

*А.Д. Балашов,  
Е.И. Скугаревская*

## **Общественно опасное поведение лиц, страдающих шизофренией, и их динамическое диспансерное наблюдение**

*Белорусский государственный медицинский университет*

Проблема влияния психических расстройств на возникновение общественно опасного поведения волнует человечество не один десяток лет, остается она актуальной и в настоящее время. В психиатрической литературе существуют разноречивые взгляды на опасность психически больных для общества, значение психопатологических феноменов, роль личностных, социальных и ситуационных факторов в формировании противоправного поведения лиц с психическими расстройствами, прежде всего страдающих шизофренией, которые составляют до 60% лиц, признанных невменяемыми[5].

Цель исследования: изучение данных литературы в сопоставлении с результатами собственного исследования общественной опасности лиц, страдающих шизофренией, и разработка путей профилактики повторных и множественных общественно опасных деяний (ООД) у лиц исследуемой диагностической группы.

Задачи исследования: 1) Провести аналитический обзор феномена общественно опасного поведения лиц, страдающих шизофренией; 2) Изучить однородность (принадлежность к одной генеральной совокупности) групп лиц страдающих шизофренией с общественно опасным поведением и без такового по основным клинико-социальным характеристикам их динамического диспансерного наблюдения; 3) наметить пути дальнейшего развития амбулаторной психиатрической помощи направленной на профилактику повторных и «множественных» ООД у лиц, страдающих шизофренией.

### Материал и методы

В исследование включено 311 лиц, страдающих шизофренией, которые распределены по следующим группам: 1-я – основная группа – пациенты, страдающие шизофренией, совершившие повторные общественно опасные действия ООД (N=100), 2-я – группа сравнения – пациенты, страдающие шизофренией, совершившие однократные ООД (N=111), 3-я – контрольная группа – пациенты, страдающие шизофренией, не совершившие ООД (N=100). Критерии включения в основную группу и группу сравнения – совершение ООД на территории Могилевской области в период времени с 1970 по 2006 год включительно. Критерии исключения из группы сравнения – катamnестическое наблюдение менее 25 лет. Контрольная группа сформирована методом случайной выборки из числа лиц, страдающих шизофренией и находящихся под наблюдением врачей-психиатров Могилевской области не менее 25 лет и не совершившие ни одного ООД. Критерии исключения из контрольной группы – нахождение в психиатрической больнице либо доме-интернате за период наблюдения дольше чем 10 лет. Соотношение мужчин/женщин в контрольной группе пропорционально таковым в основной

группе и группе сравнения и составляют 7:1. Основными методами исследования явились клинико-психопатологический, клинико-катамнестический и клинико-статистический. Различия в частотном распределении внутри признака между группами оценивались с помощью критерия Пирсона  $\chi^2$ . Величина риска оценивалась с помощью таблицы сопряженности 2 x 2 и расчета показателя относительного риска RR (Relative Risk)[3].

Дизайн исследования. Исследование ретроспективное, сравнительное, «случай-контроль».

#### Результаты и обсуждение

Большинство общественно опасных деяний, совершаемых лицами страдающими шизофренией приходится на агрессивные (убийства, причинение телесных повреждений), имущественные (кражи, грабежи, разбойные нападения), случаи хулиганства и опасные деяния, связанные с половой неприкосновенностью (изнасилования, развратные действия)[1,2,19]. При сопоставлении общественной опасности лиц, страдающих шизофренией, со здоровыми правонарушителями, большинством авторов отмечено, что относительная частота совершения неагрессивных ООД у лиц с шизофренией заметно ниже, чем в остальной части населения[2,5]. Однако, лица с шизофренией по частоте совершения агрессивных деяний превышают «психически здоровую» часть населения по данным разных авторов в 3-15 раз[2,5,19]. Так, по данным М. Еромел, среди лиц мужского пола, совершивших ООД, доля больных шизофренией была в 6,5 раза выше, чем в населении, а у женщин – в 15 раз[19]. В целом, соотношение мужчин к женщинам, страдающим шизофренией совершившим ООД по данным нашего исследования, находится в пределах 7:1 – 10:1, что является обычным для судебно-психиатрической практики[5].

Лица, страдающие шизофренией, могут совершать ООД как в дебюте заболевания так и на его отдаленных этапах, как при обострении заболевания, так и в состоянии ремиссии[2,8,23,25]. При этом основную роль в реализации опасного поведения играет не сам диагноз психического расстройства, а актуальное психопатологическое состояние[2,14]. По мнению Т.Б. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича, если построить шкалу потенциальной опасности психопатологических синдромов, то во многом она будет повторять градацию их тяжести. Тогда на полюсе наиболее опасных состояний окажутся синдромы помрачения сознания, характеризующиеся полной дезорганизацией целенаправленного поведения при сохранности моторных функций. На противоположном полюсе находится астенический симптомокомплекс, а промежуточными являются галлюцинаторно-бредовые, бредовые, аффективные, личностные расстройства [2]. Согласно ряду зарубежных авторов, проявления агрессии у лиц с шизофренией наиболее часты и особенно выражены на фоне так называемых симптомов «отвержения запугивания и контролирования» (treat/control override)[14,29]. К этой группе симптомов отнесены бред преследования и отравления, бред и псевдогаллюцинаторные

ощущения управления телом и движениями, овладение или управление мыслями. По данным В.П. Котова и М.М. Мальцевой, опасность больных шизофренией усиливается при усложнении синдромов, появлении тревоги, растерянности, страха, при сочетании идей преследования и отравления с аффективными нарушениями, императивными галлюцинациями, при формировании стойких бредовых идей, направленных на определенных лиц[5]. По мнению ряда исследователей, у женщин больных шизофренией и совершивших ООД, дефицитарная симптоматика выражена значительно меньше, чем у страдающих шизофренией мужчин[8,20].

