

На правах рукописи

СЕРГЕЕВ Михаил Петрович

**ВНУТРИСЕМЕЙНАЯ АГРЕССИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ
(судебно-психиатрический и социокультурный аспекты)**

Психиатрия – 14.00.18

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва 2005

Работа выполнена в Чувашском государственном университете
им. И.Н. Ульянова

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор **А.В. Голенков**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **В.В. Вандыш-Бубко**

доктор медицинских наук, профессор **Б.А. Казаковцев**

Ведущая организация:

Казанская государственная медицинская академия

Защита диссертации состоится 24 05 2005 г. в 14⁰⁰ часов на заседании
диссертационного совета Д. 208.024.01 при Государственном научном
центре социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке
Центра.

Адрес: 119992, ГСП-2, г. Москва, Кропоткинский пер., 23.

Автореферат разослан «19» апреля 2005 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук

И.Н. Винникова

2006-4
5014

2138814

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. В настоящее время большой интерес для изучения представляют психически больные, совершившие криминальные деликты. Высокая социальная опасность лиц, страдающих психическими расстройствами (ПР) представляется очевидной, так как в последние годы в структуре их преступлений повысилась доля тяжких деяний против личности (Т.Б. Дмитриева с соавт., 2004), масштабный характер (до 30%) приобрели семейно-бытовые убийства (Т.Б. Дмитриева, Б.В. Шостакович, 2002). Вместе с тем, контингент психически больных, совершивших агрессивные деликты в семье, в научных исследованиях выделяется редко. Зарубежные авторы чаще отражают медико-психологические проблемы жертв внутрисемейного насилия (L. Bensley et al, 2003; A.W. Moore, L.A. Russell, 2004). Отечественные специалисты рассматривают опасное поведение в семье лиц с шизофренией (А.А. Фокин, 1981; Н.К. Харитоновна, А.Э. Ванштейн, 2000; В.В. Дилоян, 2004) и расстройствами личности (И.В. Горшков, 1998). Не достаточно изучены остаются другие ПР и психопатологические механизмы общественно опасных действий (ООД) больных в семье (М.М. Мальцева, В.П. Котов, 1995).

Несмотря на приоритет в изучении насилия (ВОЗ, 2002), «в стороне» остаются региональные аспекты проблемы. Вместе с тем, на фоне увеличения преступности отмечается и высокое число (40%) криминальных деликтов в семьях Чувашской Республики (ЧР) (К.В. Пушкина, 2002). При этом растёт число психически больных, в том числе с впервые установленным диагнозом ПР на судебно-психиатрической экспертизе (СПЭ) (А.Б. Козлов, Л.А. Овечкина, 2004). Высока криминальная активность психически больных мужчин (95%), она во много раз превышает таковую у женщин (5%) в Чувашии (Л.Н. Никитин, 2000) Вышеизложенное обуславливает высокую актуальность исследования внутрисемейной агрессии у психически больных мужчин в ЧР, а также социокультурных особенностей данного контингента.

К настоящему времени доказано влияние социокультурных факторов на распространённость и клинику различных ПР в Чувашии (А.В. Голенков, 1998; А.Б. Козлов, 2001), описаны региональные особенности психически больных, совершивших ООД (Л.Н. Никитин, 2000). Однако как объект исследования не изучены лица с ПР, склонные к внутрисемейной агрессии, не учитываются социально-психологические характеристики их семей, а, следовательно, и специфические особенности, значимые для профилактики ООД лиц с ПР в семье. В



связи с отсутствием систематических знаний об агрессии психически больных мужчин в семье затруднено прогнозирование внутрисемейных деликтов и действенное повышение эффективности мероприятий по их предупреждению в ЧР.

Цель и задачи исследования. Цель – разработка дифференцированных подходов к профилактике внутрисемейной агрессии психически больных в Чувашии на основе изучения клинических и социокультурных особенностей их опасного поведения в семье.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. Изучить нозологическую и синдромальную структуру ПР у лиц, совершивших агрессивные акты в семье.
2. Исследовать криминальные аспекты и психопатологические механизмы внутрисемейной агрессии у психически больных тюркских и славянских национальностей для уточнения критериев экспертной оценки.
3. Выявить клинко-психологические и социокультурные факторы, способствующие опасному поведению психически больных в семье.
4. Разработать основные принципы дифференцированной профилактики агрессивных действий психически больных в семье.

Научная новизна исследования. Впервые выявлены особенности клинической и социально-психологической структуры контингента психически больных, совершивших агрессивные действия против близких родственников, а также факторы, способствующие их опасному поведению в семье. Впервые проведена судебно-психиатрическая оценка домашнего насилия психически больных мужчин с ПР тюркских и славянских национальностей. Разработаны новые дифференцированные подходы к профилактике и прогнозированию внутрисемейной агрессии лиц с ПР.

Практическое значение работы. Полученные данные значительно восполняют дефицит представлений о клинических, социальных и личностных особенностях психически больных мужчин из основных этнических групп населения ЧР, а также паттернов совершаемых ими внутрисемейных агрессивных действий, что должно ориентировать врачей-психиатров в их повседневной деятельности. Разработаны рекомендации по совершенствованию мер профилактики ООД психически больных мужчин в семье.

Публикация и апробация результатов исследования. Результаты исследования доложены на: 1) Втором съезде психиатров, наркологов и психотерапевтов ЧР (2000); 2) межрегиональной Российской научно-практической конференции «Дети Севера на рубеже 21 века» (Сыктыв-

кар, 2001); 3) международной конференции «Социальные и клинические проблемы сексологии и сексopatологии» (Москва, 2002); 4) Втором съезде психологов Чувашии (Чебоксары, 2002); 5) научно-практической конференции, посвящённой 40-летию Республиканской психиатрической больницы (Чебоксары, 2002); 6) республиканской научно-практической конференции «Семья: взрослые и дети в изменяющемся мире» (Чебоксары, 2002); 7) межрегиональной научно-практической конференции «Этнос и личность: Исторический путь, проблемы и перспективы развития» (Чебоксары, 2003); 8) республиканской научно-практической конференции «Этнокультуральная медицина» (Чебоксары, 2004); 9) заседаниях Чувашской Ассоциации врачей психиатров, наркологов и психотерапевтов (2001-2004); 10) проблемном Совете ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (2004). По теме диссертации опубликовано 15 научных работ, список которых приводится в конце автореферата.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Внутрисемейная агрессия проявляется тяжкими противоправными действиями, чаще всего убийствами, которые совершают больные органическими ПР, шизофренией, расстройствами личности, синдромом зависимости от алкоголя, умственной отсталостью.

