

УДК 616.895.8 – 082.4 (083.41)

*Ю.В.Никифоров***КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ С УСИЛЕННЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ**

Ждановская областная психиатрическая больница, Украина

Ключевые слова: психические расстройства, шизофрения, социально-демографические факторы, принудительное лечение.

Среди мер предупреждения общественно опасных действий (ООД), совершаемых больными с психическими расстройствами, ведущее место занимает принудительное лечение [1,2,5]. Изучению различных аспектов принудительного лечения специалистами уделялось много внимания [3,4]. Однако до настоящего времени нет ясности в вопросах оптимальной длительности принудительного лечения, отсутствуют надежные данные о предикторах повторных ООД, в т.ч. о роли социально-демографических факторов в формировании «криминогенного опыта» пациен-

тов. Совершенно отсутствуют рекомендации и научно обоснованные нормативные материалы, регламентирующие дифференциацию лечебно-реабилитационной тактики в зависимости от типа принудительного лечения (общее, усиленное, строгое наблюдение). Цель настоящего исследования — провести клинико-статистическую и социально-демографическую оценку больных с психическими расстройствами, находящихся на принудительном лечении с усиленным режимом и выявить факторы, которые можно использовать для профилактики повторных ООД.

Материал и методы исследования

В исследуемую группу были включены больные с различными психическими расстройствами, находившиеся на принудительном лечении с усиленным наблюдением в специализированном отделении Ждановской областной психиатрической больницы Донецкой области в период с 1990 по 2000 гг. Всего за это время на принудительном лечении находилось и было выписано 388 пациентов. Исследование проводилось с

помощью специально разработанной карты, включавшей комплекс социально-демографических и клинико-статистических данных. Особое внимание было уделено сравнительной оценке больных, совершивших первичные и повторные ООД, и анализу факторов, влияющих на длительность принудительного лечения. Статистическая обработка полученных данных была стандартной.

Полученные результаты и их обсуждение

Удельный вес больных, поступивших в отделения сразу же после вынесения судом приговора, составил всего 32,8%, в то время как количество пациентов, переведенных из других психиатрических больниц после различных сроков принудительного лечения, было значительно большим — 67,2% ($p < 0,01$), в т.ч. из Украинской психиатрической больницы со строгим наблюдением — 47,2%. В течение всего анализируемого периода в отделении одновременно наблюдались пациенты с различной активностью патологического процесса, с различными сроками после совершенного ООД и длительностью предшествующей изоляции, а, следовательно, с различным уровнем реальной и потенциальной

социальной опасности. Это вносит в работу медперсонала необходимость индивидуализации и четкого дозирования при использовании медикаментозных и социо-реабилитационных мероприятий, направленных на снижение вероятности повторных ООД.

Когорта из 388 пациентов, находившихся на принудительном лечении, была представлена мужчинами, которые по возрасту распределились следующим образом: до 20 лет — 20 человек (5,1%), 21-30 лет — 90 человек (23,2%), 31-40 лет — 147 (37,9%), 41-50 лет — 86 (22,2%), 51-60 лет — 31 (8,0%), старше 60 лет — 14 человек (3,6%). Таким образом, наиболее уязвимым возрастом с точки зрения совершения пси-

хически большим общественно-опасного действия и признания его невменяемым является период 31-40 лет. Наиболее тяжкие преступления (умышленное убийство, убийство при отягчающих обстоятельствах, умышленное тяжкое телесное повреждение) совершали больные в возрасте от 30 до 50 лет. В возрасте старше 50 лет вероятность принудительного лечения резко сокращается, что можно рассматривать с позиции меньшей социальной опасности пациентов в предстарческом и пожилом возрасте.

По характеру общественно опасных действий больные распределились следующим образом: совершили умышленное убийство или убийство при отягчающих обстоятельствах — 20,1% больных; умышленное тяжкое телесное повреждение — 16,6%; разбой, хулиганство, незаконное ношение, хранение, приобретение, изготовление и сбыт оружия, боевых и взрывчатых веществ — 18,5%; изнасилование, удовлетворение половой страсти в извращенной форме — 4,6%; хищение государственного и коллективного имущества — 10,7%; кражи — 25,4%; изготовление, приобретение, хранение или сбыт ядовитых и сильнодействующих веществ — 4,1%. Таким образом, 41,3% больных шизофренией совершили общественно опасные действия, направленные против здоровья и жизни личности, 18,5% — хулиганские действия, 36,1% — имущественные правонарушения и 4,1% — прочие ООД. Частота правонарушений на 10000 больных с психическими расстройствами составила 7,1.

