

*На правах рукописи*

**Гаврилова  
Алена Сергеевна**

**АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ  
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ ОСОБУЮ  
ОБЩЕСТВЕННУЮ ОПАСНОСТЬ**

**Специальность: 14.01.06-Психиатрия**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т  
д и с с е р т а ц и и**

**на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**Томск**

**2013**

Работа выполнена на кафедре психиатрии, медицинской психологии Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России.

**Научный руководитель:**

д-р мед. наук

**Усов Григорий Михайлович**  
ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава России

**Официальные оппоненты:**

д-р мед. наук, профессор

**Семке Аркадий Валентинович**  
ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН (Томск)

д-р мед. наук, профессор

**Дресвянников Владимир Леонидович**  
ФКУ «Новосибирская психиатрическая больница (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением» Минздрава России

Ведущее учреждение: ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Минздрава России.

Защита состоится 14 июня в 10 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук по адресу: 634014, Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН.

Автореферат разослан 8 мая 2013 г.

Ученый секретарь совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01 кандидат медицинских наук

 О. Э. Перчаткина

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Изучение контингента психически больных, представляющих особую общественную опасность, в настоящее время особенно актуально (Цыганков Б. Д., Берсенева Ю. А., 2011; Gunderson J. G., 2009; Phanthunane P., Vos T. et al., 2010). Это обусловлено увеличением количества совершаемых ими общественно опасных действий (ООД), их значительной тяжестью, а также высоким риском рецидивов противоправного поведения и сложностями в реализации лечебно-реабилитационных мероприятий (Каганович Ю. Т., 2007; Дресвянников В. Л., Простяков А. И., 2010; Paterson B., 2007; Antsiferov K., Hollander R., Weijts W., 2009; Ascher-Svanum H., Stensland M. D. et al., 2011). Среди больных с особой степенью общественной опасности преобладают лица, страдающие шизофренией, опасность которых обусловлена сочетанием малообратимых дефицитарных состояний и значительными нарушениями адаптации во всех сферах социального функционирования (Усов Г. М., 2007, 2008; Кальченко И. А., Семин И. Р., 2011; Гуткевич Е. В., Семке А. В., 2012; Horan W. P., Kern R. S. et al., 2008; Bell M., Tsang H. W. et al., 2009). В связи с этим приоритетным направлением является комплексное изучение роли клинико-биологических и социально-психологических факторов в формировании особой общественной опасности (Семке А. В., Рахмазова Л. Д. и др., 2006; Верховданова Т. В., 2007; Бекенева Л. В., 2010; Лиманкин О. В., 2012). Дополнительные данные о вкладе социальных условий в формирование особой опасности могут быть получены путем оценки показателей социального функционирования и качества жизни пациентов (Мельникова Е. А., Агарков А. П., 2008; Любов Е. Б., 2012; Raes D., van Voren R., 2009).

Таким образом, до настоящего времени отсутствуют единые методологические подходы к изучению данного контингента больных. Остаются недостаточно исследованными механизмы формирования особой общественной опасности больных шизофренией, не решены вопросы участия социальных, социально-культурных и психологических факторов в генезе их противоправного поведения (Семке А. В., Сторожева Т. А., 2007). Вследствие этого имеется насущная потребность в совершенствовании имеющихся лечебно-реабилитационных программ путем включения в них новейших организационных форм оказания психиатрической помощи (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., 2009;

Альшина Е. Н., и др., 2010; Данилов Д. С., 2011; Лебедева В. Ф., Семке В. Я., Якутенко Л. П., 2011; Heskestad S., Tytlandsvik M., 2008; Dixon L., Dickerson F. et al., 2010).

**Цель исследования** – определение взаимоотношений различных вариантов клинической и социальной адаптации у больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность, и разработка на этой основе дифференциальных лечебно-реабилитационных мероприятий.

### Задачи исследования:

1. Изучить клинические проявления и динамику психических расстройств пациентов, страдающих шизофренией и представляющих особую общественную опасность.

2. Исследовать социальные характеристики больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность, и оценить их роль в совершении правонарушений.

3. Изучить взаимоотношения показателей качества жизни и адаптационных возможностей пациентов, страдающих шизофренией и представляющих особую общественную опасность.

4. Оптимизировать оказание специализированной помощи пациентам с шизофренией, представляющим особую общественную опасность, с помощью разработки и внедрения научно обоснованных дифференцированных лечебно-реабилитационных программ.

### Положения, выносимые на защиту.

1. Адаптационные возможности больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность, формируются под влиянием клинических, социальных факторов, и связаны с удовлетворенностью отдельными сферами качества своей жизни, что находит отражение в механизмах реализации ООД.

2. Типы адаптации являются интегральным показателем, учитывающим степень общественной опасности, клинические и социальные характеристики больного, а потому определяющим вектор направленности лечебно-реабилитационных мероприятий.

3. Разработанные комплексные дифференцированные лечебно-реабилитационные программы, учитывающие адаптационные возможности и профили качества жизни больных шизофренией, позволяют добиться значимого улучшения психического состояния и существенного снижения риска совершения повторных ООД.

**Научная новизна исследования.** В данной работе осуществлен интегративный подход к оценке состояния больных шизофренией, включающий комплексную оценку клинической и социальной адаптации пациентов в контексте формирования и реализации особой степени общественной опасности. Установлено, что генез особой общественной опасности у больных шизофренией имеет тесную связь с механизмом совершенного ООД, что предполагает различный вклад клинических и социальных характеристик в ее формирование. Проанализированы закономерности противоправного поведения больных шизофренией в зависимости от выявленных типов социальной адаптации, параметров качества жизни и социального функционирования. Предложены и апробированы на практике дифференцированные лечебно-реабилитационные программы для данного контингента больных, учитывающие адаптационные возможности пациентов.