2. Клинико-криминологические механизмы внутрисемейной агрессии связаны с этнопсихологическими и социокультурными факторами, опосредованы типом семьи и внутрисемейного конфликта.

3. Психопатологические механизмы совершения внутрисемейных ООД невменяемых психически больных мужчин ЧР в семье имеют клинические особенности.

4. Для улучшения эффективности мероприятий по предупреждению агрессивных деликтов психически больных мужчин против близких родственников необходим дифференцированный подход с учётом клинических и социокультурных факторов становления и реализации внутрисемейной агрессии.

Внедрение результатов исследования. Полученные результаты исследования внедрены в практику Республиканской психиатрической больницы на всех этапах оказания психопрофилактической помощи психически больным мужчинам, склонным к совершению агрессивных деликтов в семье. Разработаны рекомендации для участковых и районных психиатров ЧР по совершенствованию мер профилактики ООД психически больных мужчин в семье. Полученные в результате исследования данные используются в учебном процессе кафедры психиатрии и медицинской психологии Чувашского государственного университета им. И.Н. Ульянова.

Структура и объём диссертации. Работа изложена на 139 страницах машинописного текста (123 страницы – основной текст, 16 – список использованной литературы); состоит из введения, четырёх глав, заключения, выводов, списка литературы (206 наименований, из них 65 зарубежных) Материал исследования проиллюстрирован в 43 таблицах и 6 клинических наблюдениях.

Во введении обоснована актуальность, описана научная и практическая значимость, сформированы цель и задачи исследования.

В первой главе освещены современное состояние проблемы домашнего насилия, его причины и предупреждение агрессии психически больных мужчин в семье.

Во второй главе представлены характеристика обследованных больных, методологические основы и методы исследования.

В третьей главе проанализированы судебно-психиатрические особенности внутрисемейной агрессии мужчин с ПР.

В четвёртой главе рассматриваются вопросы дифференцированных подходов к профилактике агрессивных деликтов психически больных мужчин в семье с учётом клинических и социокультурных особенностей формирования и реализации внутрисемейной агрессии.

В заключении обобщены результаты исследования, сформулированы основные выводы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом для настоящего исследования послужили 150 мужчин – жителей Чувашии в возрасте от 16 до 77 лет (средний возраст – $41,5 \pm 14,5$ года), совершивших преступления против кровных родственников или членов своей семьи. Исследуемая группа формировалась методом сплошной выборки, по мере поступления испытуемых на СПЭ. Отсутствие женщин было обусловлено профилем работы исследователя в мужском отделении стационарной СПЭ, а также тем обстоятельством, что мужчины во много раз чаще, чем женщины совершают агрессивные действия против членов своей семьи (ВОЗ, 2002). Всем испытуемым в период с 2000 г. по 2002 г. на базе Республиканской психиатрической больницы г. Чебоксары проводилась стационарная (68,7%) и амбулаторная (31,3%) СПЭ. Диагностика ПР осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10, специально разработанными для судебной психиатрии (Т.Б. Дмитриева, Б.В. Шостакович, 1997). Первую группу составили 100 (66,7%) испытуемых тюркских национальностей, преимущественно чуваша (средний возраст – $42,8 \pm 13,8$ года), вторую – 50 (33,3%) испытуемых славянских национальностей, пре-

имущественно русские (средний возраст – $37,6 \pm 15,7$ года), что в целом отражает национальный состав жителей ЧР. Национальность определялась путём этнической самоидентификации подэкспертных. Группы были статистически однородными по возрасту, нозологической структуре и в зависимости от экспертной оценки.

Органические ПР отмечены у 53 чел. (35,3%), шизофрения – у 43 (28,7%), расстройства личности – у 28 (18,7%), синдром зависимости от алкоголя – у 15 (10,0%), умственная отсталость – у 11 чел. (7,3%).

Органические ПР были представлены преимущественно органическим расстройством личности – у 18 больных (34,0%), бредовым расстройством – у 14 (26,4%) и слабоумием – у 13 (24,5%). К моменту совершения ООД испытуемые находились в возрасте от 16 до 77 лет (средний возраст – $49,1 \pm 16,0$ года). Длительность заболевания до года была у 1 чел. (1,9%), от 1 до 5 – у 23 (43,4%), более 5 – у 22 (41,5%), более 10 лет – у 7 чел. (13,2%).

Параноидная форма шизофрении квалифицирована у 40 больных (93,0%), шизотипическое расстройство – у 3 (7,0%). Возраст больных к началу заболевания составил от 11 до 57 лет (средний возраст – $27,3 \pm 8,9$ года), возраст к моменту совершения ООД – от 16 до 71 года (средний возраст – $38 \pm 12,1$ года). Длительность шизофренического процесса до 1 года наблюдалась у 2 больных (4,6%), от 1 до 5 – у 7 (16,3%), более 5 лет – у 34 (79%).

В структуре расстройств личности и поведения у 18 чел. (64,3%) наблюдались смешанные, у 10 (35,7%) – специфические. Среди последних преобладали эмоционально-неустойчивое (70,0%) и параноидное (20,0%). Возраст больных к моменту деликта был от 22 до 60 лет (средний возраст – $38,1 \pm 10,4$ года).