Общественная опасность лиц с шизофренией, даже при наличии «опасных» психопатологических синдромов не является «фатальной», а сложно опосредована личностными и ситуационными факторами[9,10,13,27,29]. Это подтверждается фактом обратной зависимости между уровнем поражения психики и частотой повторных и «множественных» противоправных деяний: при таких тяжелых состояниях, как парафренное или исход шизофрении с формированием глубоких изменений личности, повторные ООД встречаются несравненно реже, чем при более легких постпсихотических состояниях с превалированием расстройств личностного регистра, хотя регуляция поведения при галлюцинаторных, бредовых и других психотических синдромах значительно сложнее[2]. При этом, лицами, страдающими шизофренией, вне психотического состояния совершается не менее 80 % ООД[5].

В современных исследованиях общественно опасного поведения лиц, страдающих шизофренией, все больше значения придается коморбидным шизофрении состояниям[1]. По данным Mueser К.Т. больные шизофренией с диагнозом антисоциального личностного расстройства в анамнезе чаще, чем больные с другими расстройствами поведения в детстве, впоследствии совершали агрессивные действия[2]. Heads Т.С. с сотрудниками показали, что у пациентов с деликвентным поведением в детстве до манифестации шизофрении с опасными проявлениями, была выражена тенденция к повторным агрессивным действиям[2]. Отдельные авторы отмечают наличие у ряда пациентов с опасным поведением еще до заболевания выраженную «личностную деформацию», которая проявлялась с раннего детства девиантным и деликвентным поведением, в последующем занимая значительный удельный вес в клинической картине психического расстройства, тем самым существенно затрудняя диагностику сроков манифестации самой шизофрении[6,7]. Указанный лица являлись наиболее сложным контингентом, как в местах лишения свободы, так и в психиатрическом стационаре[5]. Криминальный опыт до заболевания, пребывание в асоциальных группах и местах заключения, низкий уровень социальной адаптации повышают риск совершения ООД[4,8,15,18,29,31]. Анализируя групповые ООД с участием лиц, страдающих шизофренией, Л.А. Подrezова показала, что такие больные являются наименее курабельными, представляют собой в популяции больных шизофренией наиболее неблагоприятную в социальном отношении группу, часто стойко адаптированную на антисоциальном уровне[5]. На долю

групповых преступлений, по ее данным, приходится около 10,3% от всех ООД с участием больных шизофренией. Рядом авторов подчеркивается значение алкогольной интоксикации в генезе опасных действий больных шизофренией[4,5,6,17,26,30]. Шизофрения, осложненная алкогольной зависимостью, повышала риск агрессии в 16,8 раза в исследованиях Европейской психиатрической ассоциации («чистая» шизофрения – в 3,9 раза) (Swanson J.W., 1994), по финским данным, она повышала риск совершения убийства у мужчин более чем в 17 раз (Eronen et al.,1996), у женщин – в 77,0 (Eronen M., 1995), по австралийским – совершение агрессивного ООД в 8 раз, а совершение убийства в 4 раза-цит. по Т.Б. Дмитриева, Б.В. Шостакович и др. «Агрессия и психическое здоровье», 2002.

Рассматривая влияние «ситуации» на формирование опасного поведения, необходимо отметить, что данные научных работ так же убедительно свидетельствуют, что наибольшему риску агрессии со стороны больных шизофренией подвергаются их родные, особенно проживающие с ними совместно [8,30]. Причем ряд исследователей полагает, что агрессия, направленная против родных, у психически больных чаще обусловлена психопатологическими переживаниями [8,13,30]. Известно, что микросоциальная среда у психически больных и здоровых людей сильно различается[10 ]. Так, у больных круг значимых для них людей гораздо уже, чем у здоровых и, как правило, те семьи, в которых есть психически больной, нередко изолированы от общества[10,17]. В силу упомянутого предвзятого отношения к таким больным их семьи часто скрывают факт заболевания своего родственника. Несмотря на то, что члены семей больных шизофренией нуждаются в помощи окружающих, они не обращаются за ней даже в сложных ситуациях, например, когда у больных формируется синдром «оппозиционной напряженности» (Ф.В. Кондратьев, 1996), проецируемый на близких членов семьи и создающий реальный риск агрессивных поступков[8,9]. Неблагоприятные внутрисемейные отношения нередко определяются ситуацией предстоящего развода, необходимостью раздела имущества, квартиры[9,16,20]. Нередки случаи и провоцирования родственниками и ближайшими соседями больного конфликтных ситуаций в ответ на его законные и психологически понятные требования с целью «определения» пациента в психиатрический стационар для решения своих эгоистических вопросов[9]. Конфликтная ситуация в семье и с ближайшим окружением может отражаться в содержании слуховых галлюцинаций, формировании бредовых идей, вызывая у лиц с шизофренией тревогу и страх, провоцируя обострения психического заболевания, что повышает риск совершения агрессивного ООД[9,15,14,20,28]. По данным А.Э. Вайнштейна и Н.К. Харитоновой, при анализе агрессивного поведения лиц, страдающих шизофренией, против членов семьи, провоцирующее поведение со стороны родственников является характерным и прямо влияет на тяжесть агрессивных проявлений, даже если агрессия совершается в рамках продуктивной психопатологической симптоматики[13]. Ими же подчеркнута, что агрессивное поведение больных