**Практическая значимость результатов исследования.** На основании полученных результатов исследования были предложены лечебно-реабилитационные маршруты для больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность. Дифференцированный подход к оценке удельного веса психофармакологических, психокоррекционных и социотерапевтических мероприятий для пациентов с различными типами адаптации позволил повысить эффективность вторичной профилактики ООД.

Выявленные закономерности уровня адаптации и качества жизни больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность, наряду с клиническими особенностями, послужат основой для создания комплексных психореабилитационных программ (биологического и социально-психологического уровней), учитывающих интересы самого пациента и его окружения. Полученные результаты могут быть использованы для проведения дальнейших научных исследований в данном направлении, а также включены в программы последипломного обучения врачей по психиатрии и судебной психиатрии.

**Внедрение результатов в практику.** Материалы диссертации внедрены в практику здравоохранения (БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодников», Омск) и используются к курсе учебных занятий, проводимых на кафедре психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава РФ.

**Апробация диссертации.** Основные положения диссертационного исследования были доложены на Всероссийской конференции «Охрана психического здоровья работающего населения России» (Кемерово, 16—17 апреля 2009 г.); региональной научно-практической конференции «Онтогенетические аспекты психического здоровья» (Омск, 19—20 апреля 2010 г.); региональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психиатрии и наркологии» (Омск, 14 декабря 2010 г.); XV Съезде психиатров России (Москва, 9—12 ноября 2011 г.); III региональной конференции молодых ученых и специалистов «Современные проблемы психических и соматических расстройств: грани соприкосновения» (Томск, 20 июня 2012 г.).

**Структура и объем работы.** Работа изложена на 246 страницах машинописного текста, из них 224 страницы основного текста. Состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, указателя литературы, включающего 321 наименование (из них 194 отечественных и 117 иностранных), приложения. Работа иллюстрирована 33 таблицами, 12 рисунками. Исследование проиллюстрировано 4 клиническими наблюдениями.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодников» (БУЗ ОО «КПБ») в отделениях принудительного лечения специализированного типа. Объектом исследования стали 118 больных мужского пола, страдающих шизофренией в возрасте от 22 до 64 лет (средний возраст  $32,4 \pm 6,2$  года). Все пациенты, включенные в исследование, были признаны невменяемыми по отношению к совершенному общественно опасному деянию, в связи с чем они были освобождены от уголовной ответственности и им было назначено принудительное лечение в отделениях специализированного типа БУЗ ОО «КПБ». Данная когорта пациентов в полной мере соответствует понятию «особая степень общественной опасности» по критериям тяжести и кратности совершенных деликтов. Пациенты, совершившие ООД по негативно-личностному механизму, представляли особую общественную опасность вследствие склонности к рецидивированию ООД. Среди пациентов с преобладанием в клинической картине психотических расстройств особая общественная опасность была обусловлена склонностью к совершению тяжких и особо тяжких ООД.

Согласно принятой методологии изучения контингента неменяемых, вся совокупность пациентов была разделена на две группы по критерию «психопатологический механизм ООД» (Мальцева М. М., Котов В. П., 1995). Это позволило нам наиболее полно учесть вклад клинических и неклинических составляющих в генез противоправного поведения пациентов. В изучаемой популяции больных по негативно-личностному механизму (НЛ-М) совершили ООД 85 пациентов (72 %), продуктивно-психотический механизм (ПП-М) противоправных действий был зафиксирован у 33 человек (28 %). Возраст пациентов, совершивших настоящее ООД по НЛ-М, был достоверно моложе, чем у пациентов, совершивших с ПП-М правонарушения: средний возраст обследованных составил  $35,6 \pm 10,5$  и  $40,3 \pm 9,3$  года соответственно ( $t=2,81$ ;  $p<0,005$ ).

Полный объем научно-клинической информации был получен в результате личного обследования пациентов, расспроса лиц из ближайшего окружения больных, тщательного анализа медицинской документации. Нами была изучена следующая документация: истории болезни пациентов, находящихся на стационарном лечении, включая периоды нахождения на принудительном лечении в отделениях специализированного и общего типов; заключения комиссии экспертов; постановления судьи (определения суда) о назначении принудительных мер медицинского характера; заключения о психиатрическом освидетельствовании лиц, находящихся на принудительном лечении; амбулаторные карты. Учитывая подробность и тщательность заполнения этой документации, мы имели возможность подвергнуть ее углубленному анализу и получить необходимую клиническую, анамнестическую, социально-демографическую и криминалистическую информацию.

В ходе исследования применялись клиничко-психопатологический, клиничко-динамический, клиничко-катамнестический и статистические (описательная статистика,  $t$ -критерий Стьюдента, парный критерий Стьюдента, критерий хи-квадрат –  $\chi^2$ ) методы. Объективная оценка степени выраженности позитивной, негативной, общепсихопатологической симптоматики проводилась по клиническим шкалам PANSS. Изучение качества жизни осуществлялось с помощью стандартизированного метода по опроснику оценки социального функционирования и качества жизни психически больных. Совокупность сведений о каждом пациенте была унифицирована и занесена в «Базисную карту стандартизирован-

ного описания больного шизофренией, находящегося на принудительном лечении» (БК), позволяющую оценить клинические, социально-динамические показатели по критериям МКБ-10 для шизофрении, а также особенности адаптации.

Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с применением пакета стандартных прикладных программ SPSS STATISTICS 17.0, STATISTICA 6.0 for Windows.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При анализе кратности совершенных в прошлом ООД было выявлено, что повторно и многократно правонарушения чаще ( $\chi^2=9,6$ ;  $df_2=2$ ;  $p<0,01$ ) совершали пациенты с НЛ-М (в 49,4 % случаев). В данной группе преобладали противоправные деяния имущественного, корыстного характера: против собственности – 52,9 % ( $\chi^2=13,9$ ;  $df_2=2$ ;  $p<0,001$ ), против здоровья населения и нравственности – 5,9 % ( $\chi^2=8,2$ ;  $df_2=3$ ;  $p<0,05$ ). При ПП-М повторность ООД была значительно ниже, при этом наблюдались преимущественно первичные деликты (81,8 %) агрессивного характера ( $\chi^2=16,4$ ;  $df_2=3$ ;  $p<0,001$ ).

Установлено, что значительная часть (61,2 %) пациентов с НЛ-М привлекалась к уголовной ответственности, имела условное наказание, а также отбывала наказания в местах лишения свободы, причем 15,3 % этих лиц совершали уголовно наказуемые деяния в прошлом неоднократно, что свидетельствует о высокой значимости фактора криминального опыта в их жизни. Среди больных с ПП-М ООД данный показатель был ниже и составил 24,3 % ( $\chi^2=13,08$ ;  $df_2=3$ ;  $p<0,01$ ).

Анализ воспитания показал преобладание неблагоприятной обстановки в группе пациентов, совершивших ООД по НЛ-М ( $\chi^2=8,3$ ;  $df_2=3$ ;  $p<0,05$ ). Воспитывались в неполной семье 63,5 % пациентов, только 16,5 % больных имели относительно гармоничные отношения с родными. Совершение в преморбидном периоде девиантных поступков наблюдалось в 57,6 % случаев, делинквентных – в 40,0 %. Пациенты с ПП-М ООД чаще воспитывались в полных семьях – в 45,5 % случаев ( $\chi^2=16,26$ ;  $df_2=3$ ;  $p=0,001$ ), гармоничные отношения с родными отмечались у 90,9 % пациентов ( $\chi^2=7,9$ ;  $df_2=3$ ;  $p<0,05$ ). Девиантные поступки совершали 15,2 % больных данной группы, из которых преобладающей формой было сравнительно безопасное в социальном плане раннее приобщение к курению. Только 6,1 % пациентов

совершили имущественные деяния (кражи), остальные 93,9 % больных с ПП-М делинквентные поступки в преморбиде не совершали.

По уровню образования среди исследуемых групп статистически значимые различия были выявлены в виде преобладания лиц со средним образованием в группе больных с НЛ-М ООД и высшего образования в группе пациентов с ПП-М ( $\chi^2=9,2$ ;  $df_2=3$ ;  $p<0,05$ ). Не работали в течение жизни 38,8 % больных с НЛ-М, что соответствовало их низкому образовательному уровню и социальному статусу в целом. Это являлось одним из пусковых факторов в совершении многократных противоправных деяний имущественного и корыстного характера. В группе пациентов с НЛ-М ООД преобладали ( $\chi^2=10,1$ ;  $df_2=4$ ;  $p<0,05$ ) пациенты с формально «сохраненной» трудоспособностью (12,9 % человек) и с III группой инвалидности по психическому заболеванию (16,5 % больных). Пациенты, совершившие ООД по ПП-М, чаще ( $\chi^2=13,4$ ;  $df_2=2$ ;  $p<0,001$ ) имели трудовой стаж в течение жизни, но прогрессивное течение психического расстройства сопровождалось нарастающей социальной дезадаптацией и потерей постоянного места работы. В 60,6 % случаев больные данной группы являлись инвалидами II группы по психическому заболеванию.

Пациенты, совершившие ООД по НЛ-М, чаще ( $\chi^2=8,2$ ;  $df_2=3$ ;  $p<0,05$ ) проживали в перенаселенных и неблагоустроенных квартирах, имели только дальних родственников ( $\chi^2=9,7$ ;  $df_2=4$ ;  $p<0,05$ ), с которыми поддерживали неустойчивые отношения. При ПП-М пациенты имели более благоприятное ближайшее окружение – проживали с родителями либо в собственных семьях ( $\chi^2=11,6$ ;  $df_2=3$ ;  $p<0,01$ ).

Пациенты, совершившие ООД по НЛ-М, чаще ( $\chi^2=10,8$ ;  $df_2=4$ ;  $p<0,05$ ) были холостыми и ранее не состояли в браке, тогда как пациенты, совершившие ООД по ПП-М, в анамнезе чаще состояли в браке, но на момент обследования были разведены или были вдовцами. При увеличении давности заболевания количество пациентов, сумевших создать собственную семью, уменьшалось в 2 раза, что отражало нарастание социальной дезадаптации.

Анализ начала психического расстройства у обследуемого контингента показал, что в группе пациентов с НЛ-М ООД преобладали делинквентный дебют и постепенное развитие психического заболевания с детских лет ( $\chi^2=19,3$ ;  $df_2=7$ ;  $p<0,01$ ). В группе пациентов с ПП-М ООД достоверно чаще ( $\chi^2=18,9$ ;  $df_2=7$ ;  $p<0,01$ )

наблюдались острое начало заболевания и личностный дрейф. Кроме того, у этих пациентов началу заболевания чаще предшествовали психогении, что, скорее всего, было связано с более активным в социальном плане образом жизни.

Клиническая картина заболевания у 56 человек (47,5 %) определялась преобладанием дефицитарных расстройств и изменениями личности по шизофреническому типу; у 29 пациентов (24,6 %) имели место психопатоподобные расстройства. Галлюцинаторно-бредовые синдромы были выявлены у 28 пациентов (23,7 %); аффективно-бредовые – у 5 (4,2 %). При оценке состояния пациентов по шкале PANSS выявлено, что группы между собой достоверно различались по сумме позитивных и негативных расстройств, общих психопатологических симптомов, анергии и параноидного поведения ( $\chi^2=12,8$ ;  $df_2=6$ ;  $p<0,05$ ).