ПР, связанные с употреблением алкоголя (синдром зависимости средней стадии), обнаружены у 15 (10,0%) испытуемых. Возраст больных к началу заболевания составил 20-40 лет (средний – $29,5 \pm 7,1$ года), возраст к моменту деликта – 22-60 лет (средний – $38,1 \pm 10,4$ года). Длительность заболевания от 1 до 5 лет наблюдалась у 6 (40,0%) больных, свыше 5 – у 9 (60,0%). Алкоголизм протекал в запойной форме, с наследственной отягощённостью и семейным характером злоупотребления спиртным, никто из испытуемых ранее у наркологов не лечился.

Лёгкая умственная отсталость наблюдалась у 11 (7,0%) испытуемых. У них преобладали недифференцированные (63,0%) и семейные (37,0%) формы заболевания (Г.Е. Сухарева, 1965). Возраст больных составил 19-63 года (средний возраст – $34,6 \pm 12,1$ года).

Основными методами исследования являлись клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, математико-статистический. В качестве основного инструмента исследования использовалась «Базисная карта для эпидемиологических исследований», разработанная в ГНИЦ социальной и судебной психиатрии им В.П. Сербского (А.А. Чуркин, Б.С. Положий, 2000).

Клинико-психопатологический метод включал в себя анализ анамнестических сведений о жизни, личностных особенностях, психическом состоянии обследуемых по материалам уголовных дел и медицинской документации. Психопатологические механизмы ООД квалифицировались согласно научной концепции М.М. Мальцевой, В.П. Котова (1995). Для определения типов семей использовалась классификация Э.Г. Эйдемиллера, А.Е. Личко (1980), типов конфликтов – классификация В.Ф. Друзя (1988).

Экспериментально-психологический метод Для оценки исследования личности психически больных, совершивших внутрисемейные преступления, их склонности к открытому агрессивному поведению использовался «Hand-тест» Вагнера. Личностный профиль испытуемых сравнивался с нормативами, представленными Т.Н. Курбатовой, О.И. Муляр (1995) и результатами планового патопсихологического обследования, проводимого психологами отделений СПЭ.

Математико-статистический анализ осуществлялся с помощью пакета программ Statistica for Windows 5.0. Использовались методы описательной статистики (расчёт средней, её среднего квадратичного отклонения), корреляционный анализ и расчёт t-критерия для относительных величин (%).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом внутрисемейной агрессии психически больных мужчин в 48% случаев были их жёны или сожительницы, в 30,0% – родители, в 12,0% – дети, в 10,0% – братья и сёстры. Убийством завершилось 52,0% деликтов, нанесением побоев – 32,0%, причинением телесных повреждений различной степени тяжести – 13,3%, доля инцеста составила 2,7%. В алкогольном опьянении акты агрессии совершили 90 (60,0%) больных, среди которых чаще встречались вменяемые (72,6 против 51,1%; $p < 0,01$).

У 90 чел. (60,0%) противоправные агрессивные действия в семье были зарегистрированы впервые в жизни, у 60 (40,0%) повторно. Первичные деликты чаще совершались в трезвом виде (46,7 против 30%; $p < 0,05$), повторные – в алкогольном опьянении (70,0 против

53,3%; $p < 0,05$), Алкоголизация достоверно влияла на кратность криминальной агрессии испытуемых первой группы в целом ($r = 0,32$; $p < 0,01$), второй группы – только среди больных с органическими ПР ($r = 0,36$; $p < 0,01$).

Семьи всех испытуемых накануне совершённых ими деликтов были негармоничными. Семьи деструктивного типа встречались у 50 чел. (33,0%), распадающегося – у 10 (7,0%), распавшегося – у 12 (8,0%), неполного – у 35 (23,0%), ригидного псевдосолидарного – у 43 (29,0%). Удельный вес неполных семей был достоверно выше у испытуемых, признанных в процессе производства СПЭ невменяемыми (27,7 против 17,7%; $p < 0,05$). Семьи распадающегося типа наблюдались преимущественно у испытуемых второй группы (12,9 против 1,8%; $p < 0,01$), ригидного псевдосолидарного типа – первой (36,8 против 6,5%; $p < 0,01$).

Во всех семьях происходили конфликты шести типов (В.Ф. Друзь, 1988). Столкновения в борьбе за лидерство наблюдались в семьях, где лица с ПР стремились сохранить позиции главы семьи, не имея способности удовлетворять свои привычные ожидания, либо происходила конкуренция родителей и взрослых детей, тяготеющих к самостоятельности, их попытки перераспределить домашние обязанности и роли. Такие конфликты встречались в большинстве семей испытуемых (48,0%), но достоверно чаще у лиц, признанных в ходе производства СПЭ вменяемыми (58,1 против 41,0%; $p < 0,01$). Достоверные корреляционные взаимосвязи были обнаружены между данным типом конфликтов, семьёй ригидного псевдосолидарного типа ($r = 0,28$; $p < 0,01$) и диагнозом расстройство личности ($r = 0,25$; $p < 0,05$).

Второй тип конфликтов вызывался психологическим давлением родственников (как правило, родителей) на больного, что вызывало протест с его стороны. Это происходило в результате мелочной гиперопеки или недооценки психопатологического состояния больного, недостатка сочувствия, когда он не получал должной заботы и принуждался к выполнению прежних семейных обязанностей; а также при стремлении больного к изоляции, сочетающемся с непониманием своей неспособности обходиться без помощи. Подобный тип конфликтов наблюдался только в семьях лиц, признанных в ходе производства СПЭ невменяемыми (17,0%; $p < 0,01$). Достоверные взаимосвязи обнаружены между данным типом конфликта и неполной семьёй ($r = 0,20$; $p < 0,05$), а также – шизофренией, галлюцинаторно-бредовыми синдромами и психопатологическим механизмом ООД в виде императивных псевдогаллюцинаций и психических автоматизмов ($r = 0,18$; $p < 0,05$).

Третьего типа конфликты (внутрисемейное группирование) возникали вследствие неодинакового отношения больного к отдельным членам семьи и обострялись при вражде между домочадцами, когда родственники больного принимали сторону соперника испытуемого, либо он сам открыто принимал сторону кого-либо из родственников. Такие конфликты наблюдались в семьях 11 (7,3%) больных в случаях негативного отношения испытуемых к кому-либо из членов семьи (отцу, брату), которые «забирали» большую часть любви и внимания матерей, либо терроризировали всю семью асоциальными поступками. Подобного типа конфликты были связаны с диагнозом умственная отсталость ($r=0,26$; $p<0,05$).

