

Ludmila N. Yurieva

**Rehabilitation of schizophrenic patients
who have committed socially
hazardous actions.**

Kiev, 1996

Л.Н. Юрьева

**Реабилитация больных
шизофренией, совершивших
общественно опасные деяния**

Киев, 1996

УДК 616.895.8-008.12-036.838:340.63

В книге профессора Л.Н. Юрьевой впервые в отечественной психиатрии обобщены данные о принудительном лечении психически больных, совершивших общественно-опасные деяния. Изложены научные взгляды на роль клинико-психопатологических, социально-психологических и биологических детерминант в генезе деструктивного поведения больных шизофренией. На основании мультидисциплинарного изучения обширного фактического материала представлена собственная концепция реабилитации больных шизофренией в условиях принудительного лечения.

Излагаются принципы построения дифференцированных лечебно-реабилитационных программ для больных шизофренией, совершивших общественно-опасные деяния. Описаны характерные для каждого этапа принудительного лечения клинические, психологические, индивидуальные и групповые феномены. Даны конкретные рекомендации с указанием поэтапности применения медикаментозной терапии и психокоррекционных методов воздействия для каждой группы больных, освещены методы психотерапевтической коррекции, направленные на реадaptацию и ресоциализацию больных.

Для психиатров, судебных психиатров, медицинских психологов, психотерапевтов, социальных работников и юристов.

В книзі професора Л.М. Юр'євої вперше в вітчизняній психіатрії узагальнені дані про примусове лікування психічно хворих, скоївших суспільно небезпечні дії. Викладені наукові погляди на місце клініко-психопатологічних, соціально-психологічних та біологічних детермінант в генезі деструктивної поведінки хворих на шизофренію. На підставі мультидисциплінарного вивчення великої кількості фактичного матеріалу створена нова концепція реабілітації хворих на шизофренію в умовах примусового лікування.

Викладаються принципи будівництва диференційних лікувально-реабілітаційних програм для хворих на шизофренію, скоївших суспільно небезпечні дії. Описані характерні для кожного етапу примусового лікування клінічні, психологічні, індивідуальні та групові феномени. Представлені рекомендації з визначенням поетапності застосування медикаментозної терапії та психокорекційних методів впливу для кожної групи хворих, описані методи психотерапевтичної корекції, які направлені на реадaptацію та ресоціалізацію хворих.

Для психіатрів, судових психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів, соціальних працівників та юристів.

Professor L.N.Yurieva's book is the first in Ukraine to summarize findings of compulsory treatment of mental patients who have committed socially hazardous actions. Scientific concepts concerning the role of clinico-psychopathologic, socio-psychologic and biologic determinants in schizophrenic patient destructive behavior are given in the book with reference made to researchers both from this and other countries. The author's own conception of rehabilitation of schizophrenic patients undergoing a course of compulsory treatment is based on multidiscipline investigation of extensive factual material. Principles of elaborating differentiated rehabilitation programs for schizophrenic patients who have committed socially hazardous actions are formulated in the book. Clinical, psychological, individual and group phenomena characteristic for each stage of compulsory treatment are described. Concrete recommendations concerning stage by stage administration of drug therapy and psychocorrection methods of influence are given for each group of the patients; methods of psychotherapeutic correction aimed at readaptation and resocialization of patients are proposed.

The book is addressed to psychiatrists, forensic psychiatrists, medical psychologists, psychotherapists, social workers.

Рецензент: д-р мед. наук *О.Г. Сирон'ятов*

Ю 4108110000 Замовне

© Л.М. Юр'єва, 1995

ISBN 5-8292-0380-4

Предисловие.

Проблема принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные деяния, и такие ее главные аспекты, как создание научно обоснованных дифференцированных лечебно-реабилитационных программ и критериев их эффективности, а также прогностическая оценка возможности повторных ООД, до сих пор является одним из наименее разработанных разделов судебной психиатрии. В современной отечественной психиатрии отсутствуют монографии, посвященные реабилитации психически больных в условиях принудительного лечения. Единственным фундаментальным исследованием на эту тему является работа Я.М. Калашиника “Медицинские мероприятия в отношении психически больных, совершивших общественно опасные деяния”, изданная в 1955 году.

Произошедшие за 40 лет в результате патоморфоза принципиальные изменения в клинической и социальной структурах психически больных, совершивших общественно опасные действия, эволюция взглядов на природу их деструктивного поведения, которое в настоящее время рассматривается как мультидетерминированное клиничко-психопатологическими, социально-психологическими и биологическими факторами, внедрение в практику новых медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, а также растущая тенденция к гуманизации психиатрии способствовали возникновению потребности в принципиально новом подходе к принудительному лечению психически больных. Все это определяет актуальность работы и ее социальную значимость.

Профессором Л.Н. Юрьевой делается попытка преодоления медико-центрического подхода к проблеме принудительного лечения психически больных, всерьез поставлен вопрос о необходимости комплексного подхода к созданию лечебно-реабилитационных программ для этого контингента больных. Автором смело используются как методы современной психодиагностики, позволяющие оценить не только психическое состояние, но и структуру личности, мотивы, установки душевнобольных, их динамику в процессе принудительного лечения, так и методы психологической коррекции, направленные на изменение стереотипов поведения, способов межличностного взаимодействия. Ряд личностных и церебральных нарушений (выявленных с помощью нейропсихологических исследований) и их динамика в процессе длительного лечения описаны впервые.

В монографии четко сформулирована и впервые в отечественных работах реализована трехуровневая система лечебно-реабилитационной помощи, обеспечиваемая взаимодействием психиатров, медицинских психологов и социальных работников. Представлена детальная поэтапная программа реабилитационных, терапевтических мероприятий при проведении принудительного лечения больных шизофренией в зависимости от психического состояния и механизмов ООД. Описаны характерные для каждого этапа клинические, психологические и групповые феномены. Разработаны конкретные

рекомендации для каждого этапа по применению медикаментозной терапии и психокоррекционных методов воздействия для выделенных групп больных.

Монография не лишена спорных положений. Свое мнение по каждому из них автор приводит без категоричности, призывая к дальнейшему изучению и дискуссиям. Высокий теоретический уровень, практическая направленность и информативность монографии позволяют рекомендовать ее к изданию. Она будет полезна не только судебным психиатрам, но и психиатрам общего профиля, медицинским психологам, социальным работникам и юристам.

**Директор Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии,
доктор медицинских наук, профессор**

А.П. Чуприков.

Введение

Со времени создания первого госпиталя для психически больных Bedlam Prison (тюрьма Бедлам) в 15 веке и до настоящего времени статистически неподтвержденные мысли о взаимосвязи между душевными заболеваниями и криминальным поведением будоражат умы исследователей и не теряют своей актуальности для специалистов в области человековедения. Особенно актуальной является эта проблема для психиатров, так как психиатрия, в отличие от других медицинских специальностей, наряду с лечением психически больных и оказанием других видов медицинской помощи, выполняет и довольно специфическую функцию — защиты общества от возможных опасных действий душевно больных и их предупреждения.

Согласно криминальной статистике, общественно опасные действия (ООД) психически больных составляют около 1% от всех правонарушений, хотя среди убийц доля невменяемых правонарушителей составляет 5%, а при сексуальных деликтах — около 3%. Многие годы сохраняется тенденция помещения на судебно-психиатрическое обследование около 10% от числа привлеченных к уголовной ответственности. Однако доля лиц, признанных невменяемыми, возрастает и с 1989 г. по 1993 г. увеличилась с 4 до 5,5 на 100 тыс. населения (А.С.Карпов, 1994; Б.В.Шостакович, 1995; G.Robertson, 1988).

Несмотря на это, частота совершения ООД психически больными остается по-прежнему значительно ниже, чем в популяции, о чем свидетельствуют следующие показатели. Из 10 тыс. психически больных, находящихся под наблюдением психоневрологических диспансеров, ООД совершили 14,2, а в общей популяции — 64 человека на 10 тыс. населения. Однако при сопоставлении статистических данных о характере криминальных деяний в этих группах следует констатировать, что удельный вес тяжелых правонарушений (убийств, покушений на убийства) в 4,6 раза, а сексуальных в 5 раз выше у психически больных, чем в популяции населения. Обратная взаимосвязь наблюдается при анализе имущественных противоправных деяний, которые в популяции невменяемых составляют 46,8%, а в населении — 67,5% (А.Р.Мохонько, 1995).

Анализ состава невменяемых по нозологическим формам за последние 45 лет показал, что удельный вес больных шизофренией неуклонно возрастает. Так, в 1949-1955 г.г. больные шизофренией составляли только 33,3% от всех случаев правонарушений душевнобольных, в 1960 г.— 43,2%, в 1970 г.— 50,4%, в 1979 г.— до 81%, а в 1994 г.— в некоторых регионах их количество достигло 89,2% (А.Р.Мохонько с соавт., 1983; М.М.Мальцева, 1987; С.В.Жабокрицкий с соавт., 1994; Т.А.Котова, 1994; Steadmen et al., 1988, S.G.Tsitouridis, M.Tsitouridis, 1995).

Исследователи связывают столь стремительный рост ООД, совершаемых больными шизофренией, со многими клиническими, психологическими и социальными факторами, среди которых патоморфозу психических заболеваний и политике деинституционализации в психиатрии уделяется особое внимание. George

В. Palermo — клинический профессор и руководитель судебной психиатрии Висконсинского медицинского колледжа в Милоуки, США,— анализируя проблему преступности среди психически больных, пришел к выводу, что деинституциализация душевно больных, начавшаяся во второй половине XX века и ставшая возможной во многом благодаря психофармакотерапии, породила целую когорту “псевдопреступников”— социально уязвимых хронических психически больных, находящихся вне стационара и вынужденных совершать правонарушения “ради выживания”. В США были проведены исследования, охватывающие 41-летний период, которые выявили негативную взаимосвязь между количеством заключенных и количеством пациентов в психиатрических больницах: насколько увеличивалось число людей, содержащихся в тюрьмах, настолько же уменьшалось число пациентов в психиатрических больницах и наоборот (G.B. Palermo, M.B. Smith, F.J. Liska, 1993).

