
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 культуры 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 наносит 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.

Результаты и обсуждение: социодемографическая характеристика больных шизофренией, совершивших ООД в период 1998-2007 гг. показала абсолютное преобладание мужчин (91,8%; $\pm 2,4$; $P \leq 0,05$) над женщинами (8,2%; $\pm 2,4$; $P \leq 0,05$). Из общего числа городские лица составляли 289 человек (56,7%; $\pm 4,3$; $P \leq 0,05$), а сельские составляли 221 человека (43,3%; $\pm 4,3$; $P < 0,05$).

Подавляющее большинство испытуемых были мужчины молодого возраста. Более (71,8%; $P < 0,01$) подэкспертных были в возрасте от 20 до 40 лет. Подростковый и ранний юношеский возрасты составили 5,3%. В возрасте от 40 лет до 60 лет была четверть испытуемых (113 человек или 22,2%). Средний возраст обследованных подэкспертных составлял $23,5 \pm 0,5$ года. На момент совершения криминального действия средний возраст составлял $22,5 \pm 0,5$ года. Таким образом, абсолютное большинство испытуемых – около 97% ($P < 0,05$) это лица юношеского, молодого, зрелого трудоспособного возраста, и лишь около 0,8% - это лица в возрасте старше 60 лет.

В нашем исследовании национальный состав подэкспертных был представлен следующим образом: лица казахи по национальности составляли 49,4% ($\pm 8,1$; $P < 0,05$), лица русские по национальности и других европейских национальностей - 37,3% ($\pm 7,5$; $P < 0,05$), лица других национальностей - 13,3% ($\pm 5,6$).

Данные исследования показывают, что лиц без образования и лиц, обучавшихся во вспомогательной школе, было всего несколько человек. Начальное и неполное среднее образования было у меньшинства исследуемого контингента. Преобладающее большинство подэкспертных – 371 человек ($72,8 \pm 6,2\%$; $P < 0,01$) имело среднее, среднее специальное, незаконченное высшее и высшее образование.

По сфере профессиональной деятельности больных шизофренией установлено, что около 35,7% ($\pm 4,2$) испытуемых были заняты физическим трудом, не работали более 43,3% ($\pm 4,3$), учащимися школ и студентами было - 5,3% ($\pm 1,5$) испытуемых и лишь 14,7% ($\pm 3,1$) занимались умственным трудом.

Оценка семейного положения подэкспертных показала, что к моменту привлечения к уголовной ответственности из общего числа только 22,9% ($\pm 3,6$) лиц состояли в браке, 30% составляли лица, расторгшие брак, вдовцы/вдовы - 7,8%; ($\pm 2,3$); $P < 0,01$, холостые - 39,2% ($\pm 4,2$).

В отдельных квартирах и собственном доме проживали 40,6% подэкспертных лиц, но в половине случаев из них больные проживали совместно с родными и близкими.

Приведенные выше данные по образовательному уровню, трудовой занятости, семейному положению и жилищным условиям с учетом абсолют-

ного большинства больных молодого возраста могут быть объективными критериями социального функционирования и качества жизни больных шизофренией, совершивших ООД.

При анализе данных в отношении употребления подэкспертными алкоголя (бытовое пьянство и алкоголизм 2-3 степени) было установлено, что они наблюдались в 261 случаях, что от общего числа составляло 51,2%. Случаев наркомании (потребление опия-сырца, героина, гашиша) было установлено у 89 больных (17,5%). Изученная группа больных, где клиника шизофрении осложнялась алкоголизмом, наркоманией была представлена в большем числе – 350 человек (68,6%). В нашем материале имели место подэкспертные лица с клиникой шизофрении, которые страдали табакокурением и являлись «злостными» курильщиками. Их число составляло 418 человек (82%). Причем, все 350 человек (68,6%), страдающих шизофренией, сочетающейся с алкоголизмом, наркоманией, относились к группе «злостных» курильщиков. В 350 случаях (68,6%) при табакокурении у подэкспертных лиц имелась высокая, достигающая до 90%, наследственная тягостность табакокурением у их родителей, алкоголизмом, аномалиями характера, психическими заболеваниями.

В группе исследования при анализе семьи подэкспертных были определены следующие факторы: в полной семье воспитывались 235 человек (46,1%; $P < 0,01$) из числа обследованных, однако охарактеризовать их как благополучных не представлялось возможным. У 42 обследуемых лиц (8,2%) и матери, и отцы были лишены родительских прав. Кроме того, проживали у бабушки с бабушкой 28 больных (5,5%). В семьях воспитанием детей занималась преимущественно мать. Во всех неполных семьях (неполные отцом - 31,6% $\pm 4,0$; $P < 0,01$) родные отцы не поддерживали никаких отношений с исследуемыми лицами, не оказывали материальной помощи.