На основании разработанных в НИИ психического здоровья СО РАМН методик (Логвинович Г. В., 1987; Красик Е. Д., Логвинович Г. В., 1991; Семке А. В., 1995; Логвинович Г. В., Семке А. В., 1995) в нашем исследовании адаптационные возможности больных шизофренией рассматривались по двум векторам: социальному и клиническому. Основываясь на сочетании уровней адаптации, определялся тип адаптации (по Г. В. Логвинович).

В группе пациентов с *интегративным* типом адаптации (13,5 % выборки в целом) преобладали пациенты, совершившие ООД по ПП-М. Пациенты преимущественно (81,3 %) воспитывались в полных семьях, были социально адаптированы в преморбидном периоде. Отсутствовали сведения о совершении ими девиантных и делинквентных поступков. Для них было характерно наличие среднего специального, неполного высшего и высшего образования, имелся источник средств к существованию. Отношения с родными были ровные. Они имели собственные семьи либо были недавно разведены. Они не имели криминального опыта. Таким образом, ООД совершалось в условиях удовлетворительной социально-бытовой ситуации, когда пациенты не имели материальных, жилищных проблем.

Высокие клинические показатели были связаны с развитием психического расстройства в молодом возрасте (25—29 лет). Особенности психопатологической симптоматики при невысоком темпе прогрессивности шизофрении нередко приводили к несвоевременности оказания медицинской помощи. Многие пациенты на фоне высоких социальных показателей до совершения ООД не находились под наблюдением врача-психиатра ПНД.

Особая общественная опасность больных этой группы определялась выраженной психотической симптоматикой в период обострения (галлюцинации, бред, психические автоматизмы), способствовавшей совершению первичных тяжких ООД, направленных против жизни и здоровья. В ремиссии отмечалась незначительная выраженность негативных расстройств с формированием полной критики к перенесенным в психозе переживаниям, а также сочетание высоких клинических и социальных показателей, что не приводило к совершению повторных противоправных деликтов после прекращения принудительных мер медицинского характера.

В группе пациентов с *экстравертным* типом адаптации (9,3 % выборки в целом) также преобладали лица, совершившие ООД по ПП-М ( $\chi^2=8,4$ ;  $df_2=3$ ;  $p<0,05$ ). Больные чаще (в 63,6 % случаев) воспитывались в полных семьях, но в отличие от предыдущей группы в преморбидном периоде у них наблюдались признаки социальной дезадаптации. Уровень образования был ниже: в основном преобладали пациенты с неполным средним образованием (72,7 %), по 9,1 % пациентов были без образования или имели среднее специальное образование и высшее. Больные совершали единичные девиантные, делинквентные и криминальные поступки.

Были разведены или не были женаты 45,5 % пациентов этой группы. Отношения с родными характеризовались у них неустойчивостью, конфликтностью. Отсутствие жилищных проблем сочеталось со снижением профессионального уровня вследствие заболевания. Работа была низкооплачиваемая, пациенты занимались неквалифицированным рабочим трудом либо были уволены по «инициативе» больного (в связи с конфликтными ситуациями). Источником средств к существованию были III или II группы инвалидности по психическому заболеванию.

Возраст начала психического расстройства составил, как и в предыдущей группе, 25—29 лет. Несмотря на то что психотическая симптоматика наблюдалась на протяжении длительного времени и повторялась при рецидивах заболевания, данные пациенты совершали преимущественно первичные деликты, направленные против жизни и здоровья. Это было обусловлено своевременностью обращения за медицинской помощью к врачу-психиатру и назначением терапии. Следует отметить провоцирующую роль алкоголя в совершении ООД данными пациентами при однократном его употреблении, но алкоголизация играла заметно меньшую роль, чем при интравертном и деструктивном типах адаптации.

В большинстве наблюдений ситуация, повлекшая за собой совершение ООД, создавалась самими больными, реже они были вовлечены в конфликт случайно или участвовали в нем пассивно. Особая общественная опасность преимущественно была обусловлена выраженной психотической симптоматикой в период обострения, хотя отмечались ООД, совершенные в ремиссии на фоне негативных нарушений, сочетающихся с остаточной продуктивной симптоматикой.

В группе пациентов с интравертным типом адаптации (37,3 % выборки в целом) встречались пациенты, совершившие ООД по продуктивно-психотическому (45,5 % пациентов данной группы) и негативно-личностному (54,5 % больных) механизмам. В отличие от предыдущих групп данные пациенты воспитывались преимущественно в неполных и чужих семьях. В преморбидном периоде у них наблюдался высокий уровень социальной адаптации, больные совершали только девиантные поступки, криминальный опыт отсутствовал.

Уровень образования у данного контингента пациентов был недостаточно высоким. Преобладали пациенты со средним образованием (36,4 %). Неполное среднее и среднее специальное образование имели по 27,3 % пациентов. Вспомогательную школу окончили 4,5 %. Еще по 2,3 % опрошенных имели неполное высшее и высшее образование.

Отмечался высокий процент (54,5 %) разводов в связи с непрерывным течением психического расстройства с выраженной негативной симптоматикой. Несмотря на отсутствие конфликтов с родными, у данных пациентов не было поддержки с их стороны по «инициативе» самого больного (выраженная пассивность, безынициативность, замкнутость), так как он сам избегал общения с ними.