шизофренией, насколько бы не была выражена продуктивная симптоматика, реализуется только в условиях, создаваемых поведением жертвы и окружения. Ответная реакция последних может облегчить проявление агрессивных тенденций или воспрепятствовать им, даже если эти тенденции психопатологически обусловлены [13]. Проведение образовательной работы с семьей в подобных случаях оказывает отчетливо положительное воздействие на взаимоотношение в семье и устранение отрицательных условий микросреды хотя и не нивелирует эндогенных проявлений заболевания, но снижает, а иногда и полностью исключает агрессивные действия больных шизофренией [9,13,29]. Пациенты, к которым в семьях относятся доброжелательно, отмечают лучшее качество своей жизни. Причем некоторые авторы считают, что уровень качества жизни в этих случаях статистически не зависит от выраженности психопатологии или преморбидной ориентации [5,10,14]. Рядом авторов замечено, что высокий уровень качества жизни и социального функционирования, определяет просоциальную направленность деятельности психически больных, высокую социальную адаптацию и низкую криминальную активность [8,9,10].

Известен факт, что при совершении даже агрессивных, но не тяжких ООД больными шизофренией, состоящими на диспансерном учете, уголовные дела возбуждаются не всегда, часто больные просто госпитализируются в психиатрические стационары. Такая практика существует не только в Беларуси, но также и в других странах постсоветского пространства и в странах зарубежья. В Швейцарии, например, подобное имеет место в 26% случаев [23], в США – в 25% [24]. Данный феномен можно объяснить явлением, которое не описывается в психиатрической литературе и представляет собой применительно к психически здоровым преступникам, так называемую «латентную преступность», которая хотя и не «учитывается» правоохранительными органами, но превышает «зарегистрированные» ООД в десятки раз. По данным Ю.М. Либерман, число больных шизофренией с общественно опасными тенденциями достигает от 8 до 27% из общего числа больных шизофренией, состоящих на учете [5,9].

Нами была выдвинута рабочая гипотеза о том, что пациенты, страдающие шизофренией и совершившие ООД, имеют различия с пациентами не совершавшими ООД по таким значимым для амбулаторного наблюдения клиничко-социальным факторам как «семейный статус», «проживание», «частота обострения психотической симптоматики», «регулярность посещения врача-психиатра», «преимущественный вид лечения», «причина госпитализации», «добровольность/принудительность госпитализаций», «сохранность общей активности», «коморбидные состояния», «наличие судимости до заболевания», «латентная общественная опасность», «развитие в подростковом возрасте». Часть указанных факторов имела самостоятельное значение, а часть оценивалась в динамике. Для возможности динамической оценки время амбулаторного наблюдения за пациентом было условно разделено на три периода: 1) начальный (первые 0-5 лет заболевания), 2)

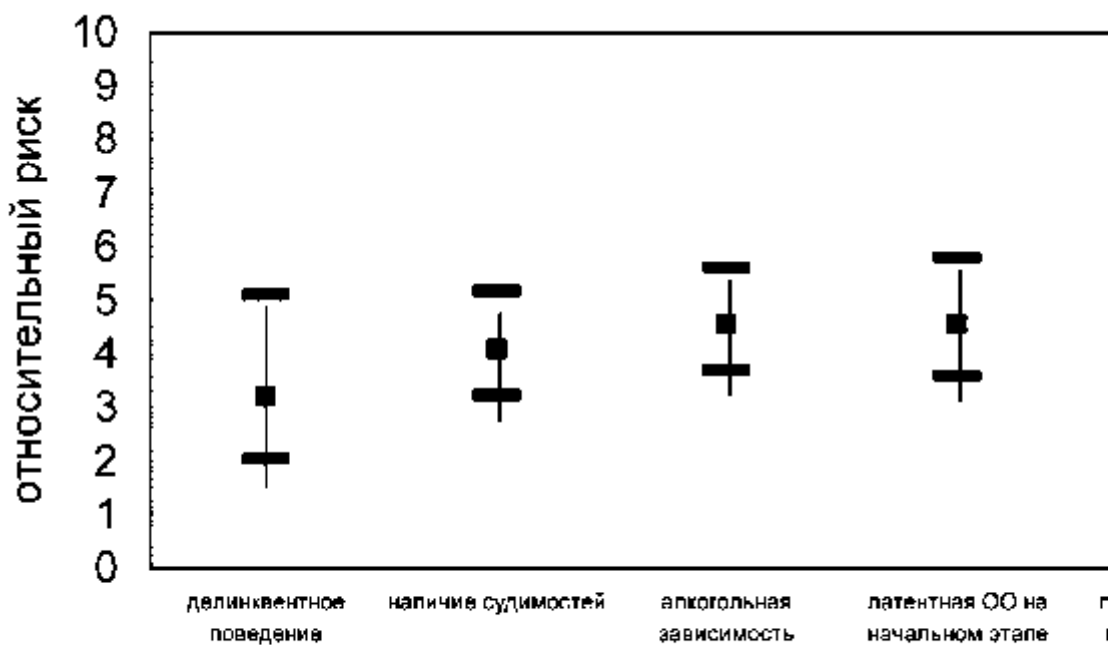
промежуточный (10-15 лет от начала заболевания), 3) отдаленный этап (20-25 лет амбулаторного наблюдения).

