

АНТИОБЩЕСТВЕННОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ВЫРАЖЕННЫМ СИНДРОМОМ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ

ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»,
УО «Белорусский государственный медицинский университет»

В статье анализируется связь противоправных действий пациентов, достигших этапа клинического исхода шизофрении, с выраженностью трех психопатологических размерностей шизофрении (позитивные симптомы, негативные симптомы и синдром дезорганизации). Показано, что пациенты, отличающиеся выраженным синдромом дезорганизации, имеют практически в 2 раза повышенный риск совершения противоправных действий и практически в 3 раза повышенный риск совершения деликтов, сопровождающихся возбуждением уголовного дела и/или применением принудительных мер безопасности и лечения. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дифференцированного диспансерного наблюдения указанной категории пациентов в рамках группы «специальный учет».

Ключевые слова: шизофрения, антиобщественное, противоправное, поведение, дезорганизация, мышление, клинические дименсии.

A. N. Nestsiarovich

ANTISOCIAL BEHAVIOR IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH SEVERE DISORGANIZATION SYNDROME

The linkage between antisocial acts committed by patients with schizophrenia and the severity of three psychopathological dimensions at the state of the clinical outcome is analyzed. It was shown that patients with severe disorganization syndrome have almost 2-fold increased risk of antisocial acts and almost 3-fold increased risk of delicts associated with criminal charges and/or application of coercive measures of security and treatment. The data obtained indicate the need for differentiated dispensary observation for those patients within the group «special consideration».

Key words: schizophrenia, antisocial, illegal, behavior, disorganization, thought, clinical dimensions.

Прогнозирование социально неблагоприятных последствий шизофрении, связанных с агрессивным поведением пациентов и совершением ими правонарушений, до сих пор остается проблемным вопросом отечественной психиатрической практики. В то время как последние данные ведущих мировых исследовательских центров убедительно демонстрируют, что риск совершения антиобщественных действий у лиц, страдающих шизофренией, значительно выше, по сравнению с общей популяцией (в 7 раз у мужчин и в 29 раз у женщин) [4], объективная оценка вероятности поведенческих отклонений, представляющих собой опасность для общества, представляется сложной задачей. Одна из главных причин этого – клиническая гетерогенность шизофре-

нии, т. е. многообразие существующих форм и субтипов заболевания, независимая природа которых в последние годы активно дискутируется в научном сообществе. Специалисты признают, что правонарушения совершаются не всеми пациентами, но определенной их категорией, отличающейся психопатологическими особенностями (бред преследования, императивные и угрожающие галлюцинации, психопатические черты) [2, 5, 6]. Таким образом, высокий риск совершения антиобщественных действий представляется очевидным в случае, когда пациент руководствуется в поведении бредовыми мотивами, либо подчиняется императивным обманам восприятия. Тем не менее, данные современных исследований указывают на то, что нарушенное поведение боль-

□ Оригинальные научные публикации

ных шизофренией далеко не всегда определяется бредовой фабулой, либо содержанием галлюцинаций, но представляет собой независимый симптоматический паттерн, патогенетически связанный со специфическими расстройствами мышления и представляющий собой т. н. **синдром дезорганизации**. Проявления синдрома дезорганизации включают агрессивное поведение и возбуждение, стереотипии, нелепые поступки и внешний вид, грубые нарушения формальных характеристик мышления и речи, проявляющиеся разорванностью, отсутствием логических и грамматических правил построения предложений, ответами не по существу, «перескакиванием» с одной темы на другую, неконтролируемым речевым напором и пр. [3]. Результаты множества исследований указывают на то, что нарушения мышления сильнее всего коррелируют с отклоняющимся поведением пациента и должны рассматриваться как значимый предиктор нарушенного контроля над производимыми действиями. Тем не менее, анализ литературы показывает, что связь антиобщественного поведения с выраженностью трех психопатологических размерностей шизофрении (позитивные, негативные симптомы и дезорганизация) фактически не изучалась.

Цель исследования – изучить возможную взаимосвязь между антиобщественным поведением и выраженностью трех психопатологических дименсий шизофрении (позитивные симптомы, негативные симптомы и дезорганизация).

