

13

На правах рукописи

Расторгуев Андрей Геннадьевич

**ВНУТРИСЕМЕЙНАЯ АГРЕССИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ
МУЖЧИН И ПРИНЦИПЫ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ**

14.00.18 - ПСИХИАТРИЯ

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук



Москва - 2009

Работа выполнена в Федеральном государственном учреждении «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» и в Иркутской Областной клинической психиатрической больнице № 1.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор Качаева Маргарита Александровна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Горинов Виктор Васильевич
доктор медицинских наук, профессор Тювина Нина Аркадьевна

Ведущее учреждение: Федеральное государственное учреждение «Московский научно-исследовательский институт психиатрии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Защита диссертации состоится «24» марта 2009 г. в 13.00 ч. на заседании диссертационного совета Д.208.024.01 при Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского по адресу: *119991, г. Москва, Кропоткинский пер., 23.*

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГУ «Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского» Росздрава.

Автореферат разослан «___» февраля 2009 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук

Винникова И.Н.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. С криминологических и медико-социальных подходов агрессия по отношению родственникам имеет место во всех странах (Доклад ВОЗ, 2002). По данным исследователей, в России около 30% от общего числа всех умышленных убийств происходит внутри семьи, при этом половине всех правонарушений, связанных с бытовыми мотивами, предшествовали длительные семейные конфликты.

В настоящее время существенно возросла доля общественно опасных действий (ООД), совершаемых лицами с психической патологией. Проблема общественно опасного поведения психически больных остается одной из наиболее актуальных в судебной психиатрии, ей посвящено большое количество исследований (Кондратьев Ф.В.,1990,1999;Шостакович Б.В.,1994-2000;Дмитриева Т.Б.,2002,2008). В этих работах анализируются различные аспекты совершения ООД лицами с психическими расстройствами. Высокая социальная опасность лиц, страдающих психическими расстройствами, представляется очевидной, так как в последние годы в структуре их ООД повысилась доля тяжких деяний против личности (Дмитриева Т.Б.с соавт., 2004, 2008).

Современные исследования в судебной психиатрии проводятся с позиции многофакторного системного анализа, изучается типология криминальной агрессии, а также взаимозависимость между общественно опасным поведением лиц с психическими расстройствами и клинико-ситуационными факторами (Кондратьев Ф.В.,2000; Дмитриева Т.Б.,2003; Макушкин Е.В.,2000,2003).

Большинство зарубежных исследователей ведущее место среди негативных психосоциальных факторов придает длительному (константному) воздействию семейного окружения больного, изучению этого аспекта с конца 60-х годов XX столетия уделяется большое внимание (Miklovvitz DJ.et al.1991;K.H.Nuechterlein, M.E.Dawson,J.Ventura,1994).

Отечественные специалисты изучают опасное поведение в семье лиц с различными формами шизофрении (Харитоновна Н.К., Ванштейн А.Э.,2000;Дилоян

В.В.,2004) и органическими психическими расстройствами (Вандыш В.В.,2001,2004; Горинев В.В.,2004; Горшков И.В.,1998).

В последние годы исследователи особое значение придают анализу социальных детерминант психического здоровья (Дмитриева Т.Б., Положий Б.С.,2001), ведется поиск соотношения биологических, социальных и психопатологических факторов при формировании агрессивного криминального поведения (Дмитриева Т.Б.,2002). На основе концепции системного подхода разработана теория «синдром-личность- ситуация», интегрирующая основные звенья, определяющие агрессивное поведение (Кондратьев Ф.В.,1995,2000,2004).

Актуальность исследования определяется недостаточной разработкой ряда аспектов общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами, совершивших агрессивные ООД, необходимостью выявления клинических и социальных факторов, повышающих степень риска совершения ими ООД, что может способствовать совершенствованию прогностических критериев и профилактических медико-социальных мероприятий.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: разработка принципов профилактики общественно опасных действий мужчин с психическими расстройствами на основании установления комплекса клинических и социальных факторов риска агрессивного поведения в семье.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1.Определить клинико-психопатологические особенности психических расстройств различной нозологической принадлежности у лиц, совершивших агрессивные- криминальные действия, направленные против родственников.