Проведенный анализ частотного распределения указанных выше факторов показал, что группы лиц без ООД, с однократными и повторными ООД имеют существенные статистические различия. Наибольшие различия между выделенными группами были выявлены по признаку «причина госпитализации» в середине наблюдения ( $\chi^2 = 150,37$ ;  $p < 0,001$ ) и на отдаленных этапах наблюдения ( $\chi^2 = 176,66$ ;  $p < 0,001$ ). Так, причиной госпитализации лиц с повторными ООД на этих этапах в подавляющем большинстве случаев служило совершение очередного ООД, конфликты с родственниками, соседями, в отличие от группы сравнения и контроля, у которых на первое место выступали жалобы на здоровье и забота родственников, связанные с их состоянием здоровья. Этой же динамики придерживается и следующий по значимости различий фактор «добровольность/принудительность госпитализаций», различие по которому прослеживается также на всех этапах диспансерного наблюдения (1)- $\chi^2 = 95,03$ ;  $p < 0,001$ ; 2)- $\chi^2 = 114,99$ ;  $p < 0,001$ ; 3)- $\chi^2 = 106,99$ ;  $p < 0,001$ ). Лица из группы повторных ООД гораздо чаще остальных пациентов госпитализировались в психиатрический стационар в недобровольном порядке, причем в ряде случаев именно им были свойственны принудительные госпитализации с участием сотрудников милиции. По указанному фактору наибольшее различие между основной и контрольной группой ( $\chi^2 = 132,66$ ;  $p < 0,001$ ), чем между основной и группой сравнения ( $\chi^2 = 32,66$ ;  $p < 0,01$ ), что указывает на характерное преобладание в контрольной группе «добровольных» медицинских мероприятий при относительно сохранном комплаенсе и характерное его полное отсутствие в основной группе. В данном случае группа сравнения занимает «промежуточное положение» и не характеризуется однородностью. При этом на «начальных» этапах и этапе «отдаленного наблюдения» указанные лица приближались к контрольной группе ( $\chi^2 = 23,13$ ;  $p < 0,01$ ), а в середине наблюдения – к основной ( $\chi^2 = 67,24$ ;  $p < 0,001$ ). Следующим по значимости следует фактор «преимущественный вид лечения», который делится на амбулаторное, стационарное и лечение в условиях дневного стационара. Примечательно, что все три группы по данному фактору на начальных этапах наблюдения не имеют статистически значимых различий ( $\chi^2 = 11,04$ ;  $p < 0,25$ ), что связано с преимущественным лечением именно в условиях стационара первых обострений психического расстройства. Что касается дальнейшего наблюдения за обращаемостью к врачу-психиатру, то между группами имеются существенные различия: уже вскоре после первых приступов психоза лица с повторными ООД существенно реже других самостоятельно посещают врача-психиатра в амбулаторных условиях, со значительным преобладанием случаев стационарного лечения ( $\chi^2 = 65,77$ ;  $p < 0,001$ ), при этом на отдаленных этапах наблюдения самостоятельные посещения диспансера у них становятся вообще исключительной редкостью по сравнению с контрольной группой ( $\chi^2 = 92,92$ ;  $p < 0,0001$ ). Для лиц с повторными ООД лечение в условиях дневного