Жилищные условия чаще (в 93,2 % случаев) были ниже среднего или неблагоприятные. Преобладали (88,6 %) пациенты с инвалидностью II группы по психическому заболеванию. Однако наличие социально-бытовых проблем на момент совершения ООД не играло провоцирующую роль.

Начало заболевания у больных данной группы колебалось в диапазоне от 18 до 35 лет. При НЛ-М по ведущему синдрому преобладали больные с тормозным вариантом психопатоподобных состояний. При ПП-М наблюдалась «подострая» продуктивная симптоматика.

Больные совершали ООД в группе с соучастниками либо ООД совершались в ситуации конфликта. В одних случаях ООД совершались эпизодически, лишь при случайном стечении обстоятельств, к которым больной обнаруживал повышенную чувствительность (чаще по типу эмоциональной бесконтрольности), в других – они совершались систематически, когда конфликтная ситуация носила затяжной характер или больной находился в стойкой зависимости от асоциально ориентированных лиц. Нередко ООД совершались с особой жестокостью при реализации дисфорической агрессивности, импульсивности, эмоциональной бесконтрольности. Провоцирующую роль в совершении ООД играло употребление алкоголя, включая лиц, не склонных к систематическому употреблению алкоголя. По характеру ООД преобладали (90,9 %) корыстные деяния различного характера (хищения государственной и личной собственности, грабеж, разбой, вымогательство, мошенничество), которые совершались пациентами повторно и многократно. При этом при повторных деликтах отмечалась тенденция к нарастанию корыстных, имущественных правонарушений.

В группе пациентов с *деструктивным* типом адаптации (39,8 % выборки в целом) преобладали пациенты с НЛ-М ООД ( $\chi^2=7,9$ ;  $df_2=3$ ;  $p<0,05$ ). Данные пациенты воспитывались в неполных семьях, у дальних родственников, в интернатах. Уже в преморбидном периоде наблюдались признаки социальной дезадаптации извращенного характера, связанные с отрицанием социально приемлемых форм поведения и нередко с активной антисоциальной деятельностью. Для пациентов было характерным совершение девиантных и делинквентных поступков. В данной группе преобладали пациенты со средним специальным образованием (40,4 %). Среднее образование получили 31,9 % пациентов, неполное среднее – 21,3 %, высшее – 4,3 %, окончили вспомогательную школу – 2,1 % опрошенных.

Пациенты проживали в неблагоприятных жилищных условиях. Среди них велика была доля больных, нигде не работающих и с отсутствием группы инвалидности, т. е. фактически не имеющих средств к существованию. Отношения с родными были неустойчивые, конфликтные, либо пациенты не имели близких людей. Неблагоприятная социально-бытовая обстановка сочеталась с субъективной неудовлетворенностью пациентов своим материальным положением, что играло провоцирующую роль в совершении противоправных деяний. Таким образом, у пациентов данной группы

непосредственно перед совершением ООД наблюдались выраженная социальная, семейная и трудовая дезадаптация.

Начало заболевания приходилось на юношеский (15—19 лет) и молодой (25—29 лет) возрасты. В клинической картине преобладали психопатоподобные синдромы, относимые к кругу возбужденных, стеничных, а также с так называемой полиморфной симптоматикой.

На момент совершения деликтов у пациентов отмечалось систематическое или периодическое злоупотребление алкоголем, употребление наркотических средств. У 78,7 % пациентов данной группы алкоголизация имела место еще до начала психического заболевания. Алкоголь играл определенную провоцирующую роль в совершении ООД в 59,6 % случаев. В данной группе ООД совершались по реально-бытовому, корыстным мотивам лицами со стойким морально-этическим снижением, вызванным дефицитом высших эмоций. Такой тип адаптации преобладал среди больных с повторными и многократными ООД, что указывало на стойкость асоциальных тенденций.

Полученные данные об особенностях формирования опасного поведения у больных шизофренией с учетом типа адаптации были положены в основу разработанных нами лечебно-реабилитационных программ, основанных на принципах дифференцированности, этапности и индивидуального подхода, реализация которых осуществлялась через психофармакологический (ПФК), социально-терапевтический (СТК) и психокоррекционный (ПКК) комплексы. В каждой программе были выделены три этапа: начальный (адаптационно-диагностический), основной (плановой дифференцированной курации), заключительный (завершающий). Составными частями программ являлись медикаментозные и немедикаментозные формы терапии (при ведущей роли первых). Удельный вес фармакотерапевтической и реабилитационной составляющих в системе мероприятий, осуществляемых в условиях психиатрического стационара, был различным, в зависимости от степени участия клинических, личностных и социально-средовых факторов в генезе противоправной активности пациентов обеих групп.

*Первая программа реабилитации* применялась к больным с интегративным типом адаптации. На всех этапах лечебного воздействия широко использовалась психофармакотерапия, что определялось практически полной обусловленностью опасного поведения психотическими расстройствами. Социотерапевтические

и психокоррекционные мероприятия применялись в качестве дополнительных. Высокий уровень социального функционирования этих больных позволял быстро включать их в групповые психообразовательные и психокоррекционные мероприятия. Пациентам с галлюцинаторно-бредовыми состояниями назначались пролонгированные формы традиционных нейролептиков, которые в случае обострения комбинировались с препаратами седативного действия. После достижения стабилизации состояния больные переводились на монотерапию пролонгом, а при высокой степени комплаентности – на пероральные атипичные антипсихотики. В большинстве случаев хороший терапевтический эффект удавалось получить в относительно короткие сроки. Возможность избежать нежелательных эффектов нейролептической терапии или свести их к минимуму благоприятно влияла на дальнейшее сотрудничество пациента со специалистами полипрофессиональной бригады.