2.Выделить комплекс клинических и социальных факторов риска опасного агрессивного поведения, направленного против членов семьи, у лиц с психическими расстройствами.

3.Уточнить критерии социальной опасности психически больных, совершивших ООД, направленных против родственников.

4.Разработать меры первичной и вторичной профилактики общественно опасного поведения на основе выявленных клинических предикторов и клинико-

социальных комплексов, обуславливающих совершение внутрисемейных ООД мужчинами с психическими расстройствами.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: клинико-психопатологический, клинико-социальный, статистический, параклинический. Анализ состояния обследуемых лиц проводился по признакам, разделенным на блоки: персонификационный, анамнестический, криминологический, психопатологический, катамнестический. Для этого была составлена карта обследования, содержащая 6 блоков. Число основных признаков – 85. Общее число учитываемых параметров более 486. На основе карты обследования была сформирована компьютерная база данных в программе Microsoft Excel XP. Статистическая обработка материала осуществлялась с использованием статистического пакета STATISTIKA /v. 6.0 и Microsoft Excel XP и включала в себя: 1) анализ частотности характерных признаков в группах исследования с применением метода дискриминантного анализа; 2) установление статистической достоверности различий частоты встречаемости сравниваемых показателей (p) в выделенных группах наблюдений.

ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ: Репрезентативная группа, состоящая из 108 мужчин, совершивших ООД, направленные против личности. Лица, совершившие внутрисемейные ООД были представлены больными с диагнозами шизофрения (45 исследуемых) и органическое психическое расстройство (ОПР) (23 исследуемых). Контрольная группа (совершившие внесемейные ООД) состояла из 20 исследуемых с диагнозом шизофрения и 20 исследуемых с ОПР.

В отношении всех 108 мужчин было принято экспертное решение о неспособности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, либо руководить ими во время совершения ООД. В связи с этим все исследуемые проходили принудительное лечение в Иркутской Областной клинической психиатрической больнице № 1 с 2002 г. по настоящее время (все наблюдения собственные).

ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ: Комплекс клинических, социальных факторов, обуславливающих общественно опасное поведение мужчин с психическими расстройствами различной нозологической принадлежности.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА ИССЛЕДОВАНИЯ. Впервые на репрезентативном

судебно- психиатрическом материале представлено описание клинико-психопатологических и социальных факторов риска опасного агрессивного поведения, направленного против членов семьи, у мужчин страдающих шизофренией и у лиц с ОПР. Проведен анализ многофакторных закономерностей формирования общественно опасного поведения у исследуемых. Получены новые данные о структуре и характере общественно опасных действий, совершенных психически больными мужчинами в отношении родственников. На основании сравнения основной (внутрисемейная агрессия) и контрольной (внесемейная агрессия) групп выявлены различия в клинической, синдромальной структуре психических расстройств, а также в структуре ООД и соотношении криминогенных социальных факторов.

Выявленные различия клинико-социальных комплексов криминального поведения мужчин с психическими расстройствами в отношении лиц из ближайшего окружения могут внести вклад в совершенствование экспертной судебно-психиатрической оценки, служить для прогнозирования и предупреждения ООД, а также дифференцировать методы профилактики и повысить эффективность этих мер.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ. Полученные в результате исследования данные об особенностях психических расстройств и закономерностях их динамики у мужчин в результате влияния неблагоприятных социальных факторов, а также о зависимости форм общественно опасного поведения от нозологических форм позволят совершенствовать диагностику и судебно-психиатрическую оценку при различных психических расстройствах.

Выявленные критерии социальной опасности психически больных, совершивших ООД внутри семьи, могут быть использованы для разрешения таких практических вопросов, как прогнозирование и предупреждение криминальных действий, а также для построения лечебно-реабилитационных программ.

АПРОБАЦИЯ И ВНЕДРЕНИЕ. Основные положения диссертации доложены на заседании Проблемного совета по судебной психиатрии ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Росздрава» 17 сентября 2008 г. По материалам диссертации опубликовано 6 печатных работ,

список которых приводится в конце реферата. Результаты исследования используются в учебном процессе на кафедре социальной психиатрии факультета послевузовского профессионального образования врачей ММА им. И.М. Сеченова, на кафедре психиатрии Иркутского Государственного медицинского университета, при проведении принудительного лечения на базе Иркутской Областной клинической психиатрической больницы № 1.