Материал и методы. Всего обследовано 336 пациентов в возрасте 18–65 лет, достигших этапа клинического исхода шизофрении. Для оценки клинических особенностей заболевания использовались Шкала для оценки негативных симптомов (SANS) и Шкала для оценки позитивных симптомов (SAPS). Разделение выборки на две группы сравнения производилось на основании суммарного балла дименсии дезорганизации шкалы SAPS: с выраженной дезорганизацией (сумма глобальных баллов >7,5) ($n = 73$) и без выраженной дезорганизации ($n = 263$). Аналогичное разделение выборки на группы произведено в отношении дименсий позитивных симптомов (сумма глобальных баллов больше/меньше 7,5) и негативных симптомов шизофрении (сумма глобальных баллов

больше/меньше 15). В группах сравнения анализировались два вида правонарушений: без судимости и/или применения принудительных мер безопасности и лечения (чаще всего – нанесение побоев членам семьи/сожителям, мелкие кражи, нарушения общественного порядка) и правонарушения, приведшие к возбуждению уголовного дела, заключению в места лишения свободы, принудительной госпитализации/лечению. Информацию получали из беседы с пациентом и его родственниками, из медицинской документации. Обработка полученных данных проводилась с помощью программ SPSS 13.0, GPower, WinPepi.

Результаты и обсуждение. Общее количество пациентов, совершивших противоправные действия без юридических последствий, составило 95 человек (42 женщины, 53 мужчины). В отличие от остальных пациентов, данный тип правонарушений достоверно чаще совершали лица с выраженным синдромом дезорганизации (29 (64,4%) против 66 (29,5%), $\chi^2 = 20,072$, $p = 0,000$, $OR = 2,19$ 95%ДИ 1,63–2,94) (таблица 1). В группах обследуемых с разной выраженностью позитивных и негативных симптомов шизофрении соответствующих статистически значимых отличий не обнаружено ($p > 0,05$).

Общее количество пациентов, совершивших противоправные действия, сопровождавшиеся возбуждением уголовного дела и применением принудительных мер безопасности и лечения, составило 34 человека (8 женщин и 26 мужчин). Данный тип правонарушений также достоверно чаще совершали пациенты с выраженным синдромом дезорганизации (15(20,5%) против 19 (7,2%), $\chi^2 = 11,153$, $p = 0,002$, $OR = 2,84$, 95% ДИ 1,52–5,31). В группах лиц, отличавшихся выраженностью позитивных симптомов шизофрении, соответствующих статистически значимых отличий не наблюдалось ($p > 0,05$), а пациенты, характеризовавшиеся выраженными негативными симптомами, совершали данный тип деликтов достоверно реже, чем остальные представители выборки (1(2%) против 33 (11,5%) $\chi^2 = 4,116$, $p = 0,041$, $OR = 0,90$, 95%ДИ 0,85–0,96).

Анализ полученных данных позволяет заключить, что пациенты, страдающие шизофренией с выраженным синдромом дезорганизации, имеют практически

Таблица 1. Распределение случаев совершения правонарушений пациентами с различной выраженностью трех синдромов шизофрении, в том числе повлекших за собой судебные разбирательства и применение принудительных мер безопасности/лечения

Синдромы		Есть правонарушения	Нет правонарушений	Статистические показатели	Судимость/ПМБЛ	Нет судимости/ПМБЛ	Статистические показатели
Позитивные симптомы	Выражены	27 (28,4%)	49 (28,2%)	$\chi^2 = 0,002$ $p = 0,964$	8 (23,5%)	78 (25,8%)	$\chi^2 = 0,085$ $p = 0,771$
	Не выражены	86 (71,6%)	125 (71,8%)		26 (76,5%)	224 (74,2%)	
Дезорганизация	Выражена	29 (30,5%)	16 (9,2%)	$\chi^2 = 20,072$ $p = 0,000^*$	15 (44,1%)	58 (19,2%)	$\chi^2 = 11,153$ $p = 0,002^*$
	Не выражена	66 (69,5%)	158 (90,8%)		19 (55,9%)	244 (80,8%)	
Негативные симптомы	Выражены	11 (11,6%)	32 (18,4%)	$\chi^2 = 2,123$ $p = 0,145$	1 (2,9%)	48 (15,9%)	$\chi^2 = 4,116$ $p = 0,041^*$
	Не выражены	84 (88,4%)	142 (81,6%)		33 (97,1%)	254 (84,1%)	

Примечание: ПМБЛ – принудительные меры безопасности/лечения. Показаны абсолютные и относительные показатели, хи-квадрат Пирсона (χ^2) и уровень значимости. Знаком * отмечены статистически значимые отличия.