стационара ни на одном из этапов наблюдения не характерно ( $\chi^2=97,07$ ;  $p<0,0001$ ). Лицам группы сравнения в целом в середине наблюдения и на его отдаленных этапах присуще самостоятельное посещение врача-психиатра, хотя и не регулярно, но с частотой не реже 1 раз в 6 месяцев, что сближает указанную группу с контрольной по внутрифакторной категории «нерегулярное, но самостоятельное посещение врача-психиатра» ( $\chi^2=24,22$ ;  $p<0,05$ ). Что касается частоты обострения психотической симптоматики, то различия между группами также статистически значимы и наиболее существенны на отдаленных этапах наблюдения ( $\chi^2=45,12$ ;  $p<0,001$ ). Так, частота обострений к 20-му году заболевания у лиц с повторными ООД характеризуется в основном редкими обострениями, преимущественная частота которых не превышает 1 в 5 лет. Интересен факт частотного распределения обострений у лиц в контрольной группе, которая по своей структуре содержит по факторам «частота обострения» и «сохранность общей активности» две статистически разнородные подгруппы ( $\chi^2=89,07$ ;  $p<0,001$ ): 1) с редкими обострениями заболевания и сохранной общей активностью и 2) с частыми процессуальными обострениями и значительно сниженной общей активностью. При этом, группа лиц с повторными ООД не имеет статистически значимых различий с 1 подгруппой контрольной группы ( $\chi^2=11,08$ ;  $p<0,32$ ), а лица из 2-й подгруппы контрольной группы не имеют статистически значимых различий с группой сравнения ( $\chi^2=9,11$ ;  $p<0,48$ ). Примечателен факт отсутствия статистически значимых отличий между контрольной и основной группой по фактору «однократный приступ шизофрении в анамнезе» ( $\chi^2=10,86$ ;  $p<0,43$ ) и существенное различие по этому фактору между указанными группами и группой сравнения ( $\chi^2=89,43$ ;  $p<0,0001$ ). По факторам «проживание» и «семейное положение» основная группа имеет статистически значимые различия как с контрольной, так и с группой сравнения на протяжении всего периода наблюдения ( $\chi^2=89,43$ ;  $p<0,001$ ) и ( $\chi^2=79,14$ ;  $p<0,001$ ). При этом в основной группе к моменту манифестации шизофрении существенно преобладали лица уже имевшие супружеский опыт ( $\chi^2=37,11$ ;  $p<0,05$ ), проживавшие в своих семьях ( $\chi^2=27,43$ ;  $p<0,05$ ) в то время как в группе сравнения и контроля в основном на этом этапе пациенты еще не имели своих семей и проживали с родными. Со временем течения заболевания и динамического наблюдения частотное распределение по рассматриваемым факторам существенно изменялось-к середине наблюдения лица основной группы характеризовались неустойчивыми семейными связями с наличием большого количества разведенных и проживающих отдельно от родных ( $\chi^2=21,42$ ;  $p<0,05$ ) с временными сожителями (сожителями) ( $\chi^2=48,12$ ;  $p<0,01$ ), в то время как лицам контрольной группы было характерно длительное проживание в собственной семье ( $\chi^2=35,54$ ;  $p<0,01$ ), при этом подобная динамика сохранялась в дальнейшем до конца периода наблюдения. Группа сравнения к середине наблюдения и на его отдаленных этапах характеризовалась статистической разнородностью с преобладанием случаев холостого проживания ( $\chi^2=27,22$ ;  $p<0,05$ ) в семьях родственников ( $\chi^2=19,33$ ;

$p < 0,05$ ).

В третьей части исследования были выделены факторы, являющиеся прогностически неблагоприятными в плане рецидива преступления у лиц без шизофрении и проанализировано их возможное влияние на совершение ООД у лиц с шизофренией. К таким факторам были отнесены «делинквентное поведение в подростковом возрасте» (1), «наличие судимостей до заболевания»(2), «алкогольная зависимость»(3) и «латентная общественная опасность», которая была рассмотрена в динамике-на начальных этапах заболевания(4), в середине наблюдения(5) и на отдаленных этапах наблюдения(6). С точки зрения используемого метода статистики, указанные факторы были рассмотрены в качестве «факторов риска» которые могли повлиять на шанс попадания исследуемой когорты (лиц, страдающих шизофренией с общественно опасным поведением и без такого) в одну из выделенных групп (без ООД, с однократным ООД, с повторными ООД). Величина риска возникновения ООД оценивалась с помощью таблицы сопряженности 2x2 и расчета относительного показателя риска RR (Relative Risk) [3,21,22]. На первом этапе был изучен риск попадания всех лиц с перечисленными факторами в группы без ООД и с однократным ООД (рис. 1).