ОБЪЕМ И СТРУКТУРА РАБОТЫ. Диссертация изложена на ... страницах и состоит из введения и 5 глав, заключения, выводов. Библиографический указатель литературы содержит 159 источников, из них 61 отечественных и 98 зарубежных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Клинико-психопатологический анализ психических расстройств при различных нозологических формах у мужчин, совершивших агрессивные ООД выявил следующее.

В группе лиц с органическим психическим расстройством (ОПР), совершивших ООД внутри семьи, возраст составлял преимущественно 25- 44 года (60,5%). В группе лиц, страдающих шизофренией, которые совершили агрессивно- криминальные действия в отношении членов семьи, преобладал более молодой возраст- 18- 25 лет (44,4%)($p < 0,05$). Наследственная отягощенность по психическим заболеваниям отмечалась во всех группах(в 53,5% в группе с ОПР, в 67,7% в группе страдающих шизофренией). У всех больных существенную роль играла наследственная отягощенность по алкоголизму у родителей(32,6% и 24,6% соответственно). В группе лиц страдающих шизофренией в 36,9% имелся психопатологический анамнез. В группе с ОПР в 11,6% также отмечалась наследственная отягощенность по шизофрении.

Во всех группах преобладали мужчины с неблагоприятными социальными факторами в виде негативного эмоционального опыта детства, воспитания в неполных семьях и вне семьи. Большинство перенесли в детстве психические травмы в виде утраты родителей; отмечались физические травмы, особенно в группе ОПР, жестокое обращение. В группе с ОПР отмечался высокий процент черепно-мозговых травм, перенесенных в детстве (60,9%), в большинстве случаев полученных в результате семейных конфликтов, или как один из «воспитательных методов».

В исследовании отмечалось большое количество мужчин с семейной и социальной дезадаптацией. Преобладали одинокие, неженатые или разведенные. Особая тенденция к десоциализации отмечалась в группе с ОПР. 55,7% больных из этой группы на момент совершения деликта не имели брачных отношений, многие из них проживали отдельно от родителей, вели асоциальный образ жизни. У 13,9% отмечалась неустойчивость брачных отношений. Лишь 25,6% были женаты. В группе больных, страдающих шизофренией были женаты 32,3%($p<0,05$). Здесь же отмечался большой процент лиц, не имевших опыта брачных отношений(44,6%).

У всех исследуемых отмечался относительно невысокий уровень образования (среднее, средне-специальное, незаконченное высшее). В группе с ОПР преобладал средне-специальный уровень образования(48,8%), а в группе страдающих шизофренией уровень образования варьировал от неполного среднего(15,4%) до средне-специального(35,4%). Большинство к моменту ООД не были трудоустроены. В группе с ОПР не работали 74,4%. В группе страдающих шизофренией не работали 61,7%($p<0,05$).

Важную роль в формировании агрессивного- криминального поведения играло микросредовое окружение, наличие аффективных расстройств и выраженность эмоционально- волевых нарушений. Большинство ООД были связаны с физическим или моральным насилием в отношении больного со стороны родных. Чаще всего психотравмирующая ситуация, как фактор провокации, отмечалась в группе с ОПР($p<0,01$) реже- в группе лиц, страдающих шизофренией($p<0,01$), где основная роль принадлежала эндогенным факторам, а социальные факторы лишь способствовали реализации ООД. Проявлению агрессии способствовало асоциальное окружение - лица, злоупотреблявшие ПАВ, не занятые постоянным трудом, с криминальной направленностью. Немаловажным фактором являлось пребывание больного ранее в местах лишения свободы с приобретением криминального опыта. Отмечались межгрупповые различия в проявлении внутрисемейной до совершения актуального ООД. У лиц с ОПР чаще отмечались эпизоды физического насилия в отношении одного из членов семьи(73,9%), а в группе страдающих шизофренией чаще отмечались словесные угрозы в адрес родственников(31,1%), либо агрессия не проявля-

лась(19,9%)($p<0,01$). Данные свидетельствуют о том, что большинство больных шизофренией, находясь в состоянии ремиссии, не имели выраженных эмоционально-волевых нарушений, как лица с ОПР.