в 2 раза повышенный риск совершения противоправных действий и практически в 3 раза повышенный риск совершения деликтов, сопровождающихся возбуждением уголовного дела и/или применением принудительных мер безопасности и лечения. Результаты свидетельствуют о том, что нарушенное/агрессивное поведение не определяется бредовой фабулой, либо выраженностью обманов восприятия, однако требует относительной сохранности мотивационно-волевых ресурсов психики.

Очевидна необходимость дифференцированного подхода к ведению и диспансерному наблюдению пациентов с выраженным синдромом дезорганизации при шизофрении: такие лица требуют особенно тщательного контроля и динамического наблюдения. На сегодняшний день в Республике Беларусь существует принцип дифференцированного диспансерного наблюдения пациентов с социально-опасными тенденциями и действиями в рамках групп «СУ» (специальный учет) [1]. Однако среди прогностически важных клинико-психопатологических признаков, нозологически релевантных шизофрении, перечислены лишь «бредовые идеи, направленные против конкретных лиц и (или) организаций и сопровождающиеся аффективной напряженностью (идеи отношения, ревности, преследования, воздействия)» и «психотические расстройства, сопровождающиеся агрессией и имеющие тенденцию к частому возникновению». Остальные признаки относятся к аффективным расстройствам, расстройствам личности и нарушениям поведения у детей. Таким образом, синдром дезорганизации – наиболее прогностически неблагоприятный с точки зрения социальных последствий клинических феноменов – остается неучтенным.

Выводы

1. Выраженный синдром дезорганизации на этапе клинического исхода шизофрении ассоциирован с высоким риском антиобщественных действий пациента ($p = 0,000$, $OR = 2,19$; 95% ДИ 1,63–2,94), в том числе, сопровождающихся применением в отношении него принудительных мер безопасности/лечения ($p = 0,002$, $OR = 2,84$; 95% ДИ 1,52–5,31). Это

определяет необходимость диспансерного наблюдения пациентов с выраженным синдромом дезорганизации в рамках группы «спеучет» при оказании им амбулаторной психиатрической помощи.

2. Стратегия совершенствования системы профилактических мероприятий в отношении больных шизофренией с социально-опасными тенденциями и действиями должна включать количественную оценку выраженности синдрома дезорганизации в клинической картине заболевания на момент выписки пациента из психиатрического стационара и на момент его осмотра специалистами амбулаторных служб, а также включение критерия «выраженный синдром дезорганизации» в перечень прогностически значимых клинико-психопатологических признаков.

Литература

1. *Об утверждении* Инструкции о порядке осуществления диспансерного наблюдения за пациентами, страдающими хроническими или затяжными психическими расстройствами (заболеваниями) с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями [Электронный ресурс]: постановление Министерство Здравоохранения Республики Беларусь, 19 июля. 2012, № 110 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Режим доступа: <http://pravo.by/>. – Дата доступа: 26.03.2014.

2. *Abushua'leh, K., Abu-Akel A.* Association of psychopathic traits and symptomatology with violence in patients with schizophrenia // *Psychiatry Research*. – 2006. – Vol. 143 (2–3). – P. 205–211.

3. *Andreasen, N. et al.* Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus // *The American Journal of Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162. – P. 441–449.

4. *Fazel, S. et al.* Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis // *PLoS Medicine*. – 2009. – Vol. 6 (8). – P. 1000120.

5. *Freeman, D., Garety P., Kuipers E.* Persecutory delusions: developing the understanding of belief maintenance and emotional distress // *Psychological Medicine*. – 2001. – Vol. 31 (7). – P. 1293–1306.

6. *Sune, Bo et al.* Risk factors for violence among patients with schizophrenia // *Clinical Psychology Review*. – 2001. – Vol. 31. – P. 711–726.