*Вторая программа реабилитации* использовалась для больных с интравертным типом адаптации, которая имела много общего с первым лечебно-реабилитационным маршрутом. Центральное место в ней занимали психокоррекционные и социальные мероприятия. Методы психофармакотерапии были представлены в большем объеме за счет большей давности заболевания, преобладания непрерывного типа течения, более сложной психопатологической структуры психотических приступов.

*Третья программа реабилитации* включала пациентов с экстравертным типом адаптации. Мероприятия ПФК при сохранении стабильного состояния не отличались от таковых на предыдущем этапе. Однако при развитии ухудшения возникала необходимость в коррекции лечебной программы, которая предполагала увеличение кратности введения базового антипсихотика, в том числе пролонгированного действия, и дополнительное назначение нейролептика седативного действия. Поддержание терапевтической ремиссии создавало благоприятные условия для более широкого применения СТК, а также позволяло включать пациентов в групповой реабилитационный процесс. На заключительном этапе медикаментозное лечение строилось на основе монотерапии антипсихотиком пролонгированного действия, дозы которого снижались до поддерживающих, и активном применении комплексов СТК и ПКК.

*Четвертая программа реабилитации* предназначалась для пациентов с деструктивным типом адаптации и основывалась на преобладании мероприятий СТК, которые по интенсивности превосходили фармакологическое воздействие. Социотерапевтические мероприятия предполагали активную инструментальную поддержку и психообразовательную работу с родственниками, включая постепенное подключение тренинга социальных навыков. Психокоррекционные мероприятия имели целью преодоление дезадаптивных стереотипов поведения, максимальное сглаживание и компенсацию особенностей пациентов, приведших к совершению правонарушения. Трудовые процессы являлись элементарными. Пациентов привлекали к уборке помещения или самообслуживанию; в ряде случаев в рамках внутриотделенческой трудотерапии им поручали выполнение простой ручной работы, не требующей профессиональных навыков и использования каких-либо инструментов. Лечебно-реабилитационная тактика заключительного этапа предполагала монотерапию атипичным антипсихотиком в таблетированной форме (при высокой степени соблюдения режима терапии) либо назначение пролонгированного нейролептика (при низкой комплаентности).

Длительность пребывания выписанного больного в психиатрическом стационаре специализированного типа составила  $31,9 \pm 6,1$  месяца. Среди пациентов, совершивших ООД по НЛ-М, продолжительность пребывания в психиатрическом стационаре составляла  $25,6 \pm 5,4$  месяца, а среди совершивших ООД по ПП-М длительность была достоверно ( $t=3,24$ ;  $p<0,05$ ) больше –  $38,3 \pm 6,7$  месяца. При интегративном типе адаптации длительность пребывания выписного больного в отделении специализированного типа составила  $35,3 \pm 4,2$  месяца, при экстравертном –  $39,8 \pm 3,5$  месяца, при интравертном –  $31,4 \pm 5,1$  месяца, при деструктивном типе –  $22,6 \pm 4,6$  месяца.

При оценке эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий у больных шизофренией, совершивших ООД по ПП-М, отмечалось снижение общей оценки по шкале PANSS с исходных 119,5 до 61,6 балла к концу первого года и до 49,7 балла к концу периода наблюдения. Аналогичная динамика прослеживалась и в отношении продуктивной симптоматики, выраженность которой в аналогичные сроки сокращалась с 35,8 до 17,9 балла, а затем и до 12,3 балла. Для двух названных показателей достоверность различий с исходными значениями на уровне  $p<0,05$  достигалась уже к концу 6-го месяца терапии. Через 12

месяцев уровень значимости результатов достигал  $p < 0,01$ , после чего происходила стабилизация состояния. В отличие от продуктивной и общепсихопатологической, негативная симптоматика характеризовалась значительной резистентностью к мероприятиям ПФК, вследствие чего за весь период пребывания в отделении удавалось добиться ее редукции с 20,9 до 16,7 балла ( $p < 0,05$ ,  $t = 4,37$ ). У больных, совершивших ООД по ПП-М, средние значения КИ снизились с  $14,8 \pm 4,7$  до  $-3,2 \pm 0,9$  балла (достоверность различий  $p < 0,001$  ( $t = 31,72$ ) по сравнению с исходным уровнем).

Степень редукции симптоматики в группе пациентов, совершивших ООД по НЛ-М, а также темпы улучшения психического состояния были менее выраженными, чем при доминировании продуктивных расстройств. Появление статистически достоверных различий по сравнению с исходным уровнем происходило в более поздние сроки – к 6-му месяцу и первому году терапии. При этом суммарный балл уменьшался со 116,1 до 80,7 балла ( $p < 0,05$ ,  $t = 5,1$ ) к концу первого года и до 66,5 балла – к концу второго года ( $p < 0,01$ ,  $t = 10,43$ ). Выраженность продуктивной симптоматики также редуцировалась достаточно эффективно (с 23,9 до 8,4 балла;  $p < 0,01$ ,  $t = 11,81$ ), в то время как негативные расстройства обнаруживали значительную устойчивость к проводимой терапии, хотя разница в исходных и конечных значениях (28,4 и 25,9 балла) также была статистически достоверной ( $p < 0,05$ ,  $t = 4,36$ ). Средние значения разности между выраженностью продуктивных и негативных симптомов изменились с  $-5,3 \pm 1,9$  до  $-18,4 \pm 6,2$  балла, изначально отрицательные значения КИ в результате терапии становились еще более низкими (достоверность различий  $p < 0,01$  ( $t = 12,42$ ) по сравнению с исходным уровнем). При интегративном типе адаптации отмечалось снижение общей оценки по шкале PANSS с исходного значения 121,5 балла до 48,9 балла к концу периода наблюдения ( $t = 11,53$ ,  $p < 0,01$ ), продуктивной симптоматики – с 36,2 до 11,9 балла ( $t = 12,8$ ,  $p < 0,01$ ), негативной симптоматики – с 21,5 до 16,4 балла ( $t = 4,51$ ,  $p < 0,05$ ). При экстравертном типе адаптации произошло снижение общей оценки с 117,3 до 59,1 балла ( $t = 11,74$ ,  $p < 0,01$ ), продуктивной симптоматики – с 38,6 до 12,2 балла ( $t = 11,61$ ,  $p < 0,01$ ), негативной симптоматики – с 24,1 до 16,5 балла ( $t = 4,83$ ,  $p < 0,05$ ). При интравертном типе адаптации наблюдалось снижение общей оценки с 115,7 до 72,9 балла ( $t = 13,54$ ,  $p < 0,01$ ), продуктивной симптоматики – с 25,7 до 9,3 балла ( $t = 11,21$ ,  $p < 0,01$ ), негативной симптоматики – с 31,2 до 19,5