Мужчины с ОПР ранее привлекались к уголовной ответственности в 60,5%, в основном в связи с правонарушениями против личности(44,2%). Больные шизофренией были ранее судимы в 53,3%. Соотношение характера деяний (агрессивные: имущественные) было примерно одинаковым (26,1% и 27,6%).

Больные, совершившие внутрисемейные ООД в обеих группах, чаще проявляли агрессию в отношении лиц женского пола (1-я гр.- 65,2%; 2-я гр.- 57,8%). В большинстве случаев реализации ООД предшествовала психотравмирующая ситуация. В 1-й гр.(больные с ОПР, совершивших внутрисемейные ООД) в 30,4%($p<0,01$) отмечались провоцирующие действия со стороны родственников, неоправданные притязания, ущемление прав больных, ограничение их свободы и действий, что вызывало ответную агрессию больных. В 2-й гр.(больные шизофренией, совершившие внутрисемейные ООД) в 44,4% действия родственников в отношении больного носили неосторожный характер($p<0,01$), без учета характерологических и личностных особенностей больного. Неосторожно сказанная фраза, не имеющая отношение к больному, воспринималась им как «угрожающая» и вызывала ответные действия.

Дополнительным фактором в реализации агрессии являлось алкогольное опьянение. Данный признак был наиболее выражен в 1-й гр.(лица с ОПР, совершившие внутрисемейные ООД)(56,5%)($p<0,01$). Большинство начинали прием ПАВ в связи с физическим или моральным насилием со стороны родственников, «стигматизацией» больного. Часто сами родственники склоняли больного к алкоголизации. Прием ПАВ «временно облегчал» эмоциональное состояние больного, снижая ситуационный контроль. Достоверно чаще психотравмирующая ситуация, как фактор начала систематического приема ПАВ, отмечалась в группе с ОПР($p<0,01$), реже среди больных шизофренией($p<0,01$).

В 1-й гр.(лица с ОПР, совершившие внутрисемейные ООД) агрессивный акт совершался чаще всего в ходе предварительной ссоры с объектом агрессии(43,5%) и в силу спонтанности своих действий, не брали в расчет присутствие очевидцев. Во 2-

й гр.(больные шизофренией, совершившие внутрисемейные ООД) часто отмечалось планирование агрессивных действий(35,5%)($p < 0,01$) таким образом, чтобы в момент совершения ООД никого, кроме жертвы, рядом не находилось.

В группе с ОНР диагностировались: в 53,5%- психопатоподобное расстройство(органическое личностное расстройство) F07.0;F07.9; в 11,6%- бредовые и галлюцинаторно-бредовые расстройства(F06.0;F06.2); в 11,6%- синдром нарушенного сознания(сумеречное расстройство)(F05); в 23,3% - интеллектуально - мнестические нарушения(когнитивное расстройство- F06.7; деменция- F01.03).

Криминологические данные в этой группе: все больные обвинялись в ООД против личности. 23 человека(53,5%) совершили ООД против родственников (1-я гр.), 20 человек(46,5%) совершили правонарушения против посторонних людей(3-я гр.).

Во всех наблюдениях ОНР были преимущественно сложного генеза, и представляли сочетание перинатальной патологии, перенесенных черепно-мозговых травм и влияния токсических веществ, а также сосудистой патологии (атеросклероз, гипертоническая болезнь). Ведущими факторами развития ОНР являлись токсическое поражение центральной нервной системы(41,9%) и черепно-мозговая травма($p < 0,05$). На начальных этапах формирования ОНР отмечалась церебростеническая симптоматика(37,2%). В 13,9% симптомы ОНР отмечались еще в ранний период развития, больные с детства наблюдались у врача невролога. За счет токсического действия ПАВ на головной мозг создавалась дополнительная экзогенная вредность, что приводило к активизации и прогрессивности органического процесса, учащались психопатоподобные нарушения, нарастали грубость и брутальность эмоциональных реакций. В 58,1% отмечался патологический пубертатный период с заострением эмоционально- неустойчивых(34,9%) и эпилептоидных(11,6%) черт личности($p < 0,01$). Позже отмечалось утяжеление всех компонентов психоорганического синдрома, нарастали вспыльчивость, учащались периоды тосливо-злобного настроения, истеро - невротические реакции с ауто - и гетероагрессией. Многие из исследуемых у психиатра в связи с частыми аффективными нарушениями.

