

УДК 615.895.8-084

Т.В. СМОТРЕВА

Республиканская психиатрическая больница специализированного типа с интенсивным наблюдением МЗ РК

## ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И МЕРЫ ПО ПОВЫШЕНИЮ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ (аналитический обзор литературы)

В работе представлен анализ литературных данных по проблеме общественной опасности больных шизофренией. Показана роль психопатологических, ситуационных и личностных факторов в генезе общественно опасных действий этих больных. Отражены современные подходы к профилактике повторных правонарушений больных шизофренией.

**Ключевые слова:** опасное поведение, шизофрения, профилактика, лечебно-реабилитационная тактика

На всем протяжении развития судебной психиатрии – от ее возникновения до настоящего времени, психиатры стараются сравнить уровень криминогенности психически здоровых людей и душевнобольных. Кривая роста опасных действий психически больных по существу повторяет кривую роста преступлений в населении, причем доля неменяемых среди совершивших преступления из года в год остается почти постоянной и составляет около 0,5% случаев. Вместе с тем, картина меняется, если анализировать долю неменяемых при отдельных преступлениях, особенно насильственных, агрессивных, направленных против жизни и здоровья людей. При опасных действиях, направленных против личности, процент психически больных превышает таковой в общей популяции лиц, совершивших преступления: при убийствах – в 15-20 раз, при изнасилованиях – в 5 раз [1, 2].

Установлено, что наибольший удельный вес среди психически больных, совершивших общественно опасные деяния (ООД), занимают больные шизофренией. Высокая криминогенность больных шизофренией, вероятно, объясняется как внешними, так и внутренними факторами. В частности, к внешним факторам исследователи относят неблагоприятное влияние макро- и микросоциума [3, 4, 5, 6], а к внутренним – патоморфоз шизофрении, характеризующийся увеличением случаев психопатоподобных расстройств и ростом тяжких правонарушений, совершаемых больными вне обострения эндогенного процесса. В подтверждении сказанному можно привести данные о том, что среди всех больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия, 52,2% составляют больные с психопатоподобными нарушениями [7].

Литературные данные свидетельствуют о том, что основную роль в формировании мотивации общественно опасного поведения больных шизофренией играет ведущий психопатологический синдром. Л.А. Подрезова, Е.Н. Израэль [8] обращают внимание на трудности предупреждения деликта у больных шизофренией на начальном этапе заболевания, связанные с незначительной выраженностью психопатологических симптомов, медленным развитием болезни, при котором больные длительное время могут оставаться вне поля зрения психиатров. Авторы указывают на то, что это обусловлено особенностями шизофренического процесса на данном этапе заболевания: возможностью сочетания продуктивно-психопатологической симптоматики с целенаправленной деятельностью больных, сохранностью упорядоченного поведения в случае погруженности больных в мир своих переживаний, адекватностью реагирования на события, не затрагивающие психопатологических переживаний больных.

Исследования показывают, что наиболее часто первичные правонарушения больными шизофренией

совершаются в период развития первого психотического эпизода [9]. В структуре инициального этапа шизофрении, когда психотические расстройства могут ограничиваться только паранойальным синдромом, ведущая роль в генезе ООД принадлежит содержанию и стойкости бредовых переживаний, их аффективной насыщенности и конкретной направленностью на лиц из близкого окружения больного [10, 11].

Ф.В. Кондратьев и А.С. Калюжный [12] подчеркивают повышенную социальную опасность больных шизофренией с бредовыми идеями ревности. Авторы отмечают, что бред ревности, обладая чертами психологической понятности, часто не выходит за рамки реальной, бытовой ситуации, на протяжении длительного промежутка времени остается нераспознанным и может служить источником общественно опасного поведения на разных этапах течения заболевания. В работе Л.А. Подрезовой с соавт. [13] отражены особенности формирования общественной опасности больных шизофренией с бредовыми идеями реформаторства.