балла ( $t = 5,32$ ,  $p < 0,05$ ). При деструктивном типе адаптации выявлено снижение общей оценки с 114,3 до 80,8 балла ( $t = 12,95$ ,  $p < 0,01$ ), продуктивной симптоматики – с 22,7 до 8,6 балла ( $t = 11,74$ ,  $p < 0,01$ ), негативной симптоматики – с 29,5 до 25,8 балла ( $t = 1,2$ ,  $p < 0,5$ ).

Таким образом, применявшиеся терапевтические схемы позволяли надежно контролировать основные симптомы заболевания и достичь выраженного противорецидивного эффекта, в первую очередь у пациентов с продуктивно-психотическим механизмом ООД. Обследованные из группы пациентов, совершивших ООД по негативно-личностному механизму, в силу имевшихся у них клинико-социальных особенностей обладали меньшим лечебно-реабилитационным потенциалом. Несмотря на это, подбор адекватных схем медикаментозной терапии и целенаправленное воздействие на устранение дезадаптирующих факторов социума позволяли достичь весьма высоких результатов, что положительно сказывалось на степени их общественной опасности.

## ВЫВОДЫ

1. Популяция больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность, является неоднородной по комплексу клинических и социальных характеристик, а также типам адаптации, показателям социального функционирования и качества жизни.

2. В зависимости от механизма совершения ООД особая общественная опасность может быть обусловлена различными особенностями противоправного поведения: при негативно-личностном механизме она преимущественно ассоциирована с совершением повторных деликтов (49,4 %), в том числе 61,2 % больных данной группы имели криминальный опыт в преморбидном периоде, при продуктивно-психотическом механизме – со склонностью больных к совершению тяжких и особо тяжких ООД (81,8 %).

3. Для больных шизофренией, совершивших ООД по негативно-личностному механизму, характерна более выраженная уязвимость в различных социальных сферах: низкий образовательный уровень ( $p < 0,05$ ), воспитание в неполной семье (63,5 %,  $p < 0,05$ ), совершение девиантных (57,6 %) и делинквентных (40,0 %) поступков в преморбидном периоде ( $p < 0,001$ ), а также отсутствие на момент ООД собственной семьи (63,5 %,  $p < 0,05$ ). В то же время тяжесть заболевания, проявлявшаяся в достоверно большей выраженности психотической ( $p < 0,05$ ) и общепсихопатологической ( $p < 0,05$ ) симптоматики, выявляемой по шкале PANSS, была свойственна группе больных с продуктивно-психотическим механизмом.

4. Изучение типов адаптации у больных шизофренией (по Г. В. Логвинович) позволило выявить следующие закономерности.

4.1. В группе пациентов с *интегративным* типом адаптации, при достаточно высоких объективных показателях социального функционирования, опрошенные выражали меньшую удовлетворенность своим образованием, материальным положением и шириной круга общения, а также завышали оценку по вертикали дневной активности и обеспеченности одеждой. Особая общественная опасность таких больных определялась выраженной психотической симптоматикой в период обострения (галлюцинации, бред, психические автоматизмы), способствовавшей со-

вершению тяжких ООД противоположного характера. В ремиссии отмечалась незначительная выраженность негативных расстройств с формированием полной критики к перенесенным в психозе переживаниям, а также сочетание высоких клинических и социальных показателей.

4.2. Пациенты с *экстравертным* типом адаптации выявили незначительное несоответствие между объективным и субъективным уровнями социального функционирования (завышение оценок по параметрам питания и дневной активности; снижение – по векторам психического состояния, образования, широты круга общения и жилищных условий). Особая общественная опасность была преимущественно обусловлена выраженной психотической симптоматикой в период обострения, хотя отмечались ООД, совершенные в ремиссии на фоне негативных нарушений, сочетающихся с остаточными продуктивными расстройствами.

4.3. При *интравертном* типе адаптации пациенты несколько завышали свое мнение относительно интеллектуальной и физической работоспособности, а также широты круга общения при достаточно низких объективных показателях. Снижение социального функционирования при высоких клинических показателях приводило к снижению и избирательности интереса к контактам, пассивному поведению. ООД выглядели внешне немотивированными, совершались с особой жестокостью при реализации дисфорической агрессивности, импульсивности, носили ситуационно-спровоцированный характер, а также провоцировались употреблением алкоголя.