В последнее десятилетие судебные психиатры отмечают все возрастающее количество ООД, совершаемых вне психотического состояния, под влиянием дефицитарных расстройств и изменений личности. В настоящее время в различных регионах среди пациентов, находящихся на принудительном лечении, их количество колеблется от 70% до 84% (С.П. Позднякова, А.И. Абросимова, 1988, В.П. Котов, М.М. Мальцева, В.С. Воронин, 1995). Произошедшие в результате патоморфоза принципиальные изменения в клинической и социальной структуре психически больных, совершивших ООД, эволюция взглядов на природу их деструктивного поведения, которое в настоящее время рассматривается как мультидетерминированное клиничко-психопатологическими, социально-психологическими и биологическими факторами, внедрение в практику новых медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, а также растущая тенденция к гуманизации психиатрии способствовали возникновению принципиально нового подхода к принудительному лечению психически больных.

Анализ ранее существующих принципов проведения принудительного лечения позволяет констатировать, что оно было направлено на предотвращение ООД, совершаемых преимущественно больными в психотическом состоянии, а его главными действующими факторами являлись психофармакотерапия и другие виды биологического лечения, а также строгий ограничительный режим.

Однако в ситуации, когда более 2/3 пациентов совершают ООД вне психоза, такой подход к лечению оказался малопродуктивным, о чем свидетельствует относительно высокий уровень повторных деликтов, среди психически больных. Стала очевидной необходимость создания новой концепции проведения принудительного лечения и внедрение в практику новых реабилитационных технологий для этого контингента больных.

Концепция реабилитации психически больных, разработанная М.М. Кабановым и его школой, давно и прочно вошла в общепсихиатрическую практику. Нет надобности подробно останавливаться на ее основных положениях: они общеизвестны. Однако реабилитация психически больных, совершивших общественно опасные деяния, в условиях принудительного лечения имеет свою специфику, а некоторые основополагающие принципы реабилитационной работы в клинической психиатрии (нестеснение свободы больного, благоприятная психотерапевтическая среда, как можно более быстрый переход к активирующему режиму с использованием принципа “открытых дверей” и т.п.) и вовсе противоречат законоположению об организации и проведении принудительного лечения.

Все вышеперечисленные факторы и побудили автора к разработке дифференцированных, патогенетически ориентированных лечебно-реабилитационных программ для психически больных. Концепция реабилитационной работы, принципы ее проведения, этапность и дифференцированный подход к различным группам больных представлены на модели реабилитационных программ для больных шизофренией, которые составляют подавляющее большинство среди пациентов специализированных отделений, осуществляющих принудительное лечение.

Глава 1. История развития и современные концепции принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные деяния.

Задача ограждения общества от опасных действий, совершаемых психически больными и их лечение всегда являлись одной из важных медико-социальных функций психиатрии. На определенных исторических этапах эта задача то выступала на первый план, то отдалялась, но никогда не исчезала из поля зрения психиатрии. В историческом аспекте вопрос принудительного лечения психически больных претерпел значительные изменения, проделав эволюцию от призрения душевно больных в глубокой древности до создания поэтапного 3-х звенного принципа проведения принудительного лечения с учетом клинических и социально-психологических особенностей пациентов, совершивших общественно опасные действия (ООД).

Развитие принципов и основ призрения и принудительного лечения душевно больных, совершивших преступления, неразрывно связано, с одной стороны, с развитием психиатрии, а с другой — с юридическим подходом к общественно опасным деяниям больных и пониманием их природы.

Почти до середины 18 века обязанности общественного призрения исполнялись служителями церкви и монастырей, куда направлялись душевнобольные, совершившие криминальные деяния, “для содержания и исправления”. В 1782 г. при Обуховской больнице для них было создано специальное отделение. А в первый Свод законов Российского государства 1835 года были внесены статьи о душевнобольных и их призрении. Обязательному помещению в “дома умалишенных” подлежали по определению суда душевнобольные, совершившие преступления.

Не было единого мнения о сроках лечения этих пациентов. В 1801 г. действовало распоряжение об их бессрочном содержании, и лишь в 1827 г. был издан приказ, согласно которому “совершивший преступление душевнобольной может быть выписан по истечении 5 лет, если за ним не замечено никаких признаков душевной болезни”. Затем этот срок был сокращен до 2 лет законом от 18 февраля 1838 г. “О производстве дел о смертоубийстве, учиненном в припадке сумасшествия”. В этом же законе подробно описано “направление принудительного содержания и выписка душевнобольных”, совершивших преступления. Правовое положение психически больных, совершивших противоправные действия, было регламентировано в “Уложении о наказаниях уголовных и исправительных” от 1845 года, где была описана формула невменяемости (включающая как медицинский, так и юридический критерии) и определены меры, вплоть до церковного покаяния, в отношении этих лиц. С небольшими изменениями этот закон действовал вплоть до 1917 г. Принципы организации, лечения и содержания душевнобольных, совершивших преступления, за описанный период подробно изложены в работах

Ц.М.Фейнберга (1946), Я.М.Калашника (1955), А.А.Салаева (1987), В.Д. Стяжкина (1993).

Впервые понятие о принудительном лечении как мере медицинского характера появилось в Уголовном кодексе СССР в 1922 году, а затем было конкретизировано и дополнено в инструкции от 1935 г. “О порядке назначения и проведения принудительного лечения психически больных, совершивших преступления”.

Важное значение для совершенствования форм и методов принудительного лечения имела инструкция от 25.03.1948 г. “О порядке применения принудительного лечения и других мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших преступление”, так как до ее издания общественного закона о принудительном лечении психически больных, признанных невменяемыми, не было. Этой инструкцией было установлено дифференцированное принудительное лечение в общих психиатрических больницах специального типа. Учрежден прокурорский надзор за обоснованностью назначения и проведения принудительного лечения и регулярность освидетельствования этих больных (не реже 1 раза в 6 месяцев). В дальнейшем инструкция 1948 г. была переработана и утверждена 31 июля 1954 г. в новой редакции.

Вплоть до 1988 г. в СССР принудительное лечение осуществлялось в двух видах: в психиатрических больницах специального и общего типов. Однако в 80-е годы существующая двухзвенная организационная структура принудительного лечения все меньше отвечала требованиям современной психиатрии. Это было связано со многими причинами, среди которых первостепенными являлись патоморфоз психических заболеваний и увеличение количества пациентов с благоприятным течением процесса. Появилась довольно многочисленная группа больных, нуждающихся в ином подходе к рассмотрению их общественной опасности и принудительному лечению.

В соответствии с “Положением об условиях и порядке оказания психиатрической помощи” от 5 января 1988 г. и приказом МЗ СССР и МВД СССР N 357/93 от 5 мая 1988 г. “Об улучшении работы по предупреждению общественно опасных действий психически больных”, двухзвенный принцип проведения принудительного лечения (психиатрическая больница специального типа — психиатрическая больница общего типа) был заменен на трехступенчатый: лечение в психиатрической больнице с обычным, усиленным и строгим наблюдением. Трехзвенный принцип принудительного лечения осуществляется на Украине с 1988 г. по настоящее время.

Различия между тремя видами принудительного лечения заключается в основном в организации режима и наблюдения. Так, в психиатрические больницы (отделения) с *обычным наблюдением* направляются больные, которые по своему психическому состоянию и характеру совершенного ООД не представляют значительной опасности, но нуждаются в больничном содержании и лечении в принудительном порядке. Их курация осуществляется в тех же отделениях, где лечатся психически больные, не совершившие ООД.

В психиатрических больницах (отделениях) с *усиленным наблюдением* осуществляется принудительное лечение психически больных со склонностью к совершению тяжких ООД, а также с тенденцией к таким нарушениям режима, как побеги, употребление алкоголя, наркотиков, уклонение от лечения и т.п. Кроме того, учитываются диссимулятивные тенденции, агрессивные действия по отношению к

персоналу, больным, аутоагрессии, которые не дают возможности проводить лечение в условиях обычного наблюдения.

В психиатрических больницах со *строгим наблюдением* осуществляется принудительное лечение психически больных, которые по своему психическому состоянию и характеру ООД представляют особую опасность для общества.

В отделениях со строгим и усиленным режимом наблюдения сосредоточены только психически больные, совершившие ООД и представляющие потенциальную опасность для общества, что определяет условия содержания и режим отделения, а также терапевтическую и реабилитационную тактику ведения этих больных.

В имеющихся инструкциях довольно подробно отражены режимные и организационные мероприятия. Поскольку принудительное лечение связано с ограничением личной свободы больных, его назначение, изменение формы и отмена относятся к компетенции суда, решение которого основывается на рекомендациях судебно-психиатрической экспертной комиссии.

В концепции законопроекта Украины “О психиатрической помощи” предусмотрена “психиатрическая помощь в принудительном порядке”, которая осуществляется как в отношении лиц, совершивших ООД, так и в отношении пациентов общепсихиатрической практики. В законопроекте предусматривается проведение принудительного лечения не только в условиях специализированных отделений, но и вводится возможность амбулаторного принудительного лечения. Причем, после завершения любого из этих видов лечения “предусматривается обязательное наблюдение врачом-психиатром, которое назначается и отменяется в судебном порядке” (С.Ф.Глузман, В.Н.Кузнецов, О.А.Насинник с соавт., 1994).

Происшедшие в результате патоморфоза изменения в структуре психически больных обусловило необходимость смещения акцентов в тактике проведения принудительного лечения с активной психофармакотерапии на психокоррекционные, социально-реабилитационные методы воздействия.

Особенно широкое распространение в условиях принудительного лечения получила социально-трудовая реадaptация больных шизофренией с акцентом на трудовую терапию. Данный подход нашел свое отражение в исследованиях А.Н.Шилова (1988), Б.Б.Малахова (1989), П.Г.Мецова, Е.А.Щербины, В.А.Абрамова (1991) и др.

А.Ф.Белокопытов (1974), описывая подходы к принудительному лечению больных параноидной шизофренией в условиях специализированной больницы, предложил проводить восстановительное лечение их в 3 этапа. Определяющим в предложенной им схеме реадaptационных мероприятий является трудовая терапия. На 1 этапе выбираются адекватные виды терапии, на 2 — производится активное вовлечение больных в трудовые процессы и культурные мероприятия, на 3 — закрепляются трудовые навыки и восстанавливается чувство коллективизма.

И.Ф.Куземко (1994), анализируя 118 больных параноидной шизофренией, находившихся на принудительном лечении, предложил систему реабилитационных мер, основное внимание в которой также уделил выбору адекватной трудовой терапии для данного контингента больных. Он выделил 3 основных этапа ее проведения: 1) поиск ориентировочного вида труда, 2) формирование сознательного отношения к труду, 3) формирование органической потребности в труде. Наибольшего успеха, по мнению автора, удастся добиться у больных шизофренией

с параноидным типом дефекта, меньшего — с апато-абулическим и почти не удается у больных с психопатоподобным типом дефекта.