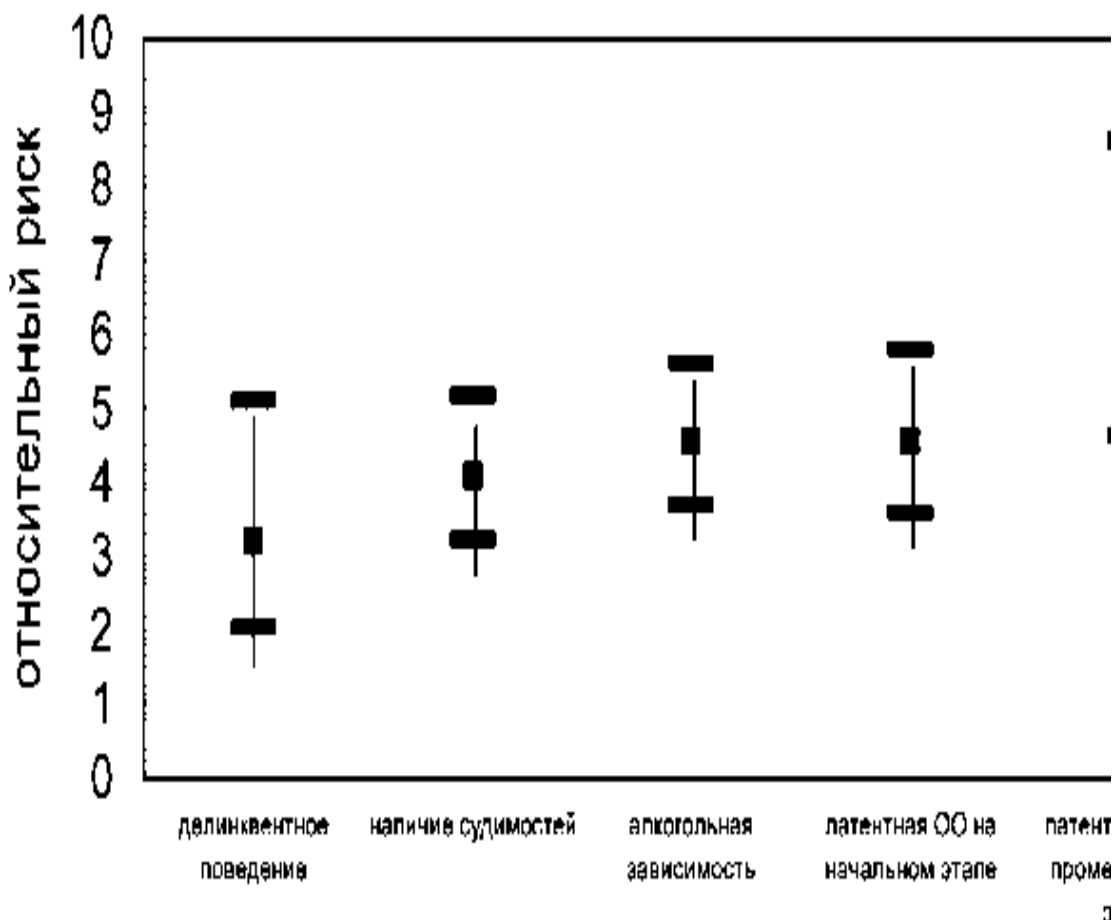
— 95% доверительный интервал

Рис. 2. Относительный риск совершения повторного ООД по выделенным факторам

Как видно из рисунка 1, по всем выделенным факторам риск совершения однократного ООД был близок к единице, т.е. отсутствовал. Кроме того, во всех случаях нижняя граница доверительного интервала была ниже 1, т.е. эти группы не отличались друг от друга по выделенным факторам, наличие которых у отдельных лиц исследуемых групп не являлось характерным для



описания всей группы и с точки зрения используемого статистической методики носило случайный характер. Это позволило нам объединить исследуемые группы (контрольную и группу сравнения) в одну и использовать ее в качестве контрольной для сравнения с группой лиц с повторными ООД. При сравнении указанных групп по всем выделенным факторам были получены величины относительного риска намного больше единицы, которые с 95% доверительным интервалом указаны на рисунке 2.



— 95% доверительный интервал ■

Рис. 2. Относительный риск совершения повторного ООД по выделенным факторам

Как видно из рисунка 2, риск совершения повторного ООД у лиц с шизофренией увеличивается в 2-4 раза при наличии у пациента делинквентного поведения в подростковом возрасте, в 2,5 – 5 раз при наличии судимостей до заболевания, в 3,7-5,7 раз при сформировавшейся алкогольной зависимости. Под латентной общественной опасностью понимались такие действия лиц с шизофренией, которые содержали в своей структуре формальные признаки нарушения уголовного законодательства, однако уголовные дела не возбуждались по причине психического расстройства обидчика, а ограничивалось все лишь помещением последнего в психиатрический

стационар на общих основаниях. Как видно из рисунка 2, лицам с повторными ООД было свойственно по сравнению с контрольной группой стойкое, «не регистрируемое правоохранительными органами» общественно опасное поведение на всех этапах наблюдения, которое достигало своего пика спустя 10-15 лет после первого приступа шизофрении и в этот период увеличивало риск совершения «зарегистрированного» повторного ООД в 4,5 – 9 раз. Другими словами, в группе лиц с повторными ООД, в среднем на 1 ООД приходилось 6 госпитализаций в психиатрический стационар причинами которых также были общественно опасные деяния, однако которые по различным субъективным причинам не были зарегистрированы правоохранительными органами в качестве «преступления» и не были возбуждены уголовные дела. По мнению ряда авторов, именно таким госпитализациям необходимо отводить максимальное значение для профилактики ООД[5,23,24].

Проведенный анализ различий групп лиц страдающих шизофренией без ООД, с однократным и повторным ООД по основным факторам, связанным с диспансерным наблюдением, показал, что между указанными группами имеются существенные различия. Так, пациенты с повторными ООД по сравнению с контрольной группой и группой сравнения характеризуются редкими обострениями шизофрении, сохранным уровнем общей активности на поздних этапах наблюдения, отказом от самостоятельного посещения психиатрического диспансера, отсутствием родных и близких, способных к адекватному сотрудничеству с врачом-психиатром. У таких пациентов преобладают случаи делинквентного поведения с подросткового возраста, в ряде случаев у них имеется криминальный анамнез ко времени манифестации шизофрении, для них характерны случаи злоупотребления алкоголем с формированием зависимости. Причины их госпитализации в психиатрический стационар за весь период наблюдения в основном были связаны с совершением очередного ООД либо конфликтами с окружающими, которые часто носили длительный, «застойный» характер, сами по себе содержали признаки общественной опасности, существовали на протяжении всего времени диспансерного наблюдения и их частота сокращалась лишь вслед за снижением общей активности пациента. Кроме того, лицам основной группы не было характерно предъявление жалоб на психическое здоровье, они не принимали лекарственные препараты и госпитализации в психиатрический стационар у них в основном носили принудительный характер, часто с участием сотрудников милиции, что не было характерно для контрольной группы и группы сравнения.