В 25% случаев (127 человек) испытуемые переживали ситуацию развода родителей в начале пубертатного периода; в большинстве случаев эта психотравмирующая обстановка имела пролонгированный характер. Пребывание в атмосфере скандалов, бытовая неустроенность имели место у 138 больных (27%), что способствовало поиску альтернативного сопереживания вне семьи. У 168 больных (33%) в семье отмечалось жестокое обращение, насилие. Агрессия приводила к накоплению негативных эмоций с последующей разрядкой, часто в виде употребления алкоголя, наркотиков и криминальных поступков.

В 34% случаев (173 больных) родители подэкспертных злоупотребляли алкогольными напитками. Хронический алкоголизм у родственников больных встречался в 22 случаях (4,3%). Кроме того, в 151

случае (29,6%) алкоголизм обнаруживался у обоих родителей. Наследственная отягощенность наркоманией встречалась у 61 подэкспертного (12%). Героиновая наркомания у отцов документально подтверждалась в 24 случаях, у матери – в 8 случаях. В 87 случаях (17%) имело место употребление гашиша или марихуаны одним из родителей (чаще отцами), т.е. у 58,6% подэкспертных лиц родители употребляли психоактивные вещества (ПАВ). Алкоголизм и наркомания родителей, являясь отягощающим наследственным фактором, были отрицательным примером для имитации аддиктивного поведения детьми.

У больных до 9-10 летнего возраста прослеживалось преобладающее влияние семейного микросоциума. У больных старшего возраста наблюдались, преимущественно внесемейные, социальные влияния. Такое смещение доминанты наблюдалась в неблагополучных семьях, в которых дети были безнадзорны, к ним применялись жестокие меры насилия и агрессии. Они росли и воспитывались в условиях эмоциональной депривации, и у них формировались формы поведения с эмоционально-волевой неустойчивостью.

К формам взаимоотношений в семьях, как искаженном варианте воспитания, можно было отнести 269 человек (57,7%). Большинство подэкспертных выросли в искаженной атмосфере вос-

питания и сформировавшихся у них дисгармонических отношений.

Выводы: с детского возраста у подэкспертных лиц были биологические и психолого-социальные факторы для формирования «отрицательной нравственной конституции» с готовностью к асоциальным и антисоциальным действиям. Об этом свидетельствуют:

- формы взаимоотношений в родительских семьях, где имелись искаженные варианты воспитания;
- алкоголизм и наркомания родителей, являясь отягощающим наследственным фактором, были отрицательным примером для имитации аддиктивного поведения детьми;
- агрессия у подэкспертных, приводившая к накоплению негативных эмоций с последующей разрядкой, часто в виде употребления алкоголя, наркотиков и криминальных поступков;
- низкие показатели образовательного уровня, трудовой занятости, семейного положения и жилищных условий с учетом абсолютного большинства больных молодого возраста, могут быть объективными критериями низкого социального функционирования и качества жизни больных шизофренией с аддиктивными расстройствами, совершивших ООД.

Литература:

1. Дмитриева Т. Б. *Агрессия и психическое здоровье*. – М.: Медицина, 2002.- 357 с.
2. Мальцева М. М., Котов В. П. *Опасные действия психические больных*. - М.: Медицина, 1995.- 256 с.
3. Котов В.П., Мальцева М.М. *Клинические аспекты первичной профилактики общественно опасных действий психически больных // Журн. «Социальная и клиническая психиатрия»*. - М., 2004. - № 1. - С. 77-80.
4. Айдылдаев Б. С. *Состояние судебно-психиатрической службы Казахстана // Журн. «Медицина»*. - А., 2003. - С. 72-75
5. Литвинова М.С. *Роль бредовых идей в общественно опасном поведении больных шизофренией // Автореф. ... дисс. канд. мед. наук*. – М., 1977. - 16 с.
6. Осолкова С.Н. *О причинах, затрудняющих своевременную диагностику психогенного дебюта шизофрении // Социальная и судебная психиатрия / Сб. научных трудов*. - М., 1996. - С. 326-330.
7. Харитонов Н.К. *Агрессия женщин больных шизофренией, направленная против родственников // Российский психиатрический журнал*. - М., 2000. - № 6. - С. 43-48.
8. Lieberman J.A. *Is schizophrenia a neurodegenerative disorder. A clinical and neurobiological perspective // Biol. Psychiat.* 1999, vol. 46, p. 729-739
9. Кондратьев Ф.В. *Корни современного сатанизма и его криминогенная роль в опасном поведении лиц с психической патологией // Практика судебно-психиатрической экспертизы под ред. Т.Б. Дмитриевой. Сб. науч. работ*. - М., 2005. - С. 304-313.
10. Кондратьев Ф.В. *Первичное выявление токсико - и наркоманий в судебно-психиатрической практике // Актуальные вопросы контроля наркотических средств и наркологии. Сб. науч. трудов*. - М., 1983. - С. 67-77.