Е.Д.Красик и соавт. (1981, 1985), Е.Н.Калинкин (1985) высказывают мысль о необходимости дифференцированного поэтапного реабилитационного подхода к психически больным, находящимся на принудительном лечении, и разрабатывают концепцию индустриальной реабилитации к данному контингенту больных, которая широко используется в психиатрической больнице г.Томска. Для расширения дифференцированной трудовой терапии открыт специализированный цех, в котором проводится комплекс трудовых программ с использованием не только примитивных видов труда, но и с применением станков и машин. Больные обучаются новым профессиям и имеют возможность после снятия принудительного лечения и выписки из больницы трудоустроиться на одно из предприятий, с которым кооперируется специализированный цех.

Многолетний опыт Калужской психиатрической больницы, освещенный в работах А.Е.Лифшица (1988), В.Г.Фидлера (1989) и др., также подтверждает тот факт, что важнейшим этапом реабилитационного процесса является трудотерапия и трудоустройство больных, что способствует снижению повторных ООД больных шизофренией.

В вышеперечисленных работах основу дифференцированных программ составлял клинико-социальный подход к больным, совершившим ООД. А между тем, трудовое восстановление больного методически должно начинаться с психокоррекционных, психотерапевтических мероприятий направленных на выработку соответствующих положительных эмоционально-волевых, ценностных просоциальных установок. Данному вопросу посвящено значительно меньшее количество работ. Более того, в литературе до недавнего времени существовало мнение о конфликте между судебной психиатрией и психотерапией (Е.Schorsch, 1983).

Однако введение новой формы принудительного лечения (отделений с усиленным наблюдением) открыло новые возможности для совершенствования лечебно-реабилитационной работы с использованием широкого комплекса современных лечебно-восстановительных мероприятий.

На Украине впервые в 1988г. было открыто отделение для принудительного лечения с усиленным наблюдением в Днепропетровской областной психиатрической больнице (ныне ЛПО МКПНЦ г.Днепропетровска). Отделение предназначено для лечения психических больных, совершивших ООД и нуждающихся в больничном содержании и лечении в условиях усиленного наблюдения, а также психических больных, переводимых по определению суда из психиатрических больниц с обычным и строгим наблюдением. В настоящее время в отделении разработано автоматизированное рабочее место врача, осуществляются поэтапные комплексные дифференцированные реабилитационно-терапевтические мероприятия с применением пакета компьютерных психологических тестов, групповой и семейной психотерапией, с использованием психокоррекционно-педагогических программ (Л.Н.Юрьева, 1991-1995 Г.В.Шостакович, 1994).

В отделении с усиленным наблюдением Черниговской областной психоневрологической больницы, существующем с 1990 г., разрабатывается программа психического образования больных и их родственников с акцентом на

обучении контролю и коррекции болезненных проявлений немедикаментозными методами (Э.И.Лапинский, В.П.Тишняк, 1994).

В Орловской психиатрической больнице широко применяется личностно-ориентированный подход. Сделан акцент на следующих аспектах (А.В.Шпак, Т.А.Котова, 1994):

- 1) взаимоотношение медицинских работников и больного
- 2) трудотерапия и профессиональное обучение
- 3) медико-правовая коррекция
- 4) коррекция морально-нравственных свойств личности.

Около года функционирует *самостоятельная служба социальной помощи*. Социальные работники, помимо социальной работы с пациентами, осуществляют взаимодействие с органами социального обеспечения, правоохранительными, государственными и лечебными учреждениями, отделами социальной защиты населения. Одновременно социальные работники устанавливают связь с родственниками больного, присутствуют при его встрече с юристом, нотариусом, участвуют в оформлении направления на МСЭК. Социальный работник обязательно участвует в работе психиатрических комиссий по освидетельствованию больных на предмет возможного прекращения принудительного лечения или изменения его формы (М.М.Мальцева, Т.А.Котова, 1995).

В Калининградской республиканской психиатрической больнице со строгим наблюдением (г.Черняховск) с 1991 года также широко используются различные формы психотерапии. Предпочтение отдается групповым формам с использованием дискуссионных тематических групп, психодрамы и отдельных методик гештальттерапии, невербальных методов (А.Н.Пчеловодов, 1994).

В реабилитационном отделении Санкт-Петербургской психиатрической больницы со строгим наблюдением функционируют дискуссионные клубы, кружки по интересам, проводится обучение в средней общеобразовательной школе, при проведении психокоррекционной работы используются элементы психодрамы Морено (В.Д.Стяжкин, 1993).

В отделении для принудительного лечения с усиленным наблюдением города Омска, организованного в 1989 году, наряду с традиционным медикаментозным лечением большое внимание уделяется реабилитационным мероприятиям, включающим трудотерапию и психотерапию (индивидуальную и групповую). При отделении организован социально-психологический кабинет, введена должность социального работника, который оказывает помощь в урегулировании материально-бытовых, жилищных вопросов и соблюдении юридических прав больного (Н.Г.Сафьянов, Л.А.Соколова, 1995).

При анализе зарубежной литературы, посвященной вопросу принудительного лечения психически больных, выявлены различные подходы к этой проблеме в разных странах мира.

В США Законы большинства штатов предусматривают специальное лечение для признанных невменяемыми психически больных, однако лишь в некоторых существуют специальные лечебные программы для этого контингента (B.Reinke, J.R.Greenley, 1986; G.J.Maier, L.J.Stava, B.R.Morrow, Van Rybroek G.J., K.G.Bauman, 1987).

В качестве иллюстрации можно привести несколько таких программ. Одна из них осуществляется в штате Мэриленд (больница Перкинса) с 1967 г. и рассчитана на 5-10 лет. Она начинается с выработки необходимой схемы лечения и его проведения. По мере улучшения психического состояния постепенно больным предоставляется возможность пользоваться свободой. Пациенты занимаются трудом в мастерских госпиталя или в близлежащей коммуне, имеют дневные отпуска. Если больной ведет себя активно и ответственно, и его психическое состояние стабилизировалось, работники госпиталя ходатайствуют перед судом о его условном освобождении. После выписки из госпиталя Перкинса больной продолжает под наблюдением сотрудников госпиталя участвовать в амбулаторной программе, рассчитанной на 5 лет. Если достигнутые результаты недостаточны, то персонал может ходатайствовать о продлении лечения на 5 лет. Если у больного нет семьи, то на этапе амбулаторного принудительного лечения он может жить в промежуточных интернатах г. Балтимора под наблюдением сотрудников госпиталя Перкинса. В некоторых случаях по прошествии 3 месяцев лечения в госпитале больной может ходатайствовать перед судом об отмене данной программы.

Определенный интерес, с точки зрения проведения принудительного лечения в США, представляет так называемая **Орегон-модель** (D.L.Culter, W.Terwillinger, L.Faulkner et al., 1984). С 1978 г. в штате Орегон Наблюдательным Комитетом по безопасности в психиатрии, который состоит из психиатра, психолога, юриста, лица, имеющего отношение к процедуре условного освобождения и социального работника (всего 5 человек) была начата 5-летняя программа, направленная на обеспечение надлежащего наблюдения и лечения за психически больными, совершившими ООД и признанными невменяемыми.

Комитет осуществляет курацию этих больных в течение периода, равного максимальному сроку наказания, который мог бы получить больной, если бы он был осужден. Члены комитета определяют необходимость госпитализации, направления в коммуну в качестве условной выписки или освобождения от юридической ответственности. За 5-летний период работы по этой программе были достигнуты положительные результаты, модель была признана удачной и стала постоянно действующей с 1981 г.

В настоящее время в США действуют эти модели, направленные на оптимизацию принудительного лечения и профилактику повторных ООД. Если Мэриленд-модель рассчитана на 5-10 лет, то Орегон-модель — на весь период, равный максимальному сроку наказания, который данный больной мог бы получить, если бы был осужден. В большинстве штатов США администрация больницы информирует суд о динамике психического состояния больного, находящегося на принудительном лечении.

Акцент в этих программах сделан на внебольничное, амбулаторное принудительное лечение. Этот вид лечения относительно нов и начал применяться в штате Теннесси с 1981 года. В.Bursten (1986) в обзоре по данной проблеме делает вывод, что внебольничное принудительное лечение не снижает количество госпитализаций в больницы, так как имеет место недостаточная активность проводимого амбулаторного лечения, нежелание персонала осуществлять активный патронаж и лечение опасных больных, частые нарушения режима этими пациентами. К данному виду принудительного лечения, по мнению автора, надо специально подбирать больных, основной же их контингент должен лечиться в стационаре.

В Великобритании вопросы профилактики ООД носят приоритетный характер. Большое внимание уделяется поискам прогностических критериев общественной опасности психически больных и вопросам законодательства в отношении пациентов, находящихся на принудительном лечении (E.S.Rotman, C.Askinazi, E.Fant, 1980; H.R.Lamb, M.J.Mills, 1986; M.Briskoe, B.Harris, 1987).

При анализе эффективности принудительного лечения психически больных, совершивших ООД, авторы отмечают, что нейролептическая терапия, широко применяемая с 1950 г., постепенно “эрозировала” отношение медперсонала к этим больным, способствовала хронификации шизофрении и тормозила развитие психокоррекционного подхода к этим лицам. Авторы констатировали отсутствие прогресса в принудительном лечении и острую необходимость в разработке новых подходов к его проведению (P.Bowder, 1975; P.Snowder, 1985; Mc.Gowern D., R.Cope, 1987). Отмечаются также трудности в подборе и обучении медперсонала для таких отделений.

В последние годы в Англии активно разрабатывается *концепция региональных программ обслуживания опасных психически больных*. В специализированных отделениях работают в содружестве психологи, социологи, психиатры. Имеется тесная связь с судами и обществом. Однако анализируя эффективность этих программ, авторы констатируют ряд блокирующих факторов, отмечая среди них отсутствие единой концепции проведения принудительного лечения, недостаточное количество обученного персонала, не полностью отлаженный административный и юридический механизмы проведения этого вида лечения.