Из всей когорты анализируемых больных, 217 человек (56,0%) находились на принудительном лечении повторно в связи с рецидивами ООД. Структура повторных деликтов чаще всего характеризовалась кражами (30,2%), а также хулиганством, разбоем, незаконным ношением, хранением, приобретением и сбытом оружия (21,7%). Остальные группы больных распределились следующим образом: совершили умышленное тяжкое телесное повреждение — 17,1%; хищения государственного и коллективного имущества — 12,6%; умышленное убийство, убийство при отягчающих обстоятельствах — 8,1%; изнасилование и удовлетворение половой страсти в извращенной форме — 5,4%; изготовление, приобретение, хранение или сбыт ядовитых и сильнодействующих веществ — 4,9%.

Таким образом, удельный вес, содержание и направленность повторных ООД практически совпали с первичными ООД. Можно предположить, что криминальный опыт, приобретенный во время впервые совершенного правонаруше-

ния, стереотипизирует характер последующих ООД, что следует учитывать при разработке индивидуальных реабилитационных программ и мероприятий, направленных на профилактику повторных ООД.

Исследованная группа пациентов в целом отличалась невысоким общеобразовательным уровнем и уровнем специальной профессиональной подготовки. Так, среди них практически отсутствовали лица, имеющие высшее образование (1 человек — 0,2%), а количество больных со средним специальным образованием не превышало 38,1% (148 человек). В то же время не имело квалифицированной специальности 239 пациентов (61,7%), в т.ч. 179 человек (46,1%) не имели законченного среднего образования. Следовательно, низкий общеобразовательный и профессиональный уровень можно рассматривать как один из предикторов социальной опасности психически больных, а высокий уровень профессиональной квалификации практически исключает вероятность совершения ООД этим контингентом пациентов.

В качестве еще одного фактора риска ООД, установленного в ходе настоящего исследования, можно отметить фактор отсутствия у пациентов собственной семьи: 83,5% больных были холостыми, 1,8% — вдовцами и только 14,7% были женатыми ($p < 0,001$). Жилищные условия были удовлетворительными у 364 человек (93,8%), проживавших в собственном доме или квартире, 5 человек (1,3%) жили в общежитии и 19 человек (4,9%) не имели определенного места жительства.

Распределение больных по нозологическим формам (типам психических расстройств) не отличалось разнообразием. Подавляющее большинство из них (281 человек; 72,4%) составили больные шизофренией, 46 человек (11,9%) — лица с органическими психическими расстройствами, 42 (10,8%) — с умственной отсталостью и 19 человек (4,9%) — с психическими расстройствами вследствие эпилепсии.

На период совершения общественно опасного деяния 215 человек (55,4%) были трудоспособными и 173 человека (44,6%) имели различные группы инвалидности. Среди контингента пациентов, находящихся на принудительном лечении, количество трудоспособных значительно уменьшилось до 115 человек (29,6%, $p < 0,001$), 7 человек (1,8%) имели третью группу инвалидности, 260 (67,1%) — вторую и 6 человек (1,5%) — первую группу инвалидности.

Общая длительность принудительного лече-

ния у 95 больных (24,5%) была до 1 года, у 147 человек (37,9%) — от 1 до 2-х лет и у 146 человек (37,6%) — превышала 2 года. При этом была установлена определенная зависимость длительного лечения от типа психического расстройства. Продолжительные (до 2-х лет) сроки принудительного лечения достоверно чаще ($p < 0,001$) наблюдались у лиц с умственной отсталостью и психическими нарушениями вследствие эпилепсии. Относительно непродолжительное время (до 1 года) принудительное лечение продолжалось чаще всего у больных шизофренией ($p < 0,01$) и органическими психическими расстройствами ($p < 0,05$).

Длительность принудительного лечения в определенной степени зависела и от семейного положения больных. В частности, у лиц имеющих семьи, значительно реже ($p < 0,05$) наблюдались продолжительные (более 2-х лет) сроки принудительно лечения, чем у женатых пациентов.

Среди прочих зависимостей можно отметить определенное влияние на продолжительность принудительного лечения с усиленным наблюдением жилищных условий больных. Так, если непродолжительные сроки принудительного лечения примерно с одинаковой частотой встречались у лиц с различным уровнем организации собственного жилья, то значительной продолжительности содержание в условиях изоляции (более 2-х лет) достоверно чаще наблюдалось у больных не имеющих жилья ($p < 0,01$).