Четвёртый тип конфликтов (негативный перенос) – перенос близкими недовольства, порождённого житейскими трудностями, на больного возникал в результате мелочных придирок, раздражения, грубого поведения родственников (как правило, жён) по отношению к психически больным с психоорганическими синдромами, беспомощным в силу своего состояния. Он наблюдался в семьях деструктивного типа ($r=0,22$; $p<0,01$), у лиц, признанных в процессе производства СПЭ невменяемыми (6,8%; $p<0,01$).

Пятый тип конфликта (эмоциональное отчуждение) отмечался в 7 (4,7%) семьях, где родственники были холодны, замкнуты в отношениях друг к другу, столкновения возникали при попытке одного из них вмешаться в жизнь другого. Подобные конфликты встречались достоверно чаще у лиц второй группы, признанных в ходе производства СПЭ невменяемыми (15,8 против 2,3%; $p<0,05$) и были связаны с деструктивным типом семьи ($r=0,25$; $p<0,05$) и диагнозом шизофрения ($r=0,32$; $p<0,05$).

Шестой тип конфликта (оппозиция) характеризовался постоянными столкновениями между больным и родственниками из-за грубости, эгоизма больного, его антисоциальных поступков. Такие конфликты наблюдались в семьях 39 (26,0%) испытуемых. У лиц, признанных в ходе производства СПЭ невменяемыми, подобные конфликты были связаны с диагнозом алкоголизм ($r=0,27$; $p<0,05$), а у лиц, признанных невменяемыми – с органическими ПР ($r=0,27$; $p<0,01$), эпилептиформными синдромами ($r=0,28$; $p<0,01$) и пароксизмальными психопатологическими механизмами ООД по типу дисфорической активности ($r=0,23$; $p<0,05$), а также семьёй распадающегося типа ($r=0,30$; $p<0,01$).

В процессе производства СПЭ 88 (58,7%) больных были признаны невменяемыми, 62 (41,3%) – вменяемыми, в том числе 15 (24,2%) – ограниченно вменяемыми (статья 22 УК РФ). Высокий удельный вес, признанных невменяемыми, наблюдался среди больных шизофренией

(46,6 против 3,2% вменяемых; $p < 0,01$) и органическими ПР (46,6 против 19,4% вменяемых; $p < 0,01$). Решение о невменяемости было вызвано наличием в клинической картине заболевания в период совершения ООД хронического синдрома Кандинского-Клерамбо (23,9 против 0%; $p < 0,01$), хронического бредового состояния (19,3 против 0%; $p < 0,01$), эпилептиформного (13,6 против 0%; $p < 0,01$) и психоорганического синдромов (10,2 против 1,6%; $p < 0,05$). В рамках галлюцинаторно-параноидных синдромов преобладали бредовые механизмы совершения ООД (бредовая защита, месть) (39,8 против 0%; $p < 0,02$) и галлюцинаторные (императивные псевдогаллюцинации и психические автоматизмы) (17,1 против 0%; $p < 0,02$), органических синдромов – пароксизмальные (дисфорическая активность и сумеречное помрачение сознания) (19,3 против 0%; $p < 0,02$). Бредовые механизмы совершения ООД достоверно чаще встречались у испытуемых тюркских национальностей (49,1 против 22,6%; $p < 0,02$), пароксизмальные – славянских (32,3 против 12,3%; $p < 0,02$).

Преобладание бредовых механизмов у испытуемых первой группы было связано с особенностями культуры некоторых тюркских народов, у которых исторически закрепились повышенная мистическая настроенность, подозрительность. На это указывает и факт того, что агрессивные действия лиц тюркских национальностей были чаще, чем у лиц славянских национальностей обусловлены ревностью (27,0 против 12,0% у русских; $p < 0,02$). Местные суеверия, обычаи, религиозные верования способствуют клиническому оформлению бреда и определяют преимущественно внутрисемейный характер агрессии. Так, например, бред отношения направлял ООД испытуемых на отцов или братьев (50,0 и 16,7%; соответственно, $p < 0,01$), колдовства – на матерей или жён (по 50,0%; $p < 0,01$), ревности – на жён (100,0%) и их мнимых любовников (30,8%). При этом бред отношения и колдовства наблюдался чаще в рамках шизофрении, бред ревности – органического шизофреноподобного расстройства.

Преобладание пароксизмальных механизмов совершения внутрисемейной агрессии у испытуемых второй группы определялось экзогенно-органическими ПР вследствие смешанных заболеваний и изменениями личности по эпилептическому типу со склонностью к открытому агрессивному поведению в социуме (по данным Hand-теста). Злоупотребление алкоголем больными, недооценка тяжести их состояния родственниками в сочетании с прогредиентностью ПР приводили больных к неоднократным внутрисемейным деликтам. При проведении амбулаторной СПЭ данной категории лиц возникали дифференциально-диагностические сложности в определении психопатологиче-

ского механизма совершения ООД: эмоциональная бесконтрольность в состоянии простого алкогольного опьянения или дисфорическая активность. Всё это требовало стационарного обследования.

Среди лиц, признанных в процессе производства СПЭ вменяемыми, преобладали испытуемые с расстройствами личности (40,3 против 3,4% вменяемых; $p < 0,01$), алкоголизмом (22,6 против 1,1%; $p < 0,01$) и умственной отсталостью (14,5 против 2,3%; $p < 0,01$). Экспертное решение о вменяемости в рамках данных заболеваний обуславливало наличие у 60 испытуемых в момент деликта психопатических, психопатоподобных синдромов (96,8 против 10,2%; $p < 0,01$), преимущественно эмоционально-волевой неустойчивости (77,4 против 4,5%; $p < 0,01$). Реализацию их агрессии облегчало алкогольное опьянение. По данным Hand-теста, оно было связано с высокими показателями психологической «калечности» ($r = 0,25$; $p < 0,05$) и личностной дезадаптации испытуемых ($r = 0,25$; $p < 0,05$). Ревность испытуемых, как источник агрессии в семье, также была связана с ощущениями психологической неполноценности ($r = 0,17$; $p < 0,05$) и личностной дезадаптацией ($r = 0,17$; $p < 0,05$).