В мировой литературе работы, посвященные долгосрочным исследованиям в области реабилитации психически больных, совершивших ООД, немногочисленны (L.L.Bachrach, 1980; 1986; M.C.Donovan, 1982; A.Breier, J.S.Strauss, 1983; E.Rintelen, Th.Gabbert, 1986). Уникальность исследований E.Rintelen, Th.Gabbert (1986), проведенных в клинике им. Карла Бонгоффера и охватывающих 15-летний период, позволяет подробнее остановиться на их результатах. В среднем лечение каждого больного в этом стационаре равнялось 4 годам. В отделении реабилитации они находились около 2-х лет. В это отделение направлялись больные из разных стационаров и при этом подбирались критерии оценки возможностей пациентов. Учитывались данные психологических исследований, целенаправленного наблюдения за пациентами, результаты наблюдения во время трудовой и культурно-просветительской терапии. В работе, помимо психиатра, участвовали психолог и социолог. После купирования психоза основные усилия персонала были направлены на профессиональную и социальную реабилитацию.

Программа преследовала ряд целей, наиболее значимыми среди которых были следующие: отбор пациентов, которые смогли бы жить в обществе, и формирование из них групп; обучение больных навыкам, которые будут им необходимы во внебольничной жизни, оказание помощи пациентам в развитии их потенциальных возможностей. Десятилетний катамнез этой группы больных позволил авторам сделать вывод об определенных границах реабилитации этого контингента пациентов и рекомендовать им последующую амбулаторную помощь.

Не оправдала себя надежда на поддержание постоянной амбулаторной психотерапевтической группы. Это оказалось невозможным в первую очередь из-за нежелания и невозможности многих больных включиться в лечебные и реабилитационные программы. Поэтому авторы рекомендуют больным

стремиться к поддержанию контакта хотя бы с одним врачом, хотя и это сопряжено с рядом трудностей.

По мнению исследователей, полноценная психокоррекционная работа врача в амбулаторных условиях зачастую невозможна из-за недостатка времени, отведенного на одного больного, нехватки средств для полноценного медикаментозного лечения, распыления времени врача на решение многочисленных чисто социальных и бытовых проблем этих больных, а также на трудности лечебной работы в условиях соблюдения права на отказ от антипсихотического лечения.

Интересен подход к организации принудительного лечения на Кубе. В докладе “Реабилитация психически больных при повторном направлении на принудительное лечение”, с которым выступил Эдуардо Ордас Докунхе на Международном симпозиуме в Москве (17-19 апреля 1989 г.), был освещен широкий комплекс психиатрических реабилитационных мероприятий в отношении этого контингента больных. Отмечено, что методика реабилитации психически больных представляет собой интегральный процесс, включающий в себя два этапа реабилитации: госпитальный и амбулаторный, которые делятся на ряд уровней, основной акцент в которых делается на трудовую терапию. Особое внимание уделяется хронически больным. Длительность принудительного лечения не превышает срока заключения по статье, квалифицирующей криминал больного.

В Баварии принудительное лечение осуществляется в 13 региональных психоневрологических больницах, часть которых осуществляет лечение особо опасных пациентов. По данным В. Ottermann (1994), в последние годы отмечается интенсивный рост числа судебно-психиатрических больных. Единой концепции реабилитации пациентов в условиях принудительного лечения в Баварии не существует. В каждой больнице лечение осуществляется по этапам, число которых варьирует от двух до семи в различных больницах. С пациентами одновременно работают психиатры, психологи, специалисты по уходу за больными. Во всех больницах проводится трудовая терапия, которой охвачено около 90% пациентов. В некоторых учреждениях имеются школы, где психически больные, совершившие ООД, получают среднее образование или обучаются по программе реального училища. Максимальный срок лечения около 3 лет. После выписки пациенты посещают амбулатории при той же больнице. Однако в Баварии нет ни одной общины для совместного проживания выписанных из клиники пациентов под наблюдением медицинского персонала.

Анализируя мировую научную и методическую литературу, а также положение дел в практической психиатрии, можно согласиться с А.Е.Лифшицем (1988) в том, что многие бесспорные, годами апробированные реабилитационные подходы остаются уделом отдельных учреждений. Основная причина этого кроется в том, что по данным многих исследователей до настоящего времени практически отсутствуют конкретные, научно обоснованные дифференцированные реабилитационные программы для различных категорий больных, основанные на комплексном, динамическом подходе к генезу ООД, а также не получают соответствующей подготовки и ориентации в сторону психокоррекционной деятельности психиатры, психологи, средний и младший медицинский персонал, работающий в отделениях для принудительного лечения психически больных (Ф.В.Кондратьев, 1987, В.С.Воронин, 1988, В.Г.Василевский, Г.И.Завидовская, 1989, Н.Л.Bischof, 1993, и др.).

Глава 2. Системно-структурный подход к генезу общественно опасных деяний.

Клинико-психопатологические предпосылки общественно-опасного поведения больных шизофренией.

Вопросу клинико-психопатологического фактора в генезе ООД посвящено большое количество исследований. Данные литературы по этой проблеме отличаются значительной неоднородностью, однако все исследователи сходятся во мнении, что клинический аспект в комплексной оценке опасности больных шизофренией и в выборе терапевтической тактики при проведении принудительного лечения является основополагающим (А.А.Наку, 1987, М.М.Мальцева, В.П.Котов, 1991, E.Stransky, 1950, J.Landskron, 1963, D.O.Levis, S.S.Shanok, J.A.Pincus, 1992 и др.).

Несмотря на неоднократные попытки подхода к принудительному лечению больных шизофренией с позиций разделения пациентов по типам, этапам течения и темпам прогрессивности процесса, многие исследователи склонны считать, что построение дифференцированных лечебно-реабилитационных программ целесообразно основывать, прежде всего, на особенностях ведущего психопатологического синдрома, его аффективного радикала, стойкости и резистенции к терапии, а также с учетом характера совершенного ООД (Н.А.Опря, 1980, Т.П.Печерникова, Б.В.Шостакович, О.А.Насинник, 1988, А.С.Дмитриев и соавт., 1994, J.Kelemen, J.Balog, 1980, M.Benezech, J.A.Yesavage, M.Addad, 1984, D.Hellerstein, W.Frosch, H.W.Koenigsberg, 1987 и др.).

Более того, изучая вопросы прогнозирования общественно опасного поведения больных шизофренией в первый год после выписки с принудительного лечения, Ю.О.Мусаев, Л.А.Яхимович (1989) на основании математико-статистического анализа 56 признаков, включающих клинико-биологические, социально-демографические и поведенческие характеристики этих больных пришли к заключению, что второе место по информативности (после признака "длительность периода декомпенсации во время пребывания на принудительном лечении") занимает признак "синдром в период совершения ООД". Анализ синдромологических состояний больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении, показал крайнюю неравномерность распределения пациентов по отдельным синдромологическим группам. Лица с продуктивной симптоматикой составляют около четверти всех пациентов, совершивших ООД (В.М.Шумаков и соавт., 1980; Л.К.Хохлов, Л.Н.Савельев, Ю.М.Руданов, 1988 и др.). Имеется тенденция к дальнейшему уменьшению этих состояний. Так, по данным В.П.Котова, М.М.Мальцевой (1989) доля больных с психотическими синдромами, направленная на принудительное лечение, не превышает 30%. По данным С.П.Поздняковой и А.И.Абросимова (1988) этот процент снизился до 16%, а у 84% — состояние расценивалось как ремиссия с признаками дефекта. Авторы

подчеркивают, что у больных, находящихся на принудительном лечении, преобладают 2 ведущих синдрома: психопатоподобный и галлюцинаторно-параноидный.

Исследуя взаимосвязь общественной опасности больных шизофренией со структурой и динамикой синдромов с преобладанием бредовых и галлюцинаторных расстройств, В.Д.Васильев, Г.Ф.Колотилин (1988), N.Shipkowensky (1974), M.Rozenbaum, B.Benneft (1983) пришли к выводу, что практически все составляющие параноидного синдрома могут быть побудительной причиной к совершению ООД.

Однако *максимально криминогенным является период усложнения синдромов*, который сопровождается тревогой, напряжением, аффективной заряженностью. Повышению криминогенности способствуют также связь бредовой концепции с определенными лицами, ее конкретная направленность и аффективная насыщенность (Ю.А.Шапкин, 1984, S.Arieti, 1974, H.Petursson, G.H.Gudjonson, 1981, M.S.Heller et al., 1984 и др.).

Рассматривая взаимосвязь течения, моно- и политематичность бреда, степень его систематизации, исследователи подчеркивают значение содержания переживаний, их аффективной напряженности, стойкости и указывают на корреляцию частоты ООД, направленных против личности с параноидальной структурой синдрома (В.И.Терентьев, 1982, А.М.Козлова, 1985, А.Л.Симбирцев, 1986, Л.А.Подрезова и соавт., 1988, R.Tolle, 1961, M.Schepherd, 1961, M.Benezech et al., 1984). Другие психопатологические синдромы из регистра продуктивных расстройств встречаются в практике проведения принудительного лечения значительно реже и, как правило, эти больные не относятся к разряду "криминогенных лиц". Повторные ООД совершаются больными с продуктивной симптоматикой в 21,2 — 28,5%, что свидетельствует об относительно удовлетворительном качестве принудительного лечения этих пациентов (В.М.Шумаков, 1975, Ф.В.Кондратьев, М.М.Мальцева, В.Т.Василевский, 1983).

Первое место в формировании противоправных действий больных шизофренией занимают негативные синдромы и среди них — психопатоподобные состояния. Среди больных шизофренией, поступивших на принудительное лечение, пациенты с преобладающими психопатоподобными расстройствами составляют 47,7-52,2% (О.Е.Фрейеров, 1964, В.П.Белов, 1987, Г.И.Завидовская и соавт., 1987, С.М.Осколкова, 1994, S.Arieti, 1974, R.Tyler, J.Alexander, 1979, C.L.Caton, 1981, S.Wessely, 1987, St.R.Kay, 1988, D.Tentem, 1994 и др.).

Изучая больных с психопатоподобными расстройствами в период проведения принудительного лечения, исследователи подчеркивают различный генез этих состояний. При этом предлагают учитывать характер ремиссии резидуальных состояний, тип дефекта и степень компенсаторных возможностей больного, подчеркивая, что психопатологическая квалификация психопатоподобного синдрома представляет большие трудности. Это обусловлено тем, что зачастую за фасадом расстройств поведения, эмоциональной неустойчивости, эксплозивности, демонстративности нередко скрываются сверхценные образования, бредовые идеи, ипохондрические включения и тому подобные проявления, свидетельствующие об активном проявлении психоза (А.С.Дмитриев, 1978, Н.Н.Боброва, Д.Н.Демонова, 1989, В.Г.Василевский, Г.И.Завидовская, 1989).

