6% при непрерывно-текущей шизофрении. В тоже время 4,1% отмечался при шизоаффективной, 1,0% - при вялотекущей шизофрении. Удельный вес хулиганских действий в большем числе отмечался при непрерывно-текущей шизофрении (3,5%) и при шизоаффективной шизофрении (2,6%). Сексуальные правонарушения в большем числе были совершены больными с приступообразно-прогрессивным типом шизофрении (5,3%) и при непрерывно-текущей (2,0%), а при шизоаффективной и вялотекущей шизофрении в незначительных количествах (0,6% - 0,2%). Деликты, связанные с употреблением наркотических средств, в большем числе их удельный вес преобладал у лиц с вялотекущей шизофренией 2,6%, что значительно выше, чем при других формах шизофрении. Лишь только при непрерывно-текущей и приступообразно-прогрессивной шизофрении встречались редкие правонарушения, такие как похищение людей, хранение оружия, мошенничество – 2,9%.

Выводы: изучение клинического течения шизофрении у больных, совершивших противоправные действия, указывают на прямую взаимосвязь их с внеклиническими социальными факторами. К ним относятся многие факторы. В группе больных с первичными правонарушениями около 85 подэкспертных (25%) совершали правонарушения в течение первых трех лет болезни, и у них чаще преобладал параноидный синдром. Самое значительное число тяжких правонарушений, направленных против личности, было совершено больными с непрерывно-текущей формой шизофрении. В исследовании в первой группе больных, если меньше в клинической картине основного синдрома продуктивной психопатологической симптоматики, тем большую роль в опасном поведении играет личность, особенно ситуация. Во второй группе исследования больше преобладали социальные проблемы – финансовые трудности, безработица, отсутствие жилья, недостаточность медицинских мероприятий. Это в свою очередь вызвало рост имущественных правонарушений. Большинство из

совершенных тяжких ООД было совершено больными с однократными ООД (52,0%), которое объясняется сочетанием шизофренического процесса с одним или несколькими неблагоприятными дополнительными условиями. К этим условиям относятся: антисоциальные преморбидные личностные установки, молодой возраст до 35 лет, наличие в клинической картине выраженных галлюцинатор-

ных и бредовых переживаний, направленных на ближайшее окружение, отсутствие психиатрического наблюдения, злоупотребление алкоголем и наркотиками. Социальное неблагополучие, отсутствие стабильного материального положения, отсутствие жилья, искаженные формы воспитания в родительской семье или конфликтные внутрисемейные отношения.

Литература:

1. Шмаонова Л.М. Возможности эпидемиологического метода и некоторые результаты популяционного исследования шизофрении // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. - 1983. - № 5. - С. 707-711.
2. Кондратьев Ф.В. Новые аспекты дифференциального диагноза, связанные с патоморфозом шизофрении // V Советско-финляндский симпозиум по психиатрии. - М., 1985. - С. 132-141.
3. Кондратьев Ф.В. Судебно-психиатрическая экспертиза при шизофрении, шизотипическом расстройстве и хронических бредовых психозах // В кн. «Руководство по судебной психиатрии» под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. - М., 2004. - С.165-183.
4. Подрезова Л.А. Проблема вменяемости при шизофрении // Автореферат дис... докт. мед. наук. - М., 1988. - 45 с.
5. Шостакович Б.В., Кондратьев Ф.В. Современные судебно-психиатрические проблемы шизофренического спектра. - М., 1999. - С. 163-178.
6. Мальцева М.М., Котов В.Б. Опасные действия психически больных. - М., 1995. - 256 с.

КОМПЛЕКС БИОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИОГЕННЫХ ПРИЧИН, ВЛИЯЮЩИХ НА ОПАСНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Л.Е. Базарбаева

г. Алматы

В последние годы в психиатрии отмечается рост интереса к проблемам больных, страдающих шизофренией. Многими отечественными, зарубежными и российскими авторами отмечается рост преступности, которые связаны с изменениями социального устройства общества. Кроме того, это связано и с такими неблагоприятными тенденциями в обществе, как разрушение традиционных норм межличностных отношений, насаждением культа силы, игнорированием морально - этических и правовых норм поведения [1-9]. Данная ситуация дистресса отражается не только на общем поведении населения, но и на поведении лиц, страдающих шизофренией. Нарастающее социальное перенапряжение является одним из звеньев в цепи причинно-следственных факторов, приводящих к совершению больными общественно опасных действий (далее по тексту ООД). Спектр криминальных действий психически больных представляет собой весь спектр ООД, предусмотренных Уголовным Законом. Вместе с тем, этими же российскими авторами отмечается, что психически больными чаще совершаются агрессивные действия, связанные с посягательством на жизнь граждан. Так, доля

убийств, приходящихся на лиц, находящихся в невменяемом состоянии и зачастую связанная с употреблением алкогольных и наркотических средств составляет 3-5% [1-3]. Эти сведения говорят о том, что большая часть ООД наносится обществу опасными действиями психически больных с аддиктивными расстройствами [10].

В современной казахстанской судебной психиатрии аддиктивное поведение у лиц, страдающих шизофренией, приводящее к асоциальным и криминальным действиям, остается малоизученной [4].

Материалы и методы: объектом исследования явились 510 больных шизофренией, прошедших судебно-психиатрическую экспертизу в стационаре Республиканского центра психиатрии, психотерапии и наркологии Министерства здравоохранения Республики Казахстан (г. Алматы) в период 1998-2007 гг.

Методы исследования: в работе впервые методами сплошного клинико-эпидемиологического и социометрического обследования проведено установление и описание комплекса особенностей клиники, социально-демографической структуры и социальной адаптации 510 больных, совершивших общественно опасные действия.