По данным психологического обследования испытуемые славянских национальностей, признанные вменяемыми, были более активны ($r = 0,18$; $p < 0,05$), склонны к открытому агрессивному ($r = 0,20$, $p < 0,05$) и директивно-доминирующему ($r = 0,16$; $p < 0,05$) поведению в социуме, имели хорошие коммуникативные способности ($r = 0,20$, $p < 0,05$) при обезличенном отношении к окружающим ($r = 0,20$; $p < 0,05$). У лиц тюркских национальностей выявлялись более низкая психическая активность ($r = 0,18$; $p < 0,05$), слабые проявления агрессивного и доминирующего поведения ($r = 0,18$; $p < 0,05$), трудности в межличностной кооперации ($r = 0,20$; $p < 0,05$) и более высокая значимость межличностных отношений ($r = 0,18$; $p < 0,05$). Вышеназванные черты в сочетании с другими факторами способствовали реализации агрессивных действий испытуемых второй группы в адрес родителей (42,1 против 16,3%; $p < 0,05$), первой группы – против детей (зависимых членов семьи) (18,6 против 0%; $p < 0,05$).

Судебно-психиатрическая оценка психического состояния почти четвертой части (24,2%) всех вменяемых испытуемых в момент совершения преступления соответствовала критериям статьи 22 УК РФ. Большинство (80,0%) из них обнаруживали органические ПР. 10 (66,7%) органическое расстройство личности и 2 (13,3%) недифференцированный психоорганический синдром. Как видно, органические ПР играли активную роль в создании криминальной ситуации, являлись фактором пониженной толерантности к острым фрустрирующим ситуациям, что обуславливало аффективные, субъективно значимые лич-

ностные реакции и соответственно неполную способность испытуемых к произвольной регуляции поведения. Большинство лиц с ПР, не исключаяющими вменяемости, были тюркских национальностей (12,0 против 6,0%). На их способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими влияла ревность ($r=0,30$; $p<0,05$).

Экспертная оценка психического состояния больных в момент совершения внутрисемейного преступления определяла и выбор медицинских мероприятий принудительного характера. Правильный их выбор во многом способствует предупреждению повторных ООД больных против родственников и членов их семьи, так как они являются наиболее завершённой формой профилактики. Всем невменяемым больным (58,7%) были рекомендованы принудительные меры медицинского характера: в психиатрической больнице специализированного типа (44,3%), специализированного типа с интенсивным наблюдением (27,3%), общего типа (25,0%) и амбулаторное принудительное лечение (3,4%). Это говорило о высокой социальной опасности данного контингента.

Данные нашего исследования показали большую значимость своевременного выявления и лечения ПР у лиц, склонных к агрессии в семье (невменяемых), так как 56,8% из них совершили ООД (криминальный манифест) впервые в жизни (В.А. Гурьева, В.Я. Гиндикин, 2002). Усилия психиатров должны направляться на активное выявление и лечение больных шизофренией, поскольку данный контингент более всего был предрасположен к первичным деликтам в семье (31,8 против 1,6% вменяемых; $p<0,05$). В период совершения преступления они, как правило, обнаруживали хронические галлюцинаторно-бредовые синдромы и императивные псевдогаллюцинации с психическими автоматизмами ($r=0,22$; $p<0,05$). Криминальный манифест таких больных наблюдался в неполных семьях, под влиянием психологического давления со стороны единственного родителя и имел соответствующую направленность. Родители больных из неполных семей, в силу своего низкого культурного уровня неправильно расценивали проявления ПР. Это затягивало выявление психотической симптоматики, вызывало её хронизацию и усиление интерпретативного компонента в структуре галлюцинаторно-бредовых переживаний. Типичные конфликты на этом фоне «обеспечивали» адресный характер агрессии больных против родителей. Учитывая распространённость неполных семей в ЧР, районным психиатрам следует обращать на них особое внимание. Региональной особенностью профилактики внутрисемейной агрессии психически больных должна быть работа по предупреждению в

них типичных конфликтов, направленная на формирование правильного отношения членов негармоничных семей к болезни их родственника

Следует отметить, что повторные деликты психически больных совершаются под влиянием тех же психопатологических механизмов и имеют ту же направленность (В.П. Котов, М.М. Мальцева, 2004). Данное обстоятельство наблюдается, например, у больных с бредовыми механизмами ООД. В зависимости от клинического содержания бреда отмечается разная направленность внутрисемейной агрессии: идеи воздействия направляют деликты на матерей и жён, отношения – на отцов, ревности – на жён. Учёт характера бредовых переживаний у больных с органическим бредовым расстройством и шизофренией может спрогнозировать и предотвратить их агрессивные действия в семье путём своевременного перевода в группу активного диспансерного наблюдения (АДН).

Нужно отметить, что до совершения ООД никто из больных, признанных в процесс производства СПЭ невменяемыми, не находился на АДН. Это было связано с низкой психиатрической грамотностью населения ЧР, мистическим отношением к ПР, что снижало активное обращение к психиатрам, в том числе и больных уже находившихся под диспансерным наблюдением. Этот же факт затруднял и активное выявление психически больных, склонных к внутрисемейной агрессии. Данные тенденции сходны с региональными. 72,6% больных, совершивших преступление в 2003 г., не находились в группе АДН, в том числе и лица, у кого впервые установлено ПР (А.Б. Козлов, Л.А. Овечкина, 2004). Возможно, сказывается и нехватка врачей-психиатров в ЧР (0,72 на 10 тыс. населения в 2003 г. при нормативе 1,52), в том числе ведущих диспансерный приём (0,34). Активизация работы участковой психиатрической службы ЧР по своевременному обследованию и лечению диспансерной группы ведёт, с одной стороны, к увеличению числа больных, состоящих в группе АДН и снижению числа ООД, совершённых больными из группы АДН, с другой, увеличивает нагрузку на участковых психиатров.