При оценке криминогенности психопатоподобного синдрома выявлено, что по тяжести он уступает галлюцинаторно-параноидному, а по кратности ООД стоит на первом месте. Чаще всего больные шизофренией с психопатоподобным синдромом совершают имущественные деликты (А.Г.Врублевский, 1978, Н.К.Харитонов, 1979, М.В.Морковкин, А.К.Сайфулина, 1981, И.Н.Боброва и соавт., 1981-1986).

Однако при изучении характера ООД выявлено, что больные с эксплозивным вариантом чаще совершают насильственные и хулиганские действия, а с патологией влечений — сексуальные и корыстные деликты (Ю.П.Жданов, 1980, С.П.Позднякова и соавт., 1986, А.А.Ткаченко, 1994 и др.).

В связи с тем, что 56,7% больных шизофренией совершают ООД в период ремиссии, (М.М.Буркин, Ю.Л.Сологуб, 1981) большое количество работ посвящается изучению особенностей опасного поведения в этот период заболевания и тактике принудительного лечения этих пациентов. О.Е.Фрейеров (1961) расценивал ООД в состоянии ремиссии как "новую манифестацию подавленного лечением шуба", Л.Н.Земсков (1964) как признак рецидива либо изменения качества ремиссии с появлением в ее структуре гиперстенических черт, ипохондрических, психопатоподобных или параноидных симптомов. Д.Р.Лунц (1966) связывал деликт с процессуальной динамикой шизофренического процесса.

Резюмируя работы по данному направлению, следует отметить, что клинический аспект является основополагающим, хотя и не единственным при оценке опасного поведения больных шизофренией при выборе лечебно-реабилитационной тактики принудительного лечения, о чем свидетельствует интенсивно развивающийся в последнее десятилетие личностно-ориентированный подход к данной проблеме.

Социально-психологические особенности пациентов, совершивших противоправные деяния.

Данные литературы и клиническая практика показывают, что личность пациента активно участвует в синдромогенезе, а персонологический анализ больных шизофренией позволяет глубже и объективнее судить о внутренней картине заболевания, выявить феномены симуляции-диссимуляции, определить качество ремиссии, строить личностно-ориентированные, индивидуальные психокоррекционные программы. Многими авторами показано участие личности, тесно взаимодействующей с факторами социальной среды, в генезе общественно опасного поведения больных шизофренией (В.П.Белов, О.Н.Докучаева, Д.П.Демонова, 1981, И.А.Кудрявцев, 1982, К.Л.Иммерман, М.А.Качаева, Л.В.Ромасенко, 1987, E.Eromet et al., 1973, R.Klorman, V.Strauss et al., 1977, M.Paleologo, 1977, A.Breier, J.S.Strauss, 1983, J.W.Liyesly, 1986 и др.).

А.Д.Зурабашвили (1977), А.И.Меграбян, А.С.Татевосян (1980) указывают, что хотя при психических расстройствах и "нарушается в значительной степени духовная и психофизиологическая независимость больного, тем не менее признаки психологического сопротивления, компенсации и защитных механизмов личности играют важную роль в поведении больного". От излишней психопатологизации явлений эмоциональной холодности и жестокости у больных шизофренией предостерегает Ф.В.Кондратьев (1980-1994), подчеркивая, что анализ криминального поведения в некоторых случаях показывает его непосредственную связь не с последствиями психоза, а с преморбидными отрицательными социально-личностными особенностями пациента. Автор в своих публикациях разрабатывает

концепцию общественно опасной деятельности психически больных и приходит к выводу, что в реализации опасных тенденций ведущую роль играют три составляющих: "синдром-личность-ситуация". По мнению автора, данный подход более плодотворен при проведении принудительного лечения и дает возможность объективно подходить к вопросу об изменении мер медицинского характера, так как общественная опасность больного будет рассматриваться комплексно, с учетом клинических, личностных и ситуационных факторов в генезе ООД.

Среди исследований, посвященных вопросам принудительного лечения больных шизофренией, особое место занимают вопросы мотивации противоправного поведения. Ее изучение выходит за рамки чисто клинических аспектов и представляет собой системное исследование, т.к. мотивационная сфера является "центром" внутренней структуры личности, интегрирующим ее активность как динамическое целое (В.Е.Кемеров, 1977, К.В.Судаков, 1979, А.М.Яковлев, 1985, В.Н.Кудрявцева, 1986, А.А.Симбирцев, 1988, И.И.Влох с соавт., 1994; Х.Хекхаузен, 1986, Н.Дончаев, 1987 и др.). П.Фресс и Ж.Пиаже (1975) к одной из важных мотивационных черт относят агрессивность.

Существует много теорий, объясняющих феномен агрессии. К.Lorenz (1973) рассматривает ее как один из четырех основных инстинктов (половой инстинкт, голод, инстинкт перемещения, агрессия). S.Freud (1915-1933) объясняет возникновение агрессивных и деструктивных форм поведения следствием сексуальной фрустрации. A.Storr (1969) рассматривает агрессию биологически обусловленной врожденной формой поведения, которая у человека приобрела деструктивный характер. Э.Фромм (1994) разделяет агрессию на доброкачественную и злокачественную. К доброкачественной он относит биологически адаптивную, способствующую поддержанию жизни (непреднамеренная, игровая, оборонительная агрессия, агрессия как самоутверждение). К злокачественной — биологически неадаптивную (деструктивность отмищения и разрушения, экстагическая деструктивность, садизм, мазохизм, некрофилия). G.V.Caprara, C.Pastorelli (1989) отмечают, что за одинаковым феноменом агрессивности стоят различные психологические механизмы. При этом они выделяют две формы агрессии, проявления которых опосредованы либо эмоциональными, либо когнитивными факторами. Эти формы агрессии различаются по мотивам и целям. L.R.Huesmann, L.D.Eron (1989) расценивают агрессию как "глубоко укоренившуюся черту личности", внешние проявления которой отличаются временной и межситуационной стабильностью.

На личностные свойства преступника, как на одну из ведущих причин совершаемого криминала, указывают также И.В.Колос (1981), Л.Б.Филонов (1981), С.В.Кудрявцев (1988), A.R.Felthous, S.R.Kellert (1987) и др., отмечающие, что деформация личности правонарушителя имеет длительную историю, которая начинается с влияния неблагоприятной семейной обстановки, вызывающей дезорганизацию поведения и нарушающую социальную адаптацию ребенка.

Возникающие впоследствии нарушения интерперсональных отношений по мнению ряда авторов (Ф.В.Кондратьев, Я.Л.Гиндикин, 1974, M.Schepherd, 1961, J.R.Strabenau, W.Pollin, 1969, E.Rink, 1982 и др.) являются одним из факторов, способствующих совершению ООД. Это предположение подтверждается исследованиями, в которых показано, что среди больных шизофренией, совершивших ООД, преобладают утратившие постоянное место жительства, не

состоящие в браке и не работающие (А.А.Фокин, 1981, И.Н.Барков, 1985, Г.М.Румянцева, 1988, С.Е.Vaughn, J.P.Leff, 1976, R.Schwarz, 1978 и др.).

Единого мнения исследователей о том, что одним из важных факторов в генезе ООД больных шизофренией являются их трудовые установки (А.Е.Лифшиц, 1984, М.М.Кабанов, 1985, Е.Д.Красик, Э.И.Мещеряков, 1987, Л.А.Шапиро, 1994, В.Рубин, 1972, С.Astrup, 1975, V.Pelicier, 1975 и др.). В результате многочисленных исследований в отношении терапии занятостью установлено, что в большинстве случаев она становится основным методом привлечения больного к трудовой деятельности и к его последующему профессиональному обучению или переобучению.

Учитывая тот факт, что в основе большинства ООД больных шизофренией наряду с психопатологическими нарушениями лежит и деформация ценностных ориентаций и интересов (особенно у больных, совершивших ООД по негативно-личностным механизмам), становится очевидным необходимость построения реабилитационных программ с учетом социально-психологических факторов.

По мнению ряда исследователей, делая акцент на личностно-ориентированном подходе, возможно добиться реконструкции нарушенных отношений больного с окружающими, устранить неадекватные реакции и искаженные формы поведения (Г.В.Бурковский, А.Я.Вукс, Б.В.Иовлев и соавт., 1981, Ю.Ф.Поляков, 1987, А.Н.Пчеловодов, 1994, G.Wilson, 1978). Однако в литературе, посвященной принудительному лечению больных шизофренией, достаточно подробно отражен лишь один аспект описанной выше реабилитационной работы — трудовая терапия.

Личностный фактор учитывается, как правило, при раскрытии генеза ООД, разработке профилактических мероприятий и лишь в единичных случаях — при построении реабилитационных программ для проведения принудительного лечения. В процессе оценки структуры и динамики психоза практически не оценивается внутренний мир больной личности и механизмы ее становления.

Такой подход к терапии требует достаточно квалифицированного знания не только преморбидных социально-психологических особенностей больного, совершившего ООД, но и глубокого анализа личностного статуса, который должен учитываться с первых дней принудительного лечения.

Эта необходимость диктуется тем, что четкое знание интеллектуальных возможностей, личностной ориентации, понимание границ возможностей каждого пациента во многом определяет залог успешного лечения, а предъявление к нему завышенных или, напротив, чрезмерно примитивных требований приводит, по мнению авторов, к декомпенсации (H.R.Lamb, R.Peele, 1984).

В связи с этим, в практике судебной психиатрии все большее место занимают психологические исследования. Однако при анализе специальной литературы выявлено, что большая часть работ с психологической ориентацией посвящена проблемам судебно-психиатрических и психологических экспертиз, в основном психологическим критериям дифференциальной диагностики шизофрении и сходных с нею состояний (Ю.Ф.Поляков, 1974, Н.С.Курек, 1983, 1985, И.А.Кудрявцев, 1985, 1989, Т.П.Печерникова, Г.Г.Смирнова, В.В.Гульдман, 1985, Т.Д.Савина, Т.В.Серебрякова, 1985, Г.Витцлак, 1986, О.Е.Ефимов и соавт., 1994, R.D.Maskay, R.E.Wight, 1984 и др.).