Известные российские судебные психиатры Д.Р. Лунц [14], Ю.А. Ильинский [15], М.М. Мальцева [16] в своих работах подчеркивают особое криминогенное значение усложнения бредовых синдромов появлением тревоги, растерянности, страха в сочетании с императивными галлюцинациями, отмечая, что особую социальную опасность представляют больные с императивным содержанием слуховых обманов восприятия.

При преобладании в клинике психотических эпизодов аффективных расстройств, в частности при депрессиях, у больных шизофренией наблюдается импульсивное влечение к самоубийству. Общественная опасность этих больных проявляется в форме так называемых расширенных самоубийств. Гетероагрессия и аутоагрессия совершаются по мотивам самообвинения – испугание мнимой (бредовой) вины. Агрессивные действия этих больных обусловлены тяжелыми витальными переживаниями, желанием избавить близких от мучений, которые должны выпасть на их долю [17, 18]. Среди факторов, значительно повышающих риск ООД больных шизофренией, указывается алкоголизация, определяющая также и стойкость асоциальных тенденций этих больных с повторными противоправными действиями [19].

Особый интерес представляют больные шизофренией с психопатоподобными расстройствами, поскольку, с одной стороны, они наиболее часто совершают общественно опасные действия, а с другой – их лечение представляет большие трудности в связи с резистентностью данных расстройств к терапии. Установлено, что среди всех больных шизофренией, совершивших ООД, в том числе повторные и многократные, доля больных с психопатоподобными нарушениями составляет 52,2%. Причем, психопатоподобные расстройства в судебно-

психиатрическом аспекте могут рассматриваться как эквивалент, а не только как фасад психотической симптоматики [21, 22].

В своих работах Ф.В. Кондратьев [23] указывает на то, что в формировании общественной опасности больных шизофренией немаловажное значение имеют сформировавшиеся еще до болезни характерологические особенности, личностные установки. Стержневые личностные образования, формирующиеся в раннем возрасте, остаются довольно стабильными и в период болезни, они во многом могут предопределить поведение заболевших. Психические расстройства при этом рассматриваются как фактор, нарушающий способность больного прогнозировать последствия своих поступков, выбирать действия, адекватные конкретной ситуации. В.М. Шумаков [7] отмечает, что даже в поведении больного с бредовыми переживаниями отражаются (хотя и искаженно) реальная жизнь, преморбидные свойства личности, преломленные через патологические измененные механизмы психики, биологическая детерминация которых может быть более или менее решающей.

Современные научные представления о причинах и условиях совершения психически больными правонарушений нашли свое отражение в концепции психопатологических механизмов общественно опасного поведения психически больных, разработанной М.М. Мальцевой [16]. Автор впервые дала определение понятию психопатологических механизмов ООД и разработала их классификацию. Под понятием психопатологического механизма подразумевается взаимодействие болезненных расстройств психики между собой, а также с личностными и ситуационными факторами. В исследовании установлено, что психопатологический механизм не всегда определяется синдромом. В формировании общественно опасных тенденций психически больных имеют значение личностные, ситуационные и другие факторы. В данной работе также показано, что психопатологический механизм ООД является стойкой индивидуальной особенностью и обычно сохраняется у больного при повторных деяниях. Это делает особенно перспективным изучение индивидуальных психопатологических механизмов для понимания природы ООД и разработки мер дифференцированной профилактики. Такой подход не только позволяет рассматривать в единстве разные факторы риска: синдром – личность – ситуация, их иерархическое распределение и динамику, но и дает возможность в рамках психопатологического состояния выделить основное, наиболее «криминогенное» звено, что может способствовать выработке индивидуальной лечебно-реабилитационной и профилактической тактики в отношении каждого больного.