При постановке больных в группу АДН нужно учитывать их склонность к рецидивам агрессии. Такая тенденция чаще прослеживалась у лиц славянских национальностей, страдающих органическими ПР, признанных на СПЭ невменяемыми (26,2 против 6,5%; $p < 0,05$). Высокая социальная опасность данных лиц, связь пароксизмальных механизмов их опасного поведения в семье с алкоголизацией ($r = 0,21$; $p < 0,05$) и внутрисемейным конфликтом по типу оппозиции ($r = 0,33$; $p < 0,05$) предполагают включение больных с органическими ПР в группу АДН. Патологическую ревность в структуре органического ПР,

свидетельствующую о стойкости агрессивных тенденций, нужно учитывать при вынесении экспертного решения, выборе и длительности мер медицинского характера. Основными звеньями профилактики ООД невменяемых больных с органическими ПР должны быть их своевременная диагностика и лечение, что предусматривает интеграцию и преемственность работы психиатров и врачей-интернистов.

Пациенты с органическими ПР должны находиться в поле зрения работников милиции и участкового психиатра. Психопрофилактическая работа с такими больными должна направляться на разрешение актуальных семейных конфликтов: «негативный перенос» и «оппозиция». В случаях «негативного переноса» следует направить социально-психологическую работу на окружение психически беспомощного больного, с привлечением к работе участкового уполномоченного, если жена или кто-то другой не захотят изменить своего провоцирующего конфликтного поведения. Руководствуясь Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» необходимо рассмотреть возможности лечения психически беспомощного лица в условиях, исключающих общение с негативно настроенными родственниками (в психиатрическом стационаре). В случаях оппозиционного отношения больных с органическими ПР к членам семьи следует разъяснять болезненность их поведения и рекомендовать недобровольную госпитализацию в психиатрический стационар.

В профилактике агрессивных деликтов невменяемых лиц с расстройствами личности в семье (10,7%) необходимо учитывать динамику личностных нарушений вследствие психогении (паранойальное развитие) и психопатологический механизм совершения ООД в виде псевдосоциальной гиперактивности ($r=0,65$; $p<0,01$). Своевременное психиатрическое лечение может предотвратить деликты. Однако в большинстве случаев (89,3%) вменяемые лица с расстройствами личности не являются собственно больными. В связи с чем, ведущая роль в предупреждении их деликтов принадлежит правоохранительным органам. Основными звеньями профилактики внутрисемейной агрессии мужчин с личностными нарушениями являются социокультурные и личностные факторы. Внутрисемейные деликты совершали молодые мужчины ($r=-0,28$; $p<0,01$), воспитанные в атмосфере создания конкурентности между детьми и гиперопёки ($r=0,17$; $p<0,05$), жившие в ригидной псевдосолидарной семье, где «шла» борьба за лидерство ($r=0,17$; $p<0,05$). В структуре их личности выделялись категории, отражающие зависимость от окружающих ($r=0,21$; $p<0,05$) и эмоциональную напряжённость ($r=0,21$; $p<0,05$). Характерологическими особенностями лиц первой группы с расстройствами личности

являлись эпилептоидные черты, второй группы – демонстративные. В связи с этим жестокость испытуемых первой группы имела проявление преимущественно внутри семьи, была средством контроля жены и детей и нередко порождала цикл домашнего насилия.

Предупреждение внутрисемейных преступлений лиц с синдромом зависимости от алкоголя является важной проблемой наркологической службы и правоохранительных органов ЧР в связи с их высокой социальной опасностью. Агрессия таких больных чаще заканчивалась убийствами родственников ($r=0,28$; $p<0,01$). Это было обусловлено длительностью заболевания, низкой мотивацией обращения за наркологической помощью и семейным характером алкоголизации. Деликты совершались в состоянии алкогольного опьянения, а в адрес жён ещё и под влиянием ревностных переживаний ($r=0,34$; $p<0,05$). Все, кроме одного с острым вербальным алкогольным галлюцинозом, были признаны вменяемыми ($r=0,35$; $p<0,01$). Учитывая, что данный контингент не имеет мотивации к лечению, комиссией наркологов было вынесено решение об амбулаторном принудительном лечении таких больных в местах лишения свободы.

Социальная опасность больных алкоголизмом была обусловлена, в том числе и социокультурными особенностями их семей и внутрисемейных взаимоотношений. Испытуемые первой группы проживали в ригидных псевдосолидарных семьях ($r=0,20$; $p<0,05$), второй – в негармоничных семьях различного типа. Накануне деликта в семьях испытуемых из второй группы наблюдались конфликты, вызванные оппозиционным, асоциальным отношением больных к их родственникам ($r=0,34$; $p<0,05$). В семьях испытуемых из первой группы типичного конфликта не выделено. Супружеские деликты больных тюркских национальностей, страдающих алкоголизмом, происходили в официально зарегистрированных семьях, славянских национальностей – в гражданском браке. Ревность испытуемых из первой группы имела взаимосвязь с их личностными особенностями, ревность испытуемых из второй группы – нет. В личностной структуре лиц славянских национальностей выделялись способность к установлению коммуникативных контактов с окружающими ($r=0,28$; $p<0,05$) и отсутствие склонности к открытому агрессивному поведению в трезвом виде ($r=-0,32$; $p<0,01$), чего не наблюдалось у испытуемых тюркских национальностей. Следовательно, значительная роль в предупреждении агрессивных деликтов больных с синдромом зависимости от алкоголя в семье должна отводиться своевременному выявлению таких больных в негармоничных семьях (работа участковых уполномоченных) и лечению алкоголизма в условиях, исключающих употребление алкоголя, в том

числе в учреждениях исполнения наказания. В случаях семейного алкоголизма необходимо лечение всех членов семьи, злоупотребляющих спиртным. Большая роль в предупреждении супружеской агрессии, обусловленной ревностными переживаниями личностного характера, принадлежит психотерапевтическим мероприятиям.