Статистический анализ выявил ряд особенностей:

1. В 1-й группе ООД чаще совершалось спонтанно (43,5 %), либо в ходе конфликта, под воздействием острой психотравмирующей ситуации (39,1 %). В 3-й группе в 55 % агрессивно-криминальный акт тоже являлся спонтанным, либо совершался в условиях хронической психотравмирующей ситуации, в результате давней обиды на потерпевшего, с планированием агрессивных действий (40%) ($p < 0,01$).

2. В 1-й гр. в 26,1 % исследуемый проявлял раскаяние, или частично сожалел о содеянном (39,1 %). В 3-й гр. в 35% отмечалось полное отрицание собственной вины ($p < 0,05$).

3. В 1-й гр. больные имели более продолжительный рабочий стаж (6 и более лет-60,8%), а в 3-й гр. более половины (60%) никогда не работали на квалифицированных рабочих местах ($p < 0,05$).

4. В 1-й гр. в 60,9% отмечались черепно-мозговые травмы, полученные в детский период, а в 3-й гр. в 15% отмечались эпизоды снохождения и в 25 % явления ночного энуреза.

5. В 1-й гр. жертвой ООД в большинстве случаев являлась женщина (65,2%), тогда как в 3-й гр. в 95% жертва была мужского пола ($p < 0,05$).

6. Длительность активного периода заболевания в 1-й гр. была намного больше (18 и более лет- 56,5%), чем в 3-й гр. (6-17 лет- 70%) ($p < 0,05$).

В группе больных шизофренией в 77,3% диагностировалась параноидная шизофрения, в 22,7%- шизотипическое расстройство. В обеих группах (с внутри- и внесемейной агрессией) отмечалось раннее начало эндогенного процесса с формированием преморбидных черт еще в детском периоде (84,6%), преимущественно с чертами шизоидности (44,6%) и эмоциональной неустойчивости (33,8 %), с затруднением социальной адаптации, чувствительностью к обидам, боязливостью ($p < 0,01$). Эмоционально-неустойчивые лица рано вовлекались в асоциальное окружение, отличались повышенной внушаемостью и подчиняемостью. Отмечалось агрессивное поведение в отношении родственников (66,1%) ($p < 0,01$). Начало болезни сопровождалось развитием психопатоподобных расстройств, усилением жестокости, брутальности; позднее присоединялись психопатоподобные проявления по истерическому и

эксплозивному типу. Отмечалось формирование выраженного истероформного фасада со склонностью к внешнеобвиняющим формам поведения и демонстративным суицидальным попыткам. У 60 % ($p < 0,01$) в детском и подростковом периодах формировались ранние формы девиантного поведения.

У лиц с параноидной шизофренией (77,3%) течение заболевания характеризовалось относительно ранним началом, появлением психопатоподобных расстройств по эксплозивному типу, частыми аффективными нарушениями. Отмечались короткие межгоспитальные периоды, с частой бредовой симптоматикой ($p < 0,01$).

В большинстве случаев возраст первичной госпитализации по поводу обострения заболевания в 2-й гр. (больные шизофренией, совершившие внутрисемейные ООД) был сравнительно поздним (20-24 года) ($p < 0,01$), и совпадал с начальными проявлениями аффективно-бредовой симптоматики. У исследуемых из 4-й гр. (больные шизофренией, совершившие внесемейные ООД) отмечалось более раннее формирование преимущественно психопатоподобных черт личности с преобладанием гипертимных и гебоидных форм поведения, с выраженным асоциальным поведением, что обуславливало более ранний возраст госпитализации в детские отделения (10-14 лет) ($p < 0,01$).

В 2-й гр. (больные шизофренией, совершившие внутрисемейные ООД) течение заболевания характеризовалось быстрой прогрессивностью, что выражалось в более короткой продолжительности (6-11 лет) эндогенного процесса до момента совершения ООД (35,5 %) ($p < 0,01$). Эмоционально-волевые нарушения были менее выраженными. Клиническая картина была представлена преимущественно бредовыми переживаниями и императивными галлюцинациями с направленностью на родственников. В 4-й гр. (больные шизофренией, совершившие внесемейные ООД) в 60% длительность эндогенного процесса до совершения ООД была значительной (18-21 год) ($p < 0,01$), характеризовалась выраженными эмоционально-волевыми нарушениями, психопатоподобными чертами характера с выраженной эксплозивностью.