Для экспертных целей авторы предлагают использовать набор экспериментально-психологических методов, с помощью которых выявляются нарушения мыслительной деятельности, эмоциональные особенности, интеллектуальный потенциал больного (Б.В.Зейгарник, 1962, 1971, 1986; Б.В.Николаева, 1970; Н.Г.Калита, 1971; Т.Н.Махова, 1979; В.М.Блейхер, И.В.Крук, 1986).

Особую важность на этапе принудительного лечения приобретает распознавание диссимулятивных установок больного, что составляет, по мнению Н.А.Кудрявцева и соавт. (1983, 1984), обязательный компонент экспертной оценки состояния больных при назначении, контроле за эффективностью и прекращении принудительного лечения. Важность объективизации диссимулятивных тенденций объясняется тем, что, по мнению многих исследователей, одним из факторов, затрудняющих оценку истинного психического состояния больного во время принудительного лечения, является диссимуляция (Е.М.Холодковская, С.В.Торубаров, 1970, И.Н.Боброва, М.М.Мальцева, 1977, О.К.Лощенова, 1980 и др.).

Вопросу диссимуляции психических расстройств больными шизофренией на различных этапах принудительного лечения посвящены многочисленные работы. Причем, диссимуляция рассматривается большинством исследователей в качестве одного из важнейших компенсаторных личностных механизмов, и ее наличие может свидетельствовать о достаточно критическом отношении больного к происходящему (Ф.В.Кондратьев, Л.Е.Ломоватский, 1981, И.А.Кудрявцев, Б.В.Пулькин, 1981, С.В.Чудновский, 1984 и др.). В связи с этим очевидна необходимость распознавания диссимулятивных установок, т.к. это позволяет выявить изменения в мотивационной сфере, определить истинную глубину дефекта, составить правильное представление о клинических особенностях заболевания, его прогнозе и наметить адекватные реабилитационные мероприятия (Ф.В.Кондратьев, 1975, 1981, Б.В.Пулькин, 1981, Л.Е.Ломоватский, 1983, И.А.Кудрявцев, В.В.Веденяпина, Л.Е.Клочкова и соавт., 1984, Ф.В.Кондратьев, А.В.Велигорский, 1989, Л.Н.Юрьева, И.В.Белоненко, 1990 и др.).

Анализ феномена диссимуляции больных шизофренией в период прохождения принудительного лечения позволил Ф.В.Кондратьеву и Л.Е.Ломоватскому (1981) рассматривать его не как первично психопатологический синдром, а как вторичное образование, представляющее собой личностную защитную реакцию больного на отношение окружающих к тем или иным его особенностям как к признакам душевного заболевания. По мнению О.К.Лощеновой (1980) диссимуляция зависит не только от клинических особенностей синдрома, но и от давности и этапа заболевания, что послужило основой для изучения динамики диссимулятивного поведения больных шизофренией на различных этапах принудительного лечения (Б.С.Пулькин, И.А.Кудрявцев, З.В.Романова и соавт., 1981, С.Е.Чудновский, 1984 и др.).

Авторы едины во мнении, что, помимо клинического наблюдения, необходимо использование психологических методик, направленных на изучение и объективизацию характера, степени и глубины личностной дисгармонии, но эти методики недостаточно информативны для исследования личности и малопродуктивны для построения личностно-ориентированных реабилитационных программ проведения принудительного лечения.

Ряд исследователей, основываясь на многолетнем опыте работы с больными шизофренией и используя психологические тесты для выявления механизмов

психологической защиты, диссимулятивных тенденций, особенностей личности, проявляющихся в социальной среде и социальных отношениях, а также для определения ведущих мотивов, ценностей, аффективных конфликтов, агрессивности приходят к выводу, что использование личностных опросников и проективных методов исследования наиболее информативно для объективизации вышеописанных специфических особенностей принудительного лечения (Р.В.Рожанец, Ф.В.Кондратьев, Л.Е.Ломоватский, 1979, М.М.Кабанов, А.Е.Личко, В.М.Смирнов, 1983, Е.П.Москаленко, 1985, Л.Н.Юрьева, 1990, А.П.Корнилов, 1994; J.C.Pinney, D.E.Skeeters, C.D.Anve et al., 1973, Ст.Тодоров, Вл.Иванов, 1981, R.Rogers, W.Seman, 1983, C.S.Kalichman, 1988). Помимо этого, D.M.Uhlin (1978), R.Langevin, D.Paittich, B.Orchard et al., (1982), M.J.Selby (1984), J.C.Ingram, P.Marchioni, G.Hill (1985) и др. использовали данные личностных опросников, в частности ММРІ, для оценки рецидивизма жестокости и агрессии у больных шизофренией, описывая при ее наличии специфическую конфигурацию профиля и повышение по шкалам F, L, истерии и др.

Вместе с тем, ряд авторов довольно сдержанно относится к прогностическим возможностям психологического исследования личности больного, совершившего ООД, подчеркивая тот факт, что психологическое тестирование искажает истинную агрессивность и не всегда валидно. Проведенные L.V.Gas (1980, 1983) исследования указывают на существование тенденций к преувеличению агрессивных признаков в случае симуляции и уменьшению их при диссимуляции. Это позволило A.J.Pinizzotto (1984), рассматривая проблемы судебной психологии, заключить, что психологическое исследование криминальной личности не заменяет врачебного наблюдения и мышления.

Подводя итог обзора литературы по проблеме личностно ориентированного подхода к принудительному лечению больных шизофренией, можно констатировать, что подавляющее большинство исследователей отмечает перспективность данного направления для разработки дифференцированных реабилитационных программ и профилактики повторных общественно опасных действий.

Биологические детерминанты деструктивного поведения больных шизофренией.

Исследования последнего времени способствовали пониманию того, что недостаточная эффективность принудительного лечения больных шизофренией связана с тем, что при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий не учитывается сложный многофакторный генез ООД, в основе которого лежат не только психопатологические, социально-психологические, но и биологические факторы. Практически не анализировалось влияние биологических (в частности церебральных) факторов на генез ООД больных шизофренией, хотя неоднократно подчеркивалось, что психопатологические синдромы являются проявлением определенного расстройства деятельности мозга (А.С.Шмарьян, 1949, А.А.Кирпиченко, 1970, М.Н.Абенсон, 1970, M.Reynand, et. al., 1981, T.J.Crow, 1982, T.K.A.Roberts, 1983, D.R.Weinberger, 1987, 1988, N.C.Andreasen, 1988).

Многие исследователи отмечают значимость, наравне с клиническими и социальными факторами, и биологических (в частности, органических) детерминант в генезе криминального поведения больных шизофренией. Так, S.A.Mednick, K.M.Finello (1983), исследуя связь между биологическими факторами и преступлениями психически больных, приходят к выводу об их большом удельном

весе в генезе ООД по сравнению с социальными. F.Huntingford, A.Turner (1988), обсуждая проблему биологии и психологии агрессии у человека, говорят, что склонность к агрессии с одной стороны, обусловлена биологическими факторами, но контроль за агрессией у человека происходит на социально-психологическом уровне.

Sh.Hendricks, D.Fitzpatrick et. al. (1988) специально исследовали структуру мозга у 16 мужчин, совершивших сексуальные правонарушения и направленных на принудительное лечение, методом сканирования мозга. В результате полученных данных авторы делают вывод о том, что в этиологии аномального сексуального поведения определенную роль играет мозговая дисфункция.

Признаки поражения лобных отделов мозга у хронически душевно больных, склонных к актам насилия, были выявлены также в исследованиях R.W.Heinrichs (1989). Вместе с тем, многими учеными отрицается наличие прямой связи между органическими причинными факторами и характером криминала (M.Benezech, 1981). Феномен преступления оценивается ими как имеющий сложный и многофакторный генез, обусловленный как индивидуальными особенностями функционирования ЦНС, так и постоянным взаимодействием индивида с окружающей средой.

В целом, анализируя литературу по этой проблеме, следует отметить, что ранее нейробиологические и психосоциальные исследования в психиатрии развивались в относительной автономии. На современном этапе развития психиатрии доминирует интегральный биопсихосоциальный подход к лечению и реабилитации больных шизофренией, совершивших ООД (Ф.Е.Вартанян, П.В.Морозов, Л.Л.Прилипка, 1990; P.Beck, M.Gastpar, J.Mendlewicz, 1986; S.B.Guze 1989; J.A.Talbot, 1995).

Введение в психиатрическую практику метода компьютерной томографии в последние годы в значительной мере способствовало оживлению интереса к нейроанатомическим особенностям, имеющим место при шизофрении, и к поиску биологических маркеров криминального (в особенности агрессивного) поведения этих больных. Актуальными являются также нейropsychологические исследования, интенсивно развивающиеся в последние годы и служащие базисом для нейрофармакологического подхода к лечению, основанного на нейropsychологической модели шизофрении (J.L.Cummings, 1985; W.Gaebel, G.Ulrich, 1986; V.Carr, J.Wale, 1988).

Данные литературы свидетельствуют о том, что в осуществлении разнообразных видов психической деятельности принимают участие сложноорганизованные системы совместно работающих зон головного мозга, входящие в его функциональные блоки (А.Р.Лурия, 1962-1977). Нейropsychологические синдромы достаточно полно изучены при локальных поражениях мозга, но в последнее время появился ряд публикаций, указывающий на перспективность применения этой методики и при заболеваниях, где не выявляются грубые органические поражения ЦНС, в частности при шизофрении (Д.А.Кауфман, 1976; Н.Б.Ласкова, 1976; Г.Е.Введенский, 1983; Э.Г.Симерницкая, А.Е.Жирнова, С.Н.Олейникова, 1990; Л.Н.Юрьева, И.В.Белоненко, 1990; J.M.Cleghorn, 1988). Из литературных источников известно, что корковые и подкорковые образования принимают участие в осуществлении целенаправленного поведения. Образования, входящие в мезэнцефалический круг отвечают за аффективную окраску настроения, гипоталамус участвует в осуществлении намеренного направленного агрессивного поведения, лимбические структуры несут приспособительные функции и участвуют

в регуляции агрессии в определенной ситуации (А.И.Карамян, 1969; И.Погади, Л.Кочишь, Ш.Брайер 1981; J.Gierowski, J.Heitzman, J.Kusmiderski et al., 1982; J.M.R.Delgado, 1989).