Наконец, была установлена четкая зависимость ($p < 0,01$) длительности принудительного лечения от трудоспособности больных. Непродолжительные сроки принудительного лечения отсутствовали у инвалидов I группы и наблюдались у 20,4% инвалидов II группы и у 37,4% трудоспособных больных. В тоже время продолжительные сроки принудительного лечения имели место у 40,2% инвалидов II группы и у 57% инвалидов III группы. Среди трудоспособных такой продолжительности принудительное лечение было только у 31,3% больных.

Помимо общих клинико-статистических данных обо всех больных, находившихся на принудительном лечении с усиленным наблюдением, нами была особо выделена группа больных шизофренией, как потенциально наиболее опасная в смысле совершения ООД.

Всего за период с 1990 по 2000 годы на принудительном лечении со строгим наблюдением находился 281 больной с верифицированным диагнозом шизофрении (72,4% от общего числа больных). Все они мужчины в возрасте от 20 до

60 лет (пациентов старше 60 всего 6 человек (2,1%)). Также как и в общей группе пациентов, возрастная группа наибольшего риска совершения общественно опасного действия приходится на период 31-40 лет (43,1% больных).

По сравнению с другими категориями больных, у больных шизофренией установлен более низкий показатель опасных действий против жизни, здоровья личности и более высокий — против общественной и личной собственности ($p < 0,05$). У лиц с умственной отсталостью преобладали имущественные деликты с тенденцией к их росту ($p < 0,05$).

В исследованной группе больных сохраняется общепопуляционная тенденция для лиц, находящихся на принудительном лечении, характеризующихся их невысоким общеобразовательным уровнем. Исключение составил более высокий удельный вес пациентов со средним специальным образованием (45,2%, по сравнению с 38,1%), однако это различие не является достоверным. Начальное и незаконченное среднее образование было у 118 человек (37,4%), среднее — у 45 (16,0%) и высшее только у одного (0,4%) человека. Подавляющее большинство учтенных пациентов (232, 82,6%) составили лица не имеющие собственные семьи, женатых было 45 человек (16,0%) и вдовствующих — 4 (1,4%). Таким образом, в сравнении с опубликованными данными [6], удельный вес холостых пациентов среди больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении, превышает количество таких же пациентов в популяции больных, не совершивших ООД ($p < 0,05$).

В процессе анализа особенностей преморбидного поведения больных и наиболее общих анамнестических данных были установлены факторы, которые можно интерпретировать как возможные предикторы общественной опасности больных и повышенной вероятности рецидивов ООД.

Полученные результаты позволили ранжировать наиболее часто встречающиеся неблагоприятные факторы в личном анамнезе больных:

1. Проявления социальной дезадаптации и антисоциальное поведение в подростковом и зрелом возрасте — 73% больных.
2. Проблемы, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами — 71% больных.
3. Трудности в обучении и с трудоустройством — 64% больных.
4. Отсутствие реальных долговременных целей, слабый контроль за своим поведением — 63% больных.
5. Низкий уровень качества жизни и социаль-

ной поддержки — 62% больных.

Преморбидные особенности личности и поведения анализируемого контингента характеризовались преобладанием таких качеств как безответственность, отсутствие угрызений совести и чувства вины, импульсивность, поверхностные эмоциональные реакции, потребность стимуляции извне, бессердечие, отсутствие стабильности во взаимоотношениях с окружающими.

Одной из задач исследования являлось изучение длительности принудительного лечения больных шизофренией в зависимости от частоты ООД и основных социально-демографических факторов. С этой целью было выделено две группы больных:

- 1) Пациенты совершившие первичное ООД (129 человек, 45,9%).
- 2) Пациенты совершившие повторные ООД (152 человека, 54,1%).

Наиболее характерной возрастной особенностью больных шизофренией оказалось достоверное ($p < 0,01$) преобладание лиц в возрасте 21-30 лет среди совершивших первичные ООД и больных возрастной группы 31-40 лет, совершивших повторные деликты. Распределение больных в других возрастных группах было примерно одинаковым.

Повторные ООД достоверно чаще, чем первичные, совершались лицами, имеющими или начальное, или неполное среднее образование (соответственно 46,1% и 29,5% $p < 0,01$). Можно думать, что более высокий общеобразовательный уровень и наличие специальности являются одним из факторов в ряде случаев препятствующих совершению повторных ООД.

В ходе исследований не было установлено существенных различий в оценке вероятности повторных ООД в зависимости от семейного положения больных. Рецидивные деликты с примерно равной частотой совершали как холостые, так и лица, состоящие в зарегистрированном браке. В то же время фактором риска повторных ООД является отсутствие у больных постоянного места жительства, регистрируемого у этой категории больных в 4 раза чаще, чем среди пациентов совершивших первичные ООД.