Проблема профилактики общественной опасности больных шизофренией является одной из наиболее актуальных проблем клинической и социальной психиатрии в мире [24, 25, 26, 27]. Особое место в системе профилактики повторных ООД больных шизофренией занимает принудительное лечение, чему посвящено значительное количество работ [28, 29, 30]. Это связано с тем, что психиатрические учреждения, проводя терапию психически больных и оказывая им другие виды социальной помощи, выполняют специфическую функцию защиты общества от возможных опасных действий психически больных.

В настоящее время в действующем в Республике Казахстан уголовном законодательстве в качестве принудительных мер медицинского характера, которые могут быть назначены судом лицам, признанным в отношении содеянного невменяемыми, предусмотрено 4 вида принудительного лечения (ст. 90 ч. 1 УК РК): 1) амбулаторное принудительное лечение, 2) принудительное

лечение в психиатрическом стационаре общего типа, 3) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа, 4) принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением. Показания к назначению каждого вида принудительного лечения регламентируются соответствующей «Инструкцией о применении принудительных мер медицинского характера в Республике Казахстан». При выборе мер медицинского характера экспертные комиссии руководствуются степенью потенциальной общественной опасности больного, которая определяется особенностью его психического состояния и характером правонарушения.

Увеличение числа повторных правонарушений, их утяжеление свидетельствуют о том, что меры медицинского характера, применяемые в отношении психически больных, совершивших ООД, остаются недостаточно эффективными. Среди лиц, направляемых на принудительное лечение, доля больных, совершивших правонарушение по продуктивно-психотическим механизмам (с психотическими синдромами), не превышает 30%. Повторные ООД совершаются данными больными лишь в 21,2%, что свидетельствует об относительно удовлетворительном качестве принудительного лечения этих пациентов [31]. Большинство же рецидивов общественно опасных действий больных шизофренией связано с негативно-личностными механизмами, что требует разработки методов повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на профилактику повторных ООД со стороны данной категории больных.

Б.В. Шостакович [30] отмечает, что только биологическая терапия не может решить всех вопросов, стоящих перед принудительным лечением. В тех случаях, когда у больных в преморбиде под влиянием негативных микросоциальных факторов сформировались антисоциальные ориентации с соответствующим модусом поведения и социальным статусом, собственно лечебное восстановление здоровья не может быть рассмотрено как путь, неизменно ведущий к «социальному здоровью». Преморбидно сформировавшийся социальный модус поведения становится все более значимым фактором риска противоправных действий по мере восстановления психического здоровья, что особо ощутимо при сохранении социально-неблагоприятного климата, в котором может оказаться больной после выписки, в связи с чем в период принудительного лечения при разработке индивидуальных лечебно-реабилитационных программ необходимо исходить не только из клинического состояния больного, его динамики в процессе лечения, но и его социально-психологических особенностей, то есть ориентироваться на психопатологический механизм формирования его социальной опасности.

Важное место в клиническом и социальном прогнозе больных шизофренией отводится семейной среде [4, 5, 7, 14]. Благоприятная семейная обстановка, внимание к больным со стороны близких и родственников являются именно теми факторами, которые существенно влияют на дальнейшее течение заболевания, качество жизни и уровень социального функционирования этих больных.

Таким образом, проведенный обзор литературных данных показал, что шизофрения является наиболее криминогенно опасным психическим расстройством, поэтому проблема профилактики общественно опасных действий этой категории больных не теряет свою актуальность и в настоящее время. Психотические и непсихотические расстройства при шизофрении в совокупности с неблагоприятными средовыми и личностными факторами, способствуют совершению больными тяжких

противоправных действий. Дифференцированный подход к выбору лечебно-реабилитационной тактики больных шизофренией, совершивших ООД, с позиции оценки механизма формирования их общественной опасности может существенно повысить эффективность профилактических мероприятий, направленных на предупреждение повторных правонарушений со стороны данной категории больных.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1 Шостакович Б.В. К вопросу опасности психически больных. – В кн.: Психиатрия и общество. – М., 1995. – С. 320-328