Данные исследователей указывают также на зависимость таких особенностей поведения как импульсивность, неконтролируемость эмоций, нарушение прогнозирования поведенческого акта и оценки его результатов и от дисфункции височных и теменных долей, а также от функциональных нарушений подкорковых образований (H.Niki, 1982; J.Leizowski, J.Heitman; T.K.Roberts, 1983; P.Flor-Henry, 1983; R.S.Dean, 1986).

Лобные доли являются "аппаратом, обеспечивающим формирование стойких намерений, определяющих сознательное поведение человека" (А.С.Шмарьян, 1949; А.Р.Лурия, 1973; Ю.Н.Губачев, В.М.Дорничев, 1989 и др.). Они представляют собой блок программирования оценки выполненных действий и коррекции допущенных ошибок, т.е. это аппарат наиболее сложных форм саморегуляции поведения. О связи лобных долей с логическим мышлением, с моральным и этическим поведением человека писал еще R.Kletst (1934), который связывал с орбитальной корой единство личности и проявление ее высших свойств, в частности и антисоциальных действий. На дифференцированное приспособление к окружающему миру и его связь с лобными отделами мозга указывал W.Klages, (1955).

В последнее время все шире изучается влияние доминантности полушарий на особенности психопатологии, структуру личности и поведение больных шизофренией. Выявленные особенности указывают, что при дисфункции правой лобной доли имеет место импульсивные поступки, немотивированные действия, неадекватное поведение с выраженным аффективным радикалом, завышенная самооценка (А.С.Шмарьян, 1949; А.Р.Лурия, 1973; Д.В.Ольшанский, 1982; P.Nadvornik, G.Ondrejckova, 1984; L.Kolb, 1987, L.Costa, 1988).

Рядом исследователей отмечается, что при шизофрении с преобладанием дефицитарной симптоматики и неблагоприятном прогнозе имеет место избирательная активация правого полушария. Отмечено, что по мере хронификации заболевания начинают доминировать функции правого полушария (C.L.Cazzullo, O.Gambini, E.Pieri, S.Scarone, 1984; J.H.Gruzelier, J.W.Jutai, J.F.Connolly, S.R.Hirsh, 1984; W.Gaebel, G.Ulrich, 1986). Выявлена связь дисфункции правого полушария у больных шизофренией с депрессией, фобиями, с нарушениями невербальных функций (Э.А.Костандов, 1983; В.А.Москвин, Д.А.Котилевский, 1986; J.Cutting, A.David, D.Murphy, 1987; L.Hermle, G.Oepen, 1987; M.W.Otto, R.A.Yeo, M.J.Dougher, 1987).

По мнению ряда авторов (A.Smith, 1966; B.Milner, 1975; Е.Д.Хомская, 1987 и др.), поражение левой лобной доли влечет за собой более выраженные расстройства мышления, кроме того, левая лобная доля обеспечивает последовательную переработку информации, способность к обобщению, предопределяет динамику психического процесса. На ранних этапах шизофрении и в острых, прогностически благоприятных случаях, с выраженной продуктивной симптоматикой, доминирует функция левого полушария (W.Gaebel, G.Ulrich, 1986; V.Carr, J.Wale, 1988).

Исследование структуры головного мозга у больных шизофренией позволило выделить ряд нейрофизиологических особенностей, свидетельствующих о нарушении межполушарной асимметрии и дисфункции структур мозга

(Д.А.Кауфман, 1976; Г.С.Шостакович, 1979; Г.Е.Введенский, 1983; А.Е.Двирский, 1984; P.Flor-Henry, 1976, R.E.Gur, 1977).

Значительно меньше работ посвящено изучению структуры и функции мозга у больных шизофренией, совершивших ООД. В единичных исследованиях, посвященных этому вопросу, получены данные, позволяющие предположить, что в криминальном поведении больных шизофренией, определенную роль играет мозговая дисфункция (S.A.Mednick, K.M.Finello, 1964; Sh.E.Hendricks, D.F.Fitzpatrick, K.Hartmann et al. 1988; F.Huntingford, A.Turner, 1988). Делается также попытка поиска биологических факторов неменяемости. В статье, посвященной данному вопросу, И.Погади, Л.Кочишь, Ш.Брайер (1981) справедливо отмечается, что проблему влияния психических процессов на поведение нельзя отождествлять с деятельностью отдельных центров, т.к. основой целенаправленного поведения является как раз интеграция мозговых структур. В заключение авторы предлагают в судебной практике применять не только традиционный клиничко-анамнестический метод, но и попытаться объяснить обнаруженные факты на уровне их сопоставления с мозговыми функциями и структурами.

Анализ работ, посвященных психофизиологическим особенностям асоциальных лиц (Н.Ж.Ейсенк, 1980; А.Райн, Р.Н.Венблс, 1984; J.A.Gray, 1985; Е.Н.Ховланд, J.P.Newman, 1985; L.Ellis, 1987) свидетельствует о биологической предрасположенности к антисоциальному поведению, хотя ее влияние сильно ограничено социальными факторами. По-видимому, целесообразно говорить о специфическом комплексе индивидуальных свойств, проявляющихся, с одной стороны, в виде низкого уровня усвоения социальных норм и ценностей, с другой — в виде особенностей психофизиологической динамики, т.е. о том, что поведение мультидетерминировано (Ф.Б.Березин, 1976; А.А.Мергянян, 1981; П.В.Симонов, 1987; Н.Н.Брагина, Т.А.Доброхотова, 1988; D.L.Singer, В.М.Астрахан, L.J.Gould et al., 1975; S.A.Mednick, В.Hutchings, 1978; Н.Ейсенк, 1980, 1981; М.Бенеzech, 1981; Т.С.Еarly, Е.Н.Reiman, М.Е.Raichle et al., 1987; L.Ellis, 1987; J.Gray, 1987).

Данный подход к антисоциальному поведению больных шизофренией повлек за собой и поиск новых путей его профилактики. В работах последних лет все чаще высказывается мысль о необходимости индивидуализации лечебно-реабилитационной тактики при проведении принудительного лечения. Авторы подчеркивают необходимость учета клиничко-психопатологических, социально-психологических и биологических факторов, лежащих в основе ООД (В.Н.Смирнов, Т.Н.Резникова, Ю.Н.Губачев и соавт., 1989; В.С.Шухов, 1989; G.Goldstein, 1987 и др.).

Удельный вес каждого из перечисленных показателей в патогенезе индивидуален, в связи с чем и терапевтический подход должен быть различным. В литературе имеются лишь единичные работы, посвященные роли церебральных факторов при составлении лечебных программ, в которых даются конкретные рекомендации для применения той или иной тактики (А.И.Корягин, 1972; И.К.Сосин, 1973; Г.Кюне, 1982; С.Ф.Семенов и соавт., 1982; Н.И.Стрельцова, 1986; Л.Н.Юрьева, 1990-1995).

Еще менее исследованным является вопрос о месте психофизиологических изменений в генезе ООД и их значении при построении реабилитационных программ для принудительного лечения. Справедливой в этой связи является мысль, высказанная на 8 Всесоюзном съезде невропатологов, психиатров и наркологов В.М.Шумаковым (1988) о том, что "психофизиологические основы реабилитации

психически больных, находящихся на принудительном лечении, ждут своей разработки".

А между тем, анализируя литературу смежных с судебной психиатрией дисциплин (нейропсихиатрия, нейропсихофармакология, нейропсихология и др.) в интересующем нас аспекте, удалось выявить ряд исследований, позволяющих принципиально, по иному подойти к вопросу биологических основ реабилитации.

Прежде всего, следует отметить, что многие авторы, занимающиеся обследованием больных шизофренией, совершивших ООД, отмечают специфику почвы с наличием органического радикала (В.М.Шумаков, Е.Д.Соколова, Я.Е.Свириновский, 1979; В.П.Белов, 1989; A.R.J.Larragoiti, 1985), что создает условия для аутокинеза патологического процесса с одной стороны и ограничивает эффективность психотропной терапии с другой.

И, по-видимому, не напрасно одной из трудностей, с которыми сталкиваются специалисты при проведении принудительного лечения больных шизофренией, является терапевтическая резистентность, которая обусловлена не только спецификой "почвы", но и несоответствием лечения нейрофизиологическим особенностям больного (H.W.Bender, S.J.Dencker, F.Kulhanek, 1988).

Новый импульс к развитию данного направления получен в последние годы в связи с развитием нейропсихиатрии и нейропсихофармакологии (А.П.Чуприков, 1994; D.Rogers, 1987). Было выявлено, что ряд широко применяемых препаратов (например, аминазин) при длительном употреблении активизирует функцию правого полушария, что потенцирует агрессию, импульсивность, неконтролируемость эмоций, тем самым снижая антипсихотический эффект (Я.Б.Максимович, Н.Р.Кукуричкин, С.С.Рыбалова, И.Н.Чайковская, 1985 и др.).

Согласно современным нейропсихофармакологическим представлениям больным с дисфункцией в правом полушарии целесообразно назначение пиперазиновых производных фенотиазина, которые активируют функции левого полушария и частично подавляют правополушарную активность. Алифатические производные фенотиазинового ряда и пиперидиновые производные фенотиазина подавляют левополушарную активность и стимулируют функциональную активность правого полушария (R.Tomer, M.Mintz, M.S.Myslobodsky, 1982).

Выявлено также, что введение алкоголя резко стимулирует правополушарную активность (З.А.Костандов, Ю.Л.Арзуманов, О.А.Генкина, 1981; Т.Н.Рещикова, 1981; M.S.Fabian, O.A.Parsons, M.D.Sheldon, 1984). По-видимому этот факт имеет немаловажную роль в том, что 75-80% ООД совершено больными шизофренией в состоянии алкогольного опьянения.

Согласно данным современной литературы, результаты терапии больных шизофренией с учетом особенностей функциональной асимметрии мозга различны, и более высокий эффект достигается у праворуких (П.Г.Мецов, А.Е.Двирский, В.А.Мельников, 1981; П.Г.Мецов, Е.А.Щербина, В.А.Абрамов, 1991). Отмечено также, что дискинезии, обусловленные приемом нейролептиков, выражены в большей степени справа, что говорит о большей чувствительности к ним левого полушария (Н.Б.Ласкова, 1976, R.Waziri, 1980).

В связи с тем, что на принудительном лечении больные шизофренией находятся довольно долго, особый интерес представляет анализ работ, посвященный динамике мозговых изменений в процессе лечения. Данные, приводимые исследователями по

этому вопросу, противоречивы, что до некоторой степени может быть объяснено применением различной аппаратуры, позволяющей с различной степенью объективности и достоверности судить об изменениях в мозге.