В профилактике внутрисемейной агрессии лиц с умственной отсталостью следует учитывать степень их интеллектуального недоразвития, поведенческие нарушения и социокультурные особенности. Среди данного контингента преобладали испытуемые, воспитанные в условиях гипопеки, формализма ($r=0,19$; $p<0,05$), с низким уровнем образования ($r=0,26$; $p<0,01$). Лица славянских национальностей проживали в сёлах ($r=0,27$; $p<0,05$); у лиц тюркских национальностей связи с местом жительства не выявлялось. Условия реализации внутрисемейной агрессии вменяемых испытуемых с умственной отсталостью были схожи с условиями реализации поведенческих нарушений при других психопатоподобных расстройствах (в алкогольном опьянении в ходе внутрисемейного конфликта). Психопатологическими механизмами ООД невменяемых были их интеллектуальная несостоятельность, повышенная внушаемость и подчиняемость. Накануне деликта в семьях складывалась конфликтная ситуация по типу внутрисемейного группирования ($r=0,26$; $p<0,01$). В данном конфликте испытуемые были ведомыми. Роль лидера играл кто-либо из старших членов семьи. Агрессия направлялась на одного из братьев, терроризирующего противоправными действиями всю семью ($r=0,40$; $p<0,01$). В личностной структуре больных выделялись категории, отражающие эмоционально положительное отношение к людям ($r=0,24$; $p<0,05$) и неспособность вербализовать свои ассоциации в ситуации обследования ($r=0,22$; $p<0,05$). Поэтому в профилактике агрессивных деликтов больных с умственной отсталостью необходимо уделять внимание лечению их поведенческих нарушений, что непосредственно связано с алкоголизацией и ближайшим окружением. Как фактор риска необходимо выделить многодетные семьи, в которых живут лица ранее уже судимые, склонные к асоциальному поведению.

Таким образом, общие и специальные мероприятия, направленные на профилактику опасного поведения психически больных в семье, имеют свои социокультурные особенности в разных нозологических группах. Как дополнение к работе с группой АДН нужно учитывать следующее. В формуле общественной опасности, заполняемой на больного из группы АДН (М.М. Мальцева, В.П. Котов, 1995), наряду с указанием бредовых механизмов ООД, необходимо указывать и содержание бреда, определяющее направленность внутрисемейной

агрессии (например, бред воздействия или бред отношения). Учитывая, что в случае рецидива внутрисемейного преступления, механизм, как правило, повторяется, и имеет чёткую взаимосвязь с определённым типом внутрисемейного конфликта и направленностью ООД, в формулу общественной опасности конкретного больного необходимо включать типы семьи больного и внутрисемейного конфликта накануне ООД, называть объект незавершённой или завершённой агрессии. В таком виде она будет иметь целостную картину, где указаны звенья профилактической работы с каждым конкретным больным. Всё это для того, чтобы в динамике проследить и спрогнозировать их психическое и социально-психологическое состояние. На всех этапах принудительного лечения и АДН невменяемых больных нужно обращать внимание не только на биологическую терапию ПР, но и на рациональную психотерапию основных «звеньев» типичного внутрисемейного конфликта. Данное нововведение потребует от психиатров СПЭ, отделений принудительного лечения и психоневрологических диспансеров умения чётко квалифицировать не только психопатологические механизмы ООД, но и типы внутрисемейного конфликта. Усиление конфликта между больным и потенциальным объектом агрессии будет свидетельствовать об актуализации симптоматики, а, следовательно, повышении социальной опасности больного и возможности недобровольной госпитализации с целью предотвращения рецидива внутрисемейного ООД. Данные взаимовлияния между механизмом и уровнем конфликта позволят спрогнозировать состояние больных и повлиять на длительность каждого профилактического этапа.

Профилактика агрессивных деликтов вменяемых лиц в семье должна находиться преимущественно в компетенции правоохранительных органов и проводиться с учётом этнокультуральных личностных особенностей, определяющих различную направленность внутрисемейной агрессии, с привлечением психиатров, психотерапевтов, психологов и социальных работников, а в случаях преступного инцеста и сексологов.

ВЫВОДЫ

1. Изучение клинических особенностей опасного поведения психически больных мужчин в семьях ЧР позволило установить, что ведущую роль в реализации внутрисемейной агрессии имели органические ПР (35,3%), шизофрения (28,7%), расстройства личности (18,7%), синдром зависимости от алкоголя (10,0%) и умственная отсталость (7,3%).

2. Ведущими психопатологическими синдромами в момент совершения внутрисемейного деликта были психопатические и психопатоподобные (46,0%) с преобладанием эмоционально-волевой неустойчивости (75,4%), галлюцинаторно-бредовые (32,0%) с доминированием синдрома Кандинского-Клерамбо (43,8%) и бредовых состояний (35,4%), органические (14,7%) с эпилептиформными (54,5%) и психорганическими (45,5%) проявлениями.

3. Внутрисемейная агрессия психически больных мужчин завершилась убийством родственников (52,0%), нанесением побоев (32,0%), телесных повреждений различной степени тяжести (13,3%) и сексуальными деликтами (2,7%). Психопатологические механизмы совершения внутрисемейных ООД невменяемых больных были представлены продуктивно-психотическими (76,2%) и негативно-личностными (23,8%). Структура продуктивно-психотических механизмов включала бредовые (52,2%), пароксизмальные (25,4%) и галлюцинаторные (22,4%), негативно-личностных – ситуационные (66,7%) и инициативные (33,3%).

4. Бредовые механизмы достоверно чаще определяли внутрисемейные ООД у лиц тюркских национальностей, пароксизмальные – у славянских. Первое обуславливалось большей склонностью к бредообразованию (суеверие, мистицизм, высокая значимость межличностных отношений). Второе – изменениями личности по эпилептоидному типу с тенденцией к открытому агрессивному поведению в социуме.