2 Мохонько А.Р. Клинико-эпидемиологический анализ психически больных, признанных невменяемыми // Материалы 12 съезда психиатров России 10-13 октября 2000 года. – Москва, 2000. – С. 399

3 Мохонько А.Р., Самсонова И.В. Факторы, способствующие совершению повторных общественно опасных действий больных шизофренией // Шизофрения (судебно-психиатрический аспект) – М., 1983. – С. 53-61

4 Василевский В.Г., Бережная Н.И. Роль опеки в профилактике повторных общественно опасных действий больных шизофренией // Организационные вопросы судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения. – М., 1984. – С. 88-94

5 Ильинский Ю.А. О значении социальных факторов в генезе повторных ООД больных шизофренией // Актуальные вопросы психиатрии (Материалы научной конференции) – Волгоград, 1985. – С. 11-14

6 Наку А.А. Динамика клинико-социальных факторов риска совершения общественно опасных действий у больных шизофренией с повышенной социальной опасностью // Актуальные вопросы невропатологии и психиатрии. – Кишинев, 1987. – С. 55-57

7 Шумаков В.М. Некоторые вопросы социально-трудовой реадaptации психически больных во время принудительного лечения // Актуальные вопросы принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные действия. – М., 1988. – С. 73-76

8 Подрезова Л.А., Израэль Е.Н. Общественно опасные действия больных в инициальном периоде шизофрении и вопросы принудительного лечения // Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике – М., 1987. – С. 55-62

9 Батрашина Л.М. Первичные общественно опасные действия, совершенные при острых психотических дебютах шизофрении и их профилактика // Клинические и биологические проблемы общей и судебной психиатрии – М., 1988. – С. 3-8

10 Фокин А.А., Тальце М.Ф., Герасимова С.Н. Опасные действия больных шизофренией в отношении членов семьи // Клинико-социальные аспекты профилактики общественно опасных действий психически больных. – М., 1981. – С. 27-35

11 Тальце М.Ф., Ландау Я.Л., Табакова Л.И. Критерии назначения принудительного лечения больным шизофренией с паранойальным синдромом // Принудительное лечение психически больных. – М., 1981. – С. 3-8

12 Кондратьев Ф.В., Калужный А.С. Влияние личностных особенностей больных шизофренией с бредом ревности на их поведение в семье // Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии. – М., 1980. – С. 43-53

13 Подрезова Л.А., Табакова Л.И., Щукина Е.Я., Ландау Я.Л. Общественно опасные действия больных шизофренией с бредом реформаторства // Профилактика общественно опасных действий психически больных. – Калуга. – 1988. – С. 25-26

14 Лунц Д.Р. О клинических и социальных факторах, формирующих общественную опасность психически больных // Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии. – М., 1976. – С. 32-110

15 Ильинский Ю.А. О механизмах формирования общественно опасных действий больных приступообразно-прогредиентной шизофренией // Съезд психиатров социалистических стран, первый. – М., 1987. – С. 341-346.

16 Мальцева М.М. Общественно-опасные действия психически больных и принципы их профилактики: автореф. дисс. ... д.м.н.: 14.00.07. – М., 1987. – 38 с.

17 Портнов В.В. Депрессивно-параноидные состояния при шизофрении (клинико-психопатологическая дифференциация, вопросы прогноза и лечения): автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18. – М., 2007. – 22 с.

18 Абрамова А.А. Агрессивность при депрессивных расстройствах: автореф. ... канд. психолог. наук: 19.00.04. – М., 2005. – 20 с.

19 Ильинский Ю.А. Повторные общественно опасные действия больных шизофренией, осложненной деонтолизмом // Психогенные заболевания и проблема деонтологии в судебно-психиатрической практике. – М., 1982. – С. 105 – 112.