Так, Hunger (1974) при исследовании методом ЭЭГ-графии изменений в мозге больных шизофренией в результате нейролептической терапии у подавляющего большинства отметил нормализацию ЭЭГ. A.Vita, E.Sacchetti, G.Valvassori, C.L.Cazzullo (1988) исследовали морфологию мозга методом компьютерной томографии (КТ) у 17 больных шизофренией с интервалом 2 года — 5 лет. Полученные результаты позволили им сделать вывод о том, что течение болезни и лечение не отражаются на мозговых изменениях при шизофрении, определяемых КТ. J.M.Cleghorn, R.D.Kaplan, B.Szechman, G.M.Brown (1989) сопоставили 2 группы больных шизофренией, в одной из которых не менее 15 лет больные получали нейролептики, а в другой — никогда или давно не лечились (2 группа). У больных 1 группы по сравнению со второй была лучше память, но ухудшились показатели двигательных тестов, тестов на воспроизведение сложных фигур и на планирование и прогнозирование своих поступков.

Интересно исследование J.N.Herrera, J.J.Sramek, J.F.Costa, S.Roy, Ch.W.Neh, B.N.Nguyen (1988), посвященное влиянию сильных нейролептиков на агрессивность больных шизофренией. Авторы приводят результаты контролируемого исследования взаимосвязи между насильственными агрессивными действиями и применяемыми нейролептиками (галоперидол, хлорпромазин, клозапин), которые употреблялись от 40 до 445 дней. Было обнаружено заметное увеличение насильственных агрессивных действий у тех больных, которые получали средние дозы галоперидола. У больных, получавших слабые нейролептики, заметного изменения в поведении не было. Авторы связывают это с различным влиянием препаратов на мозговые структуры.

Анализируя литературу, удалось выявить ряд работ, посвященных физиологическим основам психо- и трудотерапии. Так, еще в 1964 году Л.Б.Гаккель писал о том, что не только форма психотерапевтического воздействия, но и техника его применения, определяется, помимо предварительного изучения личности, еще и исследованием патофизиологических особенностей больного. Спустя 20 лет интерес к поиску биологических основ психотерапии возобновился. Появились немногочисленные работы, в которых описывался опыт применения различных видов психотерапии с учетом фактора доминантности полушария, делался вывод о целесообразности и большей эффективности такого подхода (Н.А.Борисов, Ю.М.Кузнецов, 1988; Б.Ф.Карвасарский, С.Ледер, 1990; W.R.Carter, M.S.Johnson, 1986).

Все вышеизложенное диктует целесообразность создания новых реабилитационных технологий с учетом системно-структурного подхода к генезу общественно-опасных деяний психически больных.

Глава 3. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния.

Что же представляет собой контингент больных, которых судебно-психиатрическая экспертная комиссия направляет на принудительное лечение? По данным специальных исследований около 85% составляют психически больные, совершившие ООД в невменяемом состоянии. На долю лиц, совершивших криминал, будучи вменяемыми, но к моменту вынесения приговора заболевшими временными психическими расстройствами, приходится менее 5% пациентов. Лица, заболевшие психически в период отбывания наказания, составляют около 10% (И.Н.Боброва, 1992; Rosenstein et al., 1986).

Анализ распределения лиц, находящихся на принудительном лечении, показывает, что уже многие десятилетия больные шизофренией составляют подавляющее большинство пациентов этих отделений. Данные по г. Киеву (С.В.Жабокрицкий с соавт., 1994) иллюстрируют эту закономерность и на современном этапе. Так, среди психически больных, совершивших ООД 89,2% составили пациенты, страдающие шизофренией, 4,5% — эпилепсией, 4,1% — расстройствами личности и неврозами, 4% — органическими поражениями головного мозга, 1,8% — маниакально-депрессивным психозом, 1,5% — инволюционным параноидом, 1% — олигофрениями, 0,5% — реактивными психозами. Эти данные и послужили основой для выбора цели исследования: разработки принципа проведения принудительного лечения и создание дифференцированных реабилитационных программ для больных шизофренией, совершивших ООД.

Работа основана на изучении 300 больных шизофренией, находившихся на принудительном лечении в лечебно-производственном объединении “Межобластной клинический психоневрологический центр” г. Днепропетровска. Использовались акты судебно-психиатрической экспертизы, амбулаторные карты ПНД, истории болезней психиатрических больниц, в которых лечились ранее больные, данные как непосредственного наблюдения, так и архивные материалы, а также протоколы и заключения экспериментально-психологических и нейропсихологических исследований.

Помимо традиционно применяемого клинико-психопатологического метода, которым были обследованы все больные, часть пациентов исследовалась экспериментально-психологическими методами: методикой многостороннего исследования личности ММРІ, тематическим аперцепциональным тестом (ТАТ) и нейропсихологическими методиками. Тестирование проводилось в начале принудительного лечения и на его заключительных этапах.

При изучении генеза ООД больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении, было установлено, что психические нарушения, лежащие

в основе совершенного ими деликта, различны. В 63,3% случаях ООД были обусловлены дефицитарными проявлениями, постпроцессуальными изменениями личности и ситуационными факторами, в 36,7% — психотическими расстройствами. Это позволило разделить больных на две группы: 1 — совершивших ООД по негативно-личностным механизмам и 2 — совершивших ООД по продуктивно-психотическим механизмам, согласно классификации М.М. Мальцевой, 1987.

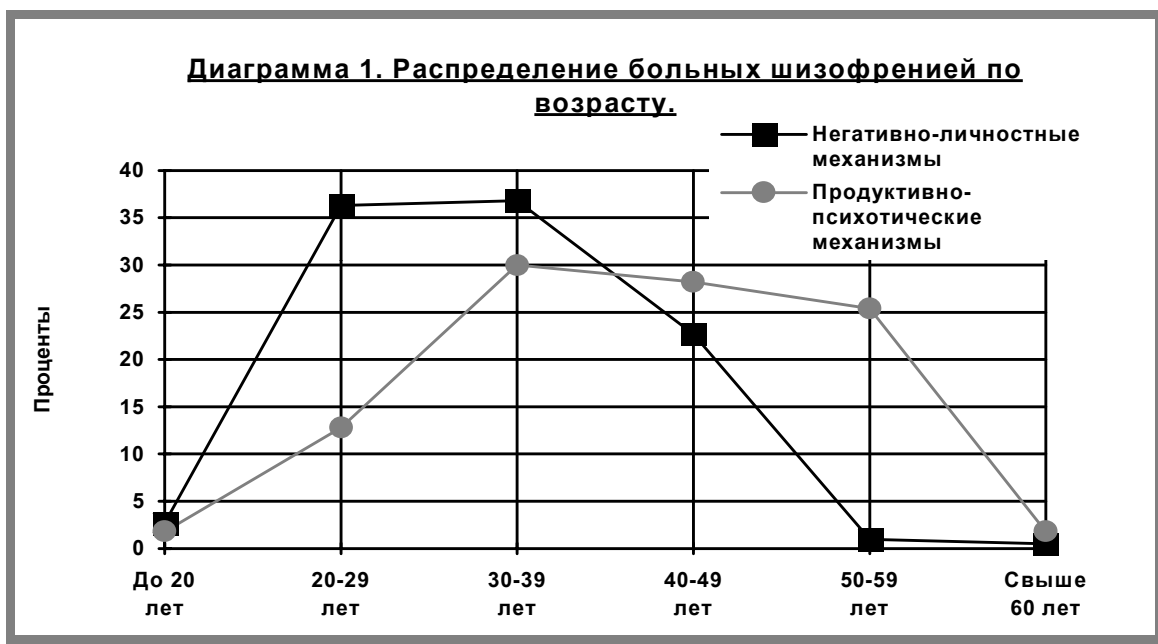
НЕГАТИВНО-ЛИЧНОСТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ООД	
Типы механизмов	Примечания
1. Ситуационно спровоцированные действия	- ООД, связанные с психической несостоятельностью больного, проявляющейся только в определенной ситуации.
а) эмоциональная безконтрольность	Любые аффективные ООД, чаще всего обусловленные раздражением и злобой, которые недостаточно корригируются.
б) интеллектуальная несостоятельность	Неспособность принять правильное, логичное решение в чрезвычайной для больного ситуации.
в) повышенная внушаемость и подчиняемость	Характерны для слабоумных и гипобуличных больных. Занимают промежуточное положение между первым и вторым типами, поскольку инициатива исходит не от больного, но ООД совершается им активно.
2. Инициативные действия	
а) извращенность и расторможенность влечений	В рамках различных дефектных состояний, особенно при органических заболеваниях с поражением подкорковых структур и шизофрении.
б) псевдосоциальная гиперактивность	Как правило, кверулянтская деятельность на фоне общего снижения и психопатизации без бредовых расстройств.
в) дефицит высших эмоций	ООД совершаются в связи с морально - этическим снижением, обусловленным эмоционально - волевыми расстройствами

	(анетичные мотивы других авторов).
--	------------------------------------

ПРОДУКТИВНО-ПСИХОТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ООД	
Типы механизмов	Примечания
1. С бредовой мотивацией	
а) бредовая защита (пассивный и активный варианты)	Больные с различными вариантами персекуторного бреда. Уход от преследования — пассивный вариант, нападение на преследователей — активный вариант.
б) бредовая месть	
в) реализация бредовых проектов	Обычно различные варианты идей величия, особенно изобретательства и реформаторства. ООД направлены на устранения мнимых препятствий и воплощение в жизнь бредовых притязаний.
г) бредовая демонстрация (по типу Герострата)	Демонстративное деяние ради привлечения внимания общественности к якобы чинимому над больным “беззаконию”.
д) искупление мнимой (бредовой) вины	“Расширенное самоубийство” или другие аналогичные действия при бреде самообвинения.
е) бредовое самоутверждение (псевдореабилитация)	ООД с целью доказать свою физическую полноценность при бреде физического и сексуального воздействия.
ж) косвенная бредовая мотивация	ООД, связанные с социально-бытовыми трудностями, обусловленными бредовым поведением.
2. Без бредовой мотивации	
а) императивные галлюцинации и автоматизмы	
б) аффективная переоценка	При маниакальном аффекте —

ПРОДУКТИВНО-ПСИХОТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ООД