Среди изучаемого контингента больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении, большую часть составили лица, которые в период ООД являлись инвалидами II группы (192 человека, 68,3%), а количество трудоспособных составило 29,2% (82 человека). Другими словами, большая часть больных

находилась на диспансерном учете у психиатров, что, однако, не помешало им реализовать общественно опасные тенденции. Наблюдавшееся увеличение числа трудоспособных больных в группе совершивших ООД может быть связано с не всегда обоснованными решениями МСЭК о признании больных шизофренией трудоспособными (имели также место случаи добровольного отказа от группы инвалидности) после завершения принудительного лечения. Возможно это обстоятельство, а также уменьшение медико-социальной поддержки больных явилось одним из факторов, способствовавших актуализации социально опасных тенденций больных.

В ходе исследования нами не было выявлено достоверной зависимости между частотой ООД и уровнем трудоспособности больных шизофренией. И при первичных, и при повторных ООД соотношение различных уровней трудоспособности было примерно одинаковым.

Как известно, важнейшим аспектом принудительного лечения, его организации, реабилитационной тактики и профилактики повторных ООД является оптимальная длительность изоляции больных, сопровождающейся усиленным наблюдением. Поэтому представилось целесообразным проанализировать влияние некоторых факторов на длительность принудительного лечения в период, когда реабилитационные вмешательства широкого применения не имели.

Длительность принудительного лечения больных шизофренией составила:

- до 1 года — 78 человек (27,7%);
- от 1 до 2-х лет — 110 человек (39,1%);
- свыше 2-х лет — 93 человека (33,2%).

Таким образом, чаще всего (в 72,3% случаев) принудительное лечение продолжалось более 1 года, несмотря на то, что у многих больных клинически регистрируемые расстройства поведения, в т.ч. включающие в себя социально опасные тенденции, купировались значительно раньше. При этом существенных различий в группах больных, совершивших первичные и повторные ООД, не установлено (таблица 1).

Не было также установлено и достоверной зависимости длительности принудительного лечения больных шизофренией от жилищных условий и семейного положения больных. Можно, однако, утверждать, что максимальные сроки принудительного лечения более характерны для холостых пациентов, совершивших повторные ООД, а также не имеющих определенного места жительства .

Длительность принудительного лечения при первичных или повторных ООД

Длительность принудительного лечения	Больные, совершившие первичные ООД	Больные, совершившие повторные ООД	Группа в целом
До 1 года	33 (25,6%)	45 (29,6%)	78 (27,7%)
От 1 года до 2-х лет	59 (45,7%)	51 (33,5%)	110 (39,1%)
Свыше 2-х лет	37 (28,7%)	56 (36,9%)	93 (33,2%)
Всего	129 (100 %)	152 (100%)	281 (100%)

Уровень трудоспособности больных, совершивших первичные ООД, существенно не влиял на длительность принудительного лечения, хотя среди трудоспособных больных несколько чаще, чем у инвалидов, регистрировались относительно короткие сроки принудительного лечения. В то же время принудительное лечение максимальной продолжительности (свыше 2-х лет) у инвалидизированных пациентов встречалось реже, чем у трудоспособных. Эта тенденция не носила статистически достоверного характера и не может интерпретироваться как научно установленный факт.

При повторных ООД уровень трудоспособности больных является фактором, существенно влияющим на длительность принудительного лечения. Так, она не превышала 1 года у 47,1% трудоспособных больных и только у 21,6% инвалидизированных пациентов. В то же время свыше 1-2 лет принудительное лечение продолжалось у 52,9% больных, сохранивших трудоспособность и у 78,4% больных, признанных инвалидами ($p < 0,01$).

Таким образом, в общей группе пациентов с психическими расстройствами, находящихся на принудительном лечении с усиленным режимом, преобладают пациенты в возрасте 31-40 лет, имеющие низкий общеобразовательный уровень и не имеющие собственной семьи. В структурно-нозологическом отношении они не отличались значительным разнообразием и ограничивались 4 видами психических расстройств: шизофрения, органические психические расстройства, умственная отсталость и психические расстройства вследствие эпилепсии, однако, статистически значимым было преобладание больных шизофренией. При примерно одинаковом количестве трудоспособных больных и инвалидов на момент совершения ООД, отмечено значительное уменьшение удельного веса трудоспособных больных в период проведения принудительного лечения.

Условно минимальные сроки принудительного лечения (до 1 года) наблюдались у 24,5% боль-

ных. Подавляющее количество больных находится на принудительном лечении в течение нескольких лет, что наиболее характерно для лиц с умственной отсталостью и психическими нарушениями вследствие эпилепсии.