20 Ильинский Ю.А., Трофименко С.Н. Ремиссии приступообразно – прогредиентной шизофрении в судебно-психиатрической практике // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – Т. IXXVIII. – Вып. 1. – М., 1989. – С. 79-83

21 Дмитриев А.С. Некоторые принципы терапии больных шизофренией с психопатоподобным синдромом в условиях принудительного лечения // Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической практике. – М., 1982. – С. 120-125

22 Кондратьев Ф.В. Судебно-психиатрическое значение психопатоподобных состояний при шизофрении // Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической практике. – М., 1982. – С. 108-115

23 Кондратьев Ф.В. Анализ структуры личности больных шизофренией в плане их социальной опасности // Клинико-социальные аспекты профилактики общественно-опасных действий психически больных. – М., 1981. – С. 17-27

24 Журавкова О.И. Клинико-катамнестические исследования больных шизофренией, совершивших общественно опасные агрессивные действия: автореф. дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.18. – М., 1983 – 19 с.

25 Ishigaki K. Criminality in schizophrenics // Irrio – 1984 – v. 38, 12. – P. 1160-1163

26 Yesavage J. Correlates of dangerous behavior by schizophrenics in hospital // J. psychiatr. Pes. – 1984, v. 18 3. – P. 225-231

27 Mackay R.D. Wight R/E/ Schizophrenia and anti-social behavior: Some responses from sufferers and relatives // Med. Sci law. – 1984, – v. 24, 3 – P. 192-198

28 Семенов Б.В. Повторные общественно опасные действия больных шизофренией /Клинико-катамнестическое исследование/: автореф. дисс. ... к.м.н.: 14.00.18. – М., 1984. – 18 с.

29 Мохонько А.Р., Самсонова И.В. Факторы, способствующие совершению повторных общественно опасных действий больных шизофренией // Шизофрения (судебно-психиатрический аспект). – М., 1983. – С. 53-61

30 Шостакович Б.В. Принудительное лечение больных шизофренией // Принудительное лечение в системе профилактики общественно опасных действий психически больных – М., 1987. – С. 50-74

31 Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. – М.: Медицина, 1995. – 225 с.

## ТҰЖЫРЫМ

Т.В. СМОТРЕВА

*РҚ ДМ Қарқынды бақылауы бар мамандырылған**типтегі республикалық психиатриялық ауруханасы***ШИЗОФРЕНИЯ НАУҚАСТАРЫНЫҢ ҚОҒАМДЫҚ ҚАУІПТІ ЖҮРІС-ТҰРЫСТАРЫ МЕН ОНЫҢ АЛДЫН-АЛУДЫҢ ТИІМДІЛІГІН КӨТЕРУ БОЙЫНША ШАРАЛАР (әдебиетке аналитикалық шолу)**

Жұмыста шизофрения науқастарының қоғамдық қауіптілігі мәселесі бойынша әдеби деректердің сараптамасы берілген. Осы науқастардың қоғамдық қауіпті ерекеттеріндегі психопатологиялық, жағдайлық және жеке бойлық факторларының орны көрсетілген. Шизофрения науқастарының құқықтары бұзылуының қайталануының алдын-алуға замани келістер көрсетілген.

**Негізгі сөздер:** қауіпті жүріс-тұрыс, шизофрения, алдын-алу, емдеу-реабилитациялық тактика.

## SUMMARY

T.V. SMOTRYAYEVA

*Republican Psychiatric Hospital of specialized type**with intensive supervision by the Ministry**of Healthcare of the Republic of Kazakhstan***SOCIALLY – DANGEROUS BEHAVIOR OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND MEASURES TO IMPROVE THE EFFECTIVENESS OF ITS PREVENTION (ANALYTICAL REVIEW)**

This paper presents an analysis of published data on the issue of the public danger of patients with schizophrenia. The role of psychopathological, situational and personal factors in the genesis of socially dangerous actions of these patients is shown. Current approaches to the prevention of re-offences of patients with schizophrenia are reflected.