Согласно существующим нормативным актам в Республике Беларусь, лица совершившие ООД и их не совершавшие, наблюдаются по одним и тем же методологическим принципам, согласно территориального деления, участковым врачом-психиатром психиатрического диспансера (кабинета). Отличия заключаются лишь в том, что лица, совершившие ООД, наблюдаются по так называемой группе «специального учета» с частотой посещения

(активного наблюдения) не реже 1 раза в месяц, однако с юридической точки зрения такие лица, если не находятся на принудительном лечении, имеют статус обычного пациента. Вместе с тем, как показывают результаты настоящего исследования, к лицам, страдающим шизофренией со стойким общественно опасным поведением целесообразно применять иные, чем для других пациентов с шизофренией методологические принципы организации амбулаторной психиатрической помощи, которая часто носит принудительный характер.

Введенный Уголовным Кодексом РБ (2001) новый вид принудительных мероприятий-принудительное амбулаторное наблюдение и лечение у врача-психиатра, назначаемое судом, как и принудительное стационарное лечение, при правильном использовании не только подводит необходимую правовую основу под профилактические мероприятия внебольничной психиатрической службы, которые нередко носят недобровольный характер, но и способствует более ответственному выполнению своих функций по предупреждению ООД сотрудников правоохранительных органов. Проведенный анализ и предварительные расчеты показывают, что учитывая достаточную однородность группы пациентов, совершивших повторные ООД, наиболее целесообразной формой их динамического диспансерного наблюдения является создание в психиатрических диспансерах кабинетов активного диспансерного наблюдения, на которых можно возложить всю работу по курации пациентов, представляющих стойкую общественную опасность. Принудительное амбулаторное наблюдение и лечение как этап прекращения принудительных мер безопасности и лечения широко используется в Германии, Нидерландах, в некоторых штатах США и является мерой “пробной выписки” [6,23,24]. При этом пациенту разъясняется, что он продолжает находиться на принудительном лечении, вопрос о снятии принудительных мер не должен быть для него самоцелью и может стоять лишь в случае его заметного не кратковременного социально одобряемого поведения. Одновременно, в случае грубых нарушений с его стороны режима наблюдения (а так же правил поведения в обществе, что в данном случае является одним и тем же) на законных основаниях, решением суда, он может быть переведен по медицинским показаниям в психиатрический стационар любой “строгости” наблюдения. Вопросы, связанные с принудительным амбулаторным наблюдением и лечением у врача-психиатра будут подробно раскрыты в следующих публикациях.

#### Выводы

1. Проблема общественной опасности лиц, страдающих шизофренией является актуальной, требующей дальнейшего изучения.

2. Группы лиц, страдающих шизофренией, с однократным, повторным общественно опасным поведением и без такового имеют существенные различия по основным факторам, связанным с их динамическим диспансерным наблюдением.

3. Наиболее рациональной формой организации динамического

диспансерного наблюдения лиц, страдающих шизофренией, совершивших повторные ООД либо совершивших однократные ООД, но имеющие факторы риска рецидива опасного поведения является создание кабинетов «активного диспансерного наблюдения» в рамках психиатрических диспансеров с введением в штат такого кабинета врача-психиатра, клинического психолога, социального работника, медицинскую сестру и обеспечение этой бригады автотранспортом.

4. Правовой основой для активного диспансерного наблюдения является рациональное применение принудительных мер безопасности и лечения в форме принудительного амбулаторного наблюдения и лечения, в том числе и как «меры пробной выписки» после принудительного стационарного лечения, что уменьшит время пребывания пациентов на принудительном лечении в психиатрическом стационаре и позволит направить усилия амбулаторного звена на выработку у пациентов такого жизненного стереотипа, который бы исключал возможность антисоциальных проявлений во внебольничных условиях.

### **Литература**

1. Агрессия и психические расстройства / Под.ред. академика РАМН Т.Б. Дмитриевой, проф. Б.В. Шостаковича.-М.: ФГУ «ГНЦС и СП им. В.П. Сербского». – 2006. – Т.2. – 196с.

2. Агрессия и психическое здоровье. Под. ред. академика РАМН Дмитриевой, Т.Б., проф. Шостаковича, Б.В. – С-П.,-изд. Юридический центр-пресс, 2002. – 460с.

3. Альбом, А. Норрел, С. Введение в современную эпидемиологию/Пер.с англ. – Таллинн, 1996. – 121с.

4. Дмитриева, Т.Б., Игонин, А.Л., Клименко, Т.В., Пищикова, Л.Е., Кулагина, Н.Е. Злоупотребление психоактивными веществами. – М., 2000. – 300с.

5. Мальцева, М.М., Котов, В.П. Опасные действия психически больных. М., 1995. – 256 с.