5. На совершение, направленность и повторность внутрисемейных ООД невменяемых больных влияли психопатологические механизмы, опосредованные типом семьи и типом конфликта. Первичные деликты больных шизофренией с императивными псевдогаллюцинациями и психическими автоматизмами чаще осуществлялись в неполных семьях под влиянием психологического давления на больного (с преобладанием у лиц тюркских национальностей). Рецидивирующие агрессивные акты больных органическими ПР с дисфорической активностью осуществлялись в распавшихся семьях на фоне оппозиции родственников и больного (с преобладанием у лиц славянских национальностей). Деликты больных с умственной отсталостью – в многодетных семьях в результате внутрисемейного группирования.

6. На реализацию и повторность внутрисемейных агрессивных действий вменяемых влияли конфликты в виде борьбы за лидерство и алкогольное опьянение. Самой криминогенной являлась группа обследуемых с синдромом зависимости от алкоголя, их агрессия сопровождалась убийством родственников. Деликты вменяемых лиц с ПР чаще осуществлялись в ригидных псевдосолидарных семьях. Супружеские

деликты лиц тюркских национальностей – в официальном браке, славянских – в «гражданском». Разную направленность внутрисемейной агрессии вменяемых лиц славянских национальностей против родителей, тюркских – против детей обусловили их этнопсихологические особенности.

7. Основными направлениями профилактики ООД психически больных мужчин в семье, проводимыми психиатрической службой ЧР, должны являться: а) раннее выявление психически больных (шизофренией), имеющих высокую склонность к криминальным агрессивным манифестам; б) повышение эффективности консультативно-лечебной помощи в отношении больных шизофренией, органическими психозами и слабоумием, проявляющих риск рецидивов внутрисемейной агрессии, с учётом этнокультуральных особенностей психопатологических механизмов внутрисемейной агрессии; в) повышение преемственности в работе с правоохранительными органами, усиление работы с негармоничными семьями и окружением больных; выделение типичных конфликтов, проведение социально-психологической, психотерапевтической работы по их предотвращению.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Психопатологические механизмы общественно опасных действий психически больных, направленных на стационарную СПЭ // Второй съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов ЧР: Тезисы докладов. Чебоксары, 2000. С. 133-134 (Соавт. А.Б. Цымбалова).

2. Психопатологические аспекты внутрисемейной агрессии // Психическое здоровье населения России: Тезисы докладов конф. молодых психиатров России. М., 2001. С. 95-96.

3. Этнокультуральные аспекты внутрисемейной агрессии у лиц с психическими расстройствами // Дети Севера на рубеже 21 века: Психосоциальные эталоны и регионально-культурные ценности в развитии: Материалы межрегиональной Российской науч.-практ. конф. Сыктывкар, 2001. С.38-42 (Соавт. А.В. Голенков).

4. Случай многоэпизодного преступного инцеста в чувашской семье // Социальные и клинические проблемы сексологии и сексопатологии: Материалы международной конф. М., 2002. С. 147-148.

5. Этнопсихологический портрет внутрисемейного преступника // Психология в изменяющейся России: Материалы II съезда психологов Чувашии. Чебоксары, 2002. С. 72-74.

6. Личностный профиль психически больных, совершивших агрессивные действия против членов своей семьи // Семья: Взрослые и дети в изменяющемся мире: Материалы республиканской науч.-практ. конф. Чебоксары, 2002. С. 142-144.

7. Клинико-психологические особенности психически больных, совершивших внутрисемейные правонарушения (этнокультуральный аспект) // Актуальные вопросы психиатрии: Материалы республиканской науч.-практ. конф. Чебоксары, 2002. С. 251-253.

8. Социокультурные особенности семей и внутрисемейных конфликтов // Этнос и личность: Исторический путь, проблемы и перспективы развития: Материалы межрегиональной науч.-практ. конф. М.-Чебоксары, 2003. С.154-158.

9. Этнокультуральные аспекты психопатологических механизмов внутрисемейной агрессии // Этнос и личность: Исторический путь, проблемы и перспективы развития: Материалы межрегиональной науч.-практ. конф. М.-Чебоксары, 2003. С.159-162.

10. Насилие в семье: распространённость, причины, профилактика//Здравоохранение Чувашии, 2004. №2. С.78-86 (Соавт. А.В. Голеников).

11. Особенности профилактики внутрисемейных общественно опасных действий психически больных в Чувашии // Этнокультуральные вопросы психиатрии и психологии: Материалы конф. Чебоксары, 2004. С. 72-79.

12. Этнопсихологические особенности семьи и домашнего насилия в Чувашии // Этнокультуральные вопросы психиатрии и психологии: Материалы конф. Чебоксары, 2004. С. 139-149.

13. Судебно-психиатрическая оценка внутрисемейных деликтов психически больных // Этнокультуральные вопросы психиатрии и психологии: Материалы конф. Чебоксары, 2004. С. 66-72.

14. Клинические и социокультуральные механизмы внутрисемейных деликтов психически больных // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. М., 2004. С. 107.

15. Модель первичной профилактики агрессивных деликтов психически больных в семье// Психическое здоровье и безопасность в обществе: Научные материалы Первого национального конгресса по социальной психиатрии. М., 2004. С. 108.

СПИСОК ПРИНЯТЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АДН – активное динамическое наблюдение;
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения;
ГНЦ – Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского;
МКБ-10 – Международная классификация болезней десятого пересмотра;
ООД – общественно опасные действия;
ПР – психические расстройства;
РОВД – районный отдел внутренних дел;
РФ – Российская Федерация;
СПЭ – судебно-психиатрическая экспертиза;
УК РФ – уголовный кодекс Российской Федерации;
ЧР – Чувашская Республика.

Подписано в печать 04. 04. 2005 г. Формат 60 × 84/16.
Бумага офисная. Печать оперативная. Усл. печ. л. 1,0.
Уч.-изд. л. 1,0. Тираж 100 экз. Заказ №12.

Отпечатано в ИП Е.В. Белянин
Свидетельство серия У №24316 от 29 10 2001 г.

№ - 7 2 7 8

РНБ Русский фонд

2006-4

5014