**Key words:** dangerous behavior, schizophrenia, prevention, treatment and rehabilitation management.

## НЕВРОЛОГИЯ

УДК 616.831-005-036.88:613.1(574)

N.K. NURGALIYEVA<sup>1</sup>, T.Z. SEISEMBEKOV<sup>1</sup>, A.Zh. SHARBAKOV<sup>2</sup><sup>1</sup>JSC "Astana Medical University", Astana city, Kazakhstan,<sup>2</sup>West Kazakhstan State Medical University named after Marat Ospanov, Aktobe city, Kazakhstan**ASSESSMENT OF RELATION BETWEEN CLIMATE VARIABLES AND DAILY COUNTS OF DEATHS FROM CEREBROVASCULAR DISEASES IN ASTANA CITY**

Several European and North American studies have reported association between climate variables, especially temperatures, and mortality from diseases of the circulatory system. Moreover, previous studies were performed in temperate, subtropical, and tropical climates [1-7], while evidence on the effect of temperature on cardiovascular diseases from continental, semiarid, and arid climates is still scarce. In this research studied associations between temperature and mortality from cerebrovascular diseases among adults 18 years older in the city of Astana, Kazakhstan. Associations between mortality and mean apparent temperature and minimum apparent temperature were studied using Poisson regression controlling for barometric pressure, wind speed and effects of month, year, weekends and holidays.

**Key words:** climatic and meteorological parameters and mortality, temperature-caused mortality, cerebrovascular diseases.

**Introduction**

The Republic of Kazakhstan is located in the northern and central parts of Eurasia, in four climatic zones (forest-steppe, steppe, semi-desert and desert). It has an area of 2,724,900 square km and is the ninth largest country in terms of its territory. Its position as a landlocked country with a vast territory determines the sharp continental climate of Kazakhstan, its zonal distribution and the lack of precipitation. Daily temperature ranges reach 20-30°C, and seasonal ranges reach more than 50°C. Life expectancy in Kazakhstan is among the lowest in the European WHO (World Health Organization) region 69,57 in 2012 with one of the greatest gender gaps in the world, i.e., 64.8 years for men and 74.3 years for women in 2012 [8]. The high levels of both cardiovascular mortality and risk factors for cardiovascular diseases, population aging, and rapid urbanization combined with a high variability of temperatures typical of continental and semiarid climates make the Kazakhstan's population particularly vulnerable to the effects of climate change and warrant research on how the population of this Central Asian republic responds to the exposure of ambient air temperature. Research conducted in Kazakhstan has shown that Kazakhstan's climate warmed considerably from 1936 to 2005 [9]. According to the National Hydrometeorological Service (Kazhydromet), the annual

mean air temperature increases on average by 0.31°C every 10 years (Figure 1).

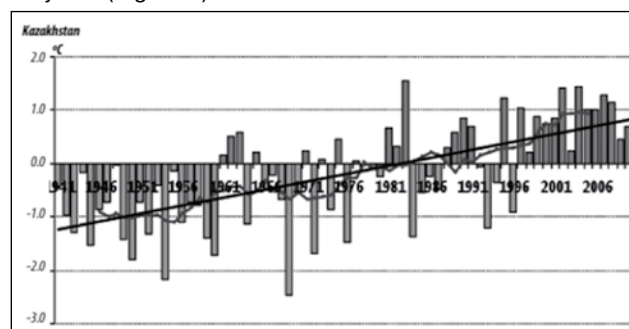


Figure 1: Evaluation of spatiotemporal changes in air temperature for the period 1941-2010, Kazhydromet

The most rapid warming was observed in the winter months, on average by 0.44°C per 10 years across Kazakhstan. In the capital of Kazakhstan, Astana city the annual mean air temperature increases on average by 0.41°C every 10 years. The most rapid warming was observed in the winter, on average by 0.62°C every 10 years (Figure 2).