6. Руководство по судебной психиатрии / Под.ред. академика РАМН Т.Б. Дмитриевой, проф. Б.В. Шостаковича. М.: Медицина, 2004

7. Осколкова, С.Н., Кумечко, В.М. Клинические и социальные предпосылки антисоциального поведения больных шизофренией юношеского возраста // Российский психиатрический журнал. – 1999. – Вып. 5. – С.19-23

8. Кондратьев, Ф.В., Осколкова, С.Н.. Агрессивное криминальное поведение больных шизофренией в отношении родственников / Пособие для врачей. – М., 2005. – 46с.

9. Кондратьев, Ф.В., Вайнштейн, А.Э. Профилактика агрессивного поведения в семье у женщин, больных шизофренией / Пособие для врачей. – М., 2005. – 28с.

10. Кондратьев, Ф.В. Судебно-психиатрические аспекты качества жизни психически больных // Российский психиатрический журнал. – 1999.- №4. – С.10-14

11. Кьюперс, Л., Лефф, Д., Лэм, Д. Шизофрения: работа с семьями: Практическое руководство. Ассоциация психиатров Украины. – Амстердам – Киев, 1996. – 128с.
12. Статистика в медицине и биологии: Руководство. В 2-х томах/ Под ред. Ю.М. Комарова. Т.1. Теоретическая статистика. – М.: Медицина, 2000.-412с.
13. Харитоновна, Н.К., Вайнштейн, А.Э., Агрессия женщин, направленная против родных, в общей и судебно-психиатрической практике // Рос. Психиатр. Журнал. – 200-. – Вып. 6. – С.43-48
14. Arboleda-Florez, J. Mental illness and violence: an epidemiological appraisal of the evidence // Can.J. Psychiatry, 1998 Dec: 43 (10): 989-96
15. Asnis, G.M., Kaplan, M.L., Hundorfean, G., Saeed, W. Violens and homicidal behaviors in psychiatric disorders // Psychiatr Clin North Am. – 1997. – Jun. 20:2.-P. 405-425
16. Cadoret, R.J. et al. Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity conduct disorders // Arch. Gen. Psychiatry. – 1995. – Vol. 52. № 11. P. 916-924
17. Eley, T.C., Lichtenstein, P., Stevenson, J. Sex differences in the etiology of aggressive and nonaggressive antisocial behavior: results from two twin studies // Child. Dev. – 1999. – Vol. 70. № 1. – P. 155-168
18. Eronen, M. et al. Schizophrenia and homicidal behavior // Schizophr. Bull. – 1996. – Vol. 22/1. – P.83-90.
19. Eronen, M. et al. Mental disorders and homicidal behavior in Finland // Arch. Gen. Psychiatry. – 1996. – Vol. 536. – P. 497-500
20. Eronen, M. et al. Mental disorders and homicidal behavior in female subjects // American Journal of Psychiatry. – 1995. – Vol. 152. – P. 1216-1218
21. Epidemiology: beyond the basics / Moyses Szklo, F. Javier Nieto. – Aspen Publishers Inc: Gaithersburg, Maryland, 2000. – 495p.
22. Fundamentals of Biostatistics / Bernard Rosner.-5th ed.-US: Duxbury. Thomson Learning, 2000.-792p.
23. Modestin, J. Crininal and violence behavior in schizophrenic patients: an overview // Psychiatry clin. Neurosci. – 1998. – Dec. – V. 52.-№6. – P. 547-554
24. Modestin, J., Amman, R. Two methods of authenticating past criminal conduct by psychiatric inpatients: a comparison of clinical chart reports and criminal records // Med Law. – 1995. – 14:3. – 4. – P. 667-675
25. Modestin, J., Amman, R. Mental disorders and criminal behavior // Br. J. Psychiatry. – 1995. May. – V. 165. – 5. – P. 667-675
26. Nedopil, N. (Недопил Н.) Опасны ли психически больные. Миф и реальность // Рос. Психиатр. Журн. – 2001.№3-С.3-10
27. Sreenivasan, S., Kirkish, P., Eth, S., Minthz., Hwang, S., Gorp, W., Von, W. Predictors of recidivistic violence in criminally insane and civilly committed psychiatric inpatients // International Journal of Law and Psychiatry/-1997. – 2-/-P/279-291
28. Steiner, T. Schizophrenia and violence: epidemiological, forensic and

clinical aspects // Fortschr Neurol Psychiatr. – 1998. – Sep. – 66:9. – P.391-401

29. Swanson, J., Swartz, M., Estroff, S., Borum, R., Wagner, R., Hiday, V. Psychiatric impairment, social contact and violent behavior: evidence from a study of outpatient – committed persons with severe mental disorder // Soc. Psychiatry Epidemiol. – 1998. – Dec. – 33. – Suppl. 1. – S. 86-94

30. Taylor, P., Gunn, J. Homicides by people with mentally ill: A dangerous misconception // British Journal of Psychiatry. – 1999. – Vol. 174. – P. 9-14

31. Wessely, S.C. et al. The criminal careers of incident cases of schizophrenia // Psychol. Med. – 1994. – Vol. 24. – P. 483-502.