К факторам, играющим значительную роль в формировании длительных сроков принудительного лечения, следует отнести отсутствие у пациентов собственной семьи (холостые, вдовцы), жилья, а также наличие группы инвалидности. В условиях низкой реабилитационной активности медперсонала, указанные факторы затрудняют процесс социальной реабилитации пациентов и даже при значительных сроках принудительного лечения не только не исключают вероятность повторных общественно опасных действий, но и делают их весьма реальными.

Это положение нашло подтверждение в процессе клинко-статистического анализа больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении. Среди них преобладали лица, совершившие повторные ООД, что свидетельствует о низкой эффективности предшествовавшего длительного принудительного лечения и последующего динамического психиатрического наблюдения. В этой группе сохранились установленные нами общепопуляционные (для контингента больных, находящихся на принудительном лечении в целом) тенденции: преобладание возрастной группы 31-40 лет, низкий общеобразовательный уровень, отсутствие собственной семьи у подавляющего большинства пациентов.

Достоверно установлено, что рецидивные ООД, по сравнению с первичными, больные шизофренией чаще совершают в возрасте 31-40 лет, среди них преобладают лица с начальным или неполным средним образованием, а также не имеющие постоянного места жительства. В то же время, такие факторы как семейное положение и уровень трудоспособности не являются предикторами рецидивной социальной опасности больных шизофренией.

Длительность принудительного лечения больных шизофренией при совершении ими первичных и повторных ООД существенно не отличалась, хотя максимальные его сроки (более 2-х лет) чаще наблюдались у лиц, совершивших повторные общественно опасные действия. По

нашему мнению, в этом проявляется переоценка медперсоналом криминального опыта пациентов и необоснованная убежденность в том, что длительное принудительное лечение – надежный критерий его эффективности и профилактики повторных ООД.

Ю.В.Нікіфоров

КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНА ОЦІНКА ХВОРИХ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ПРИМУСОВОМУ ЛІКУВАННІ З ПОСИЛЕНИМ НАГЛЯДОМ

Жданівська обласна психіатрична лікарня, Україна

В роботі наведені результати клініко-статистичного та соціально-демографічного дослідження 388 хворих, що знаходилися на примусовому лікуванні з 1990 по 2000 роки. Встановлена залежність тривалості примусового лікування від типу психічного розладу, сімейного стану, житлових обставин та працездатності хворих. Встановлені фактори, що підвищують ризик скоєння хворими на шизофренію рецидивних соціально-небезпечних дій. Показана необґрунтованість тривалого примусового лікування як критерія його ефективності та профілактики повторних суспільно-небезпечних дій. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 72-77)

Yu. V. Nikiforov

CLINICAL AND STATISTICAL VALUATION OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS ON FORCED TREATMENT WITH CONCENTRATED OBSERVATION

Zhdanov Regional Psychiatric Hospital Ukraine

The results of clinical and statistical and social and demographical investigations of 388 patients on forced treatment during 1990-2000 years are presented. The dependens of the forced treatment's duration from the tipe of mental disorder, family status, living condations and from the ability to work were established. The factors that conduce to recidivation of social dangerous acts in patients with schizophrenia are found. The groundlessness of long term forced treatment as a criterion of its effectiveness and prophylaxis of recidivation of social dangerous acts. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 72-77)

Литература

1. Боброва А.Н., Мохонько А.Р. Клинико-социальная характеристика психически больных, совершивших общественно опасные действия // Меры медицинского характера в системе профилактики общественно опасных действий психически больных. – М., 1987. – С.24-43.
2. Кондратьев Ф.В. Анализ структуры личности больных шизофренией в плане их социальной опасности // Клинико-социальные аспекты профилактики общественно опасных действий психически больных. – М., 1981. – С.17-27.
3. Davison S., Jamieson E., Taylor P.J. Route of discharge for

- speciel (high-security) hospital patients with personality disorder. British Journal of Psychiatry. 1999, 175. – P. 224-227.
4. Fioritti A. et al. Crime and mental illness: an investigation of three Italian forensic hospitals. The Journal of Forensic Psychiatry. – 2000, vol.12, 1. – P. 36-51.
5. Thomson L.D.G. Management of schizophrenia in conditions of high security. Advances in Psychiatric Treatment. 2000, vol.6. – P.252-260.
6. Eaton W.W. Marital Status and Schizophrenia // Acta Psychiatr. Scand. 1975, vol.52, 5. - p.320-329.

Поступила в редакцию 3.04.2002г.