В этой же группе отмечалось влияние алкогольного опьянения на совершение ООД, так в момент правонарушения больные в 97,7 % находились в состоянии алко-

гольного опьянения($p < 0,01$). Причем в 31% прием алкоголя носил характер злоупотребления.

Криминологические данные были следующими: все больные обвинялись в ООД против личности. 45 человек(69,2%) совершили агрессивные ООД в отношении родственников(2-я гр.), 20 человек(30,8%)- против посторонних людей(4-я гр.).

Путем статистической обработки клинического материала установлено:

- В обеих группах в равном соотношении в детском возрасте отмечались симптомы мозговой дисфункции(77,7%;70%). В 30% этому предшествовали неонатальные нарушения с патологическим течением беременности и родов.
- В 4-й гр. в 80% агрессивные действия заканчивались смертью потерпевшего. В 2-й гр. случаев смертельного исхода было значительно меньше (57,8%).

При сравнении групп больных с ОПР (1-я гр.) и шизофренией (2-я гр.), совершивших внутрисемейные ООД, достоверные значения имели следующие показатели:

- Длительная трудовая дезадаптация;
- Эпизоды раннего внутрисемейного насилия со стороны родителей в отношении ребенка;
- Поздняя диагностика психического заболевания, нерегулярная поддерживающая терапия, отсутствие контроля со стороны родственников вызывали ухудшение психического состояния с появлением продуктивно психотических расстройств в группе лиц, страдающих шизофренией, и психопатоподобных- в группе больных с ОПР.

В соответствии с УК РФ выбор вида принудительного лечения (ПЛ) регламентируется положениями ст.ст. 99- 104 УК РФ и определяется в зависимости от принятого экспертного решения. Выбор вида ПЛ определялся особенностями психического состояния подэкспертного, опасностью для себя и окружающих, при этом использовался принцип необходимости и достаточности (Котов В.П., Мальцева М.М., 1996).

В группе с ОПР наиболее частым психопатологическим синдромом в период ООД был психопатоподобный синдром – 66,3%. Отмечались выраженные эмоционально-волевые расстройства, формальная сохранность интеллектуально - мнестических функций, нарушение регуляторной и прогностической функций в период реализации агрессивных действий, снижение способности к критической оценке своего состояния и ситуации в целом. Криминальный анамнез имели 60,5% больных, из них 16,3% ранее обвинялись в имущественных правонарушениях, 44,2% - в преступлениях против личности. 18,6% мужчин привлекались к уголовной ответственности повторно, 23,3% привлекались дважды, 11,6% - трижды.

В группе с шизофренией у 53,3% мужчин в период ООД преобладали продуктивные психопатологические расстройства (хронические галлюцинаторно-бредовые, синдром Кандинского– Клерамбо), в 44,4% ведущим синдромом был психопатоподобный, в 11,1% в период ООД отмечались императивные галлюцинации и автоматизмы. Отсутствие признаков стойкой ремиссии определяло решение комиссии СПЭ о неспособности подэкспертных осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. 53,8% больных, ранее были судимы. 66,7% мужчин, учитывая отягощенный криминальный анамнез, а также особенности реализации ООД, были направлены на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа.

Исследование показало, что одним из факторов, способствующих совершению ООД, является нерегулярность наблюдения в ПНД, отсутствие поддерживающего лечения. Оказываемая диспансером помощь должна быть комплексной, сочетаться с другими видами медицинской помощи, максимально приближенной к населению.

Предупреждение совершения больными шизофренией и ОПР агрессивных ООД, обусловленных психопродуктивной симптоматикой, предполагает профилактику рецидива острого психотического состояния. Существенна разъяснительная работа с родственниками, которые нередко первыми могут заметить изменение психического состояния больного. Предупреждение совершения больными шизофренией и ОПР агрессивных ООД по негативно- личностным механизмам предполагает коррекцию отрицательных личностных ориентаций.