4.4. В группе пациентов с *деструктивным* типом адаптации отмечалось значительное несоответствие объективных показателей и субъективного мнения практически по всем параметрам. Сохраняющаяся в ремиссии дефицитарная симптоматика существенно дезадаптировала больных, приводила к снижению уровня мотивации к какой-либо деятельности. В клинической картине преобладали изменения личности и психопатоподобные расстройствами, на фоне которых совершались ООД по реально-бытовому, корыстному мотивам лицами со стойким морально-этическим снижением, вызванным дефицитом высших эмоций. Такой тип адаптации преобладал среди больных с повторными и многократными ООД, что указывало на стойкость асоциальных тенденций.

5. Дифференцированная реабилитационная тактика у больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность, наряду с учетом ведущего психопатологического синдрома должна строиться в соответствии с типом адаптации и профилем качества жизни пациентов.

5.1. При интегративном типе адаптации приоритетным было использование поддерживающих дозировок психотропных препаратов (преимущественно атипичных нейролептиков), назначаемых после купирования острого психоза. Психосоциальные мероприятия имели вспомогательное значение и были направлены на достижение мотивации к сохранению высокого уровня социального функционирования.

5.2. При экстравертном типе адаптации подбор дозировок препаратов осуществлялся индивидуально, с учетом полиморфизма симптоматики. Психосоциальные мероприятия были направлены на снижение влияния болезненных проявлений на уровень социального функционирования, более адекватное восприятие пациентами степени своей дневной активности, уровня материального обеспечения и образования.

5.3. При интравертном типе адаптации поддерживающая антипсихотическая фармакотерапия дополнялась комплексом активных социотерапевтических мероприятий, во время которых особое внимание обращалось на социализацию пациентов, установление доверия к людям, более адекватную оценку больными уровня своей физической и интеллектуальной работоспособности.

5.4. При деструктивном типе адаптации применялись адекватные дозировки препаратов, предпочтение отдавалось пролонгированным формам. Основной акцент в психосоциальных мероприятиях делался на формирование более реального представления о себе и болезни, формирование комплаентности в отношении фармакотерапии.

6. Применение комплексных реабилитационных программ у больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность, позволяет достоверно улучшить показатели по шкале PANSS ( $p < 0,01$ ), улучшить качество трудовой адаптации, добиться более адекватной оценки уровня социального функционирования и улучшить комплаентность, что способствует редукции степени общественной опасности и профилактике повторных ООД.

## Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Клинико-социальная характеристика психически больных, представляющих особую общественную опасность / Г. М. Усов, А. С. Лапшина // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии в XXI веке : тезисы докладов межрегиональной научно-практической конференции. – Новосибирск, 2008. – С. 118—119.
2. Типология общественно опасных форм поведения лиц, страдающих психическими расстройствами / Г. М. Усов, А. С. Лапшина, Т. В. Шулакова // Охрана психического здоровья в демографической политике страны : тезисы докладов научно-практической конференции с международным участием. – Томск, 2008. – С. 343—345.
3. Сравнительная характеристика невменяемых и лиц с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости / Т. В. Шулакова, А. С. Лапшина // Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями» : материалы общероссийской конференции. – М., 2008. – С. 400—402.
4. Опыт применения и оценка эффективности психосоциальной реабилитации у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа / А. С. Лапшина, Т. В. Саутина, И. С. Пятецкая // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи : в 2-х т. / под ред. О. В. Лиманкина. – СПб., 2009. – Т. II. – С. 285—292.
5. Влияние лечебно-реабилитационных мероприятий на повышение уровня социальной адаптации больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность / А. С. Гаврилова // Охрана психического здоровья работающего населения России : тезисы докладов конференции. – Томск; Кемерово, 2009. – С. 68—72.
6. Полипрофессиональный подход при вторичной профилактике особой общественной опасности психически больных / А. С. Гаврилова // Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах : материалы общероссийской конференции. – М., 2009. – С. 140.
7. Онтогенетические аспекты общественной опасности лиц, страдающих шизофренией / А. С. Гаврилова, Т. В. Саутина // Онтогенетические аспекты психического здоровья населения : тезисы докладов. – Томск, 2010. – С. 45—47.

8. Принципы вторичной профилактики особой общественной опасности больных шизофренией / Г. М. Усов, А. С. Гаврилова, Т. В. Саутина // XV съезд психиатров России. – М. : ИД «Медпрактика-М», 2010. – С. 229—230.
9. Роль психоактивных веществ в совершении общественно опасных деяний больными шизофренией / А. С. Гаврилова, О. А. Чащина // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии : материалы региональной научно-практической конференции. – Омск, 2010. – С. 29—31.
10. Оценка качества жизни больных шизофренией с особой степенью общественной опасности / А. С. Гаврилова, Г. М. Усов // Уральский медицинский журнал. – 2010. – №9 (74). – С. 61—64.
11. Клинико-социальная характеристика больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность / А. С. Гаврилова, Г. М. Усов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 5 (62). – С. 67—69.
12. Принципы вторичной профилактики особой общественной опасности больных шизофренией / Г. М. Усов, А. С. Гаврилова // Психическое здоровье. – 2011. – № 1. – С. 60—65.
13. Клинико-социальная характеристика больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность / А. С. Гаврилова // Сборник статей Всероссийской школы молодых ученых в области психического здоровья. – Суздаль, 2011. – С. 83—88.
14. Современный взгляд на роль употребления психоактивных веществ в совершении общественно опасных деяний больных шизофренией / А. С. Гаврилова // Современные проблемы психических и соматических расстройств: грани соприкосновения. – Томск, 2012. – С. 36—40.
15. Адаптационные возможности и качество жизни больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность / А. С. Гаврилова // Психическое здоровье. – 2012. – № 6 (73). – С. 60—64.
16. Принципы терапии больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность, с учетом адаптации и качества жизни / А. С. Гаврилова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. – № 4 (73). – С. 33—37.