Всем больным при проведении СПЭ были рекомендованы принудительные меры медицинского характера. Чаще рекомендовалось принудительное лечение в психиатрическом стационаре (ПС) специализированного типа(51,5%), несколько реже- специализированного типа с интенсивным наблюдением(17,6%), откуда больные через несколько лет, согласно принципу районирования поступали в ПС специализированного типа. В 30,9% больные направлялись в ПС общего типа. В группе больных с ОПР в 78,3% было рекомендовано принудительное лечение в ПС специализированного типа с учетом социальной опасности больного, характером ООД, направленного против личности, а также имеющимся криминальным анамнезом. 66,7% мужчин, страдающих шизофренией, совершивших внутрисемейные деликты, учитывая отягощенный криминальный анамнез, а также особенности психического состояния при совершении ООД, были направлены на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа.

На всех этапах принудительного лечения проводилось динамическое исследование субъективной оценки качества жизни, что позволило осуществить длительный мониторинг состояния больного в период проведения лечебно- реабилитационных мероприятий, осуществлять постоянный контроль за психическим и физическим состоянием больного и вносить коррективы в программу.

Принудительное лечение в отделениях осуществлялось при взаимодействии специалистов разного профиля - психиатров, психологов и социальных работников для оптимального обеспечения терапевтического процесса и реабилитационных мероприятий.

Установлено, что наличие психического заболевания существенно облегчает вовлечение больного в криминальные действия. Многие из исследуемых больных ранее привлекались к уголовной ответственности за менее серьезные или аналогичные правонарушения. В период следственных действий по прошлым уголовным делам большинство из них либо не направлялись на СПЭ, либо признавались виновными. Находясь в заключении, такие больные получали опыт криминальных отношений, у них формировались асоциальные установки, способствующие стремительной социальной дезадаптации и криминальному поведению. В связи с этим

становится актуальным вопрос не только вторичной профилактики (принудительного лечения), но и первичных мер превентивной профилактики.

ВЫВОДЫ:

1. Клинико-психопатологический анализ психических расстройств у лиц, совершивших криминальные агрессивные действия, направленные против родственников выявляет ряд особенностей в зависимости от нозологической формы:

1.1. В группе больных шизофренией:

- преобладал непрерывный тип течения процесса с превалированием психопатоподобных расстройств;

- отмечалось раннее начало заболевания с формированием в подростковом возрасте патохарактерологических особенностей, преимущественно шизоидного типа, которые способствовали возникновению затруднений микро- и социальной адаптации;

- выявлена высокая частота ранних социальных девиаций с преобладанием агрессивных форм в структуре психопатоподобных расстройств;

- чаще отмечался продуктивно-психотический механизм ООД, направленных на родственников, с преобладанием аффективно-бредовых состояний.

1.2. В группе с органическим психическим расстройством:

- преобладали мужчины с психопатологически отягощенной наследственностью;

- ранняя резидуальная патология обуславливала быстрое формирование патохарактерологических черт, что приводило к девиантному поведению еще в подростковом периоде, а нарушение эмоционально-волевых функций существенно облегчало включение этих лиц в агрессивные криминальные действия, с формированием криминального опыта;

- в клинической картине превалировала психопатодобная симптоматика;

- преобладал непсихотический уровень реализации ООД (негативно-личностный механизм) с потерей ситуационного контроля.

2. Выявлены клинические и социальные факторы риска опасного агрессивного поведения против членов семьи:

2.1. Клиническими факторами риска при шизофрении являются:

-продуктивно- психотические симптомы в виде стойких бредовых идей и галлюцинаторных расстройств с фабулой устранения источника опасности, с направленностью болезненных переживаний на конкретных лиц- родственников;

-быстрый темп формирования синдрома зависимости от алкоголя.

При органических психических расстройствах выявляются:

-прогредиентность заболевания с присоединением новых психопатоподобных черт характера (эксплозивных, истерических);

-грубые нарушения в эмоционально- волевой сфере на фоне быстрого формирования алкогольной зависимости, приводящие к снижению контроля в период совершения ООД.

2.2.Анализ социальных характеристик обеих нозологических групп выявил ряд факторов:

-семья, часто неполная, с дисгармоничным воспитанием, гипопекой, жестоким обращением, использованием физических наказаний и насилием, смена опекунов;

-асоциальное средовое окружение с криминальным опытом, злоупотреблением ПАВ;

-острая или хроническая психогенно травмирующая ситуация, предшествующая ООД.

3.Сравнительный статистический анализ синдромальных, личностных и ситуационных факторов ООД выявил значимые критерии социальной опасности психически больных:

3.1.При шизофрении:

-наличие продуктивно- психотических симптомов (бредовая защита, бредовая месть, императивные галлюцинации);

-асоциальное окружение больного;

3.2.При органическом психическом расстройстве:

- высокая частота ранней органической патологии в сочетании с интеллектуально- мнестическими нарушениями приводит к формированию в детско- подростковом периоде стереотипов агрессивных форм поведения;

- дополнительные экзогенные факторы в виде повторных черепно-мозговых травм и злоупотребления алкоголем при отсутствии своевременной диагностики и адекватного лечения ускоряют прогрессивность ОПР.

3.3. Анализ групп с внесемейной агрессивней выявил достоверные корреляции:

- наличие криминального опыта у больных;
- высокая частота реально- бытовой мотивации с ситуационными механизмами совершения ООД.

4. Разработка мер профилактики общественно опасного поведения должна включать:

- своевременное выявление больных с асоциальными установками, как контингента, наиболее подверженного «провоцирующим» воздействиям;

- оптимальный выбор вида и продолжительности принудительного лечения с учетом психопатологической структуры психического расстройства и механизма реализации ООД;

- дальнейшую реабилитацию, направленную на выявление индивидуальных социально- бытовых проблем и их разрешение с целью создания условий, облегчающих адаптацию пациента к проживанию вне больницы;

- вовлечение в процесс внебольничной реабилитации служб социальной поддержки и правового консультирования наряду с продолжающейся корригирующей психофармакотерапией пациентов.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Расторгуев А.Г. Агрессивно-криминальные правонарушения у психически больных с коморбидной алкогольной зависимостью//Современные вопросы клинки и терапии психических расстройств. – Сборник материалов межрегиональной научно- практической конференции, посвященной 70- летию организации психиатрической помощи в Иркутской области. – Иркутск – 2005 - С. 105-107.

2. Расторгуев А.Г. Гендерные особенности психических расстройств у жертв домашнего насилия// Охрана психического здоровья в демографической политике страны. – Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, посвящённой 100-летию ОГУЗ Томской клинической психиатрической больницы. - Томск, 9-10 октября 2008 г. - С.104-105 (в соавт. с Т.Б. Дмитриевой, М.А. Качаевой, Н.В. Скибиной).

3. Расторгуев А.Г. Роль социальных факторов в формировании общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами. // Охрана психического здоровья в демографической политике страны. – Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, посвящённой 100-летию ОГУЗ Томской клинической психиатрической больницы. - Томск, 9-10 октября 2008 г. - С. 278 – 280 (в соавт. с М.А. Качаевой).

4. Расторгуев А.Г. Внутрисемейная агрессия лиц с органическими психическими расстройствами// Российский психиатрический журнал. - 2008. -№6 – С. 40 – 45 (в соавт. с М.А. Качаевой).

5. Расторгуев А.Г. Клинико-социальные факторы внутрисемейного агрессивного поведения мужчин с психическими расстройствами //Феноменология и профилактика девиантного поведения: материалы II Всероссийской научно-практической конференции, 27 -28 октября 2008г. – В 2-х т.: Том 1. – Краснодар: «АСВ-полиграфия», 2008. –С.170 -176 (в соавт. с М.А. Качаевой).

6. Расторгуев А.Г. Роль злоупотребления ПАВ при совершении агрессивных криминальных действий мужчинами с органическими психическими расстройствами// Наркомания, ВИЧ и беременность: проблемы сохранения здоровья матери и ребёнка. - Материалы Международной конференции, Казань, 10-11 ноября 2008 г. -С. 37 – 40 (в соавт. с М.А. Качаевой).

Для заметок

Для заметок

Для заметок

Заказ № 65/02/09 Подписано в печать 12.02.2009 Тираж 100 экз. Усл. п.л. 1,25



ООО "Цифровичок", тел. (495) 797-75-76; (495) 649-83-30
www.cfr.ru ; e-mail: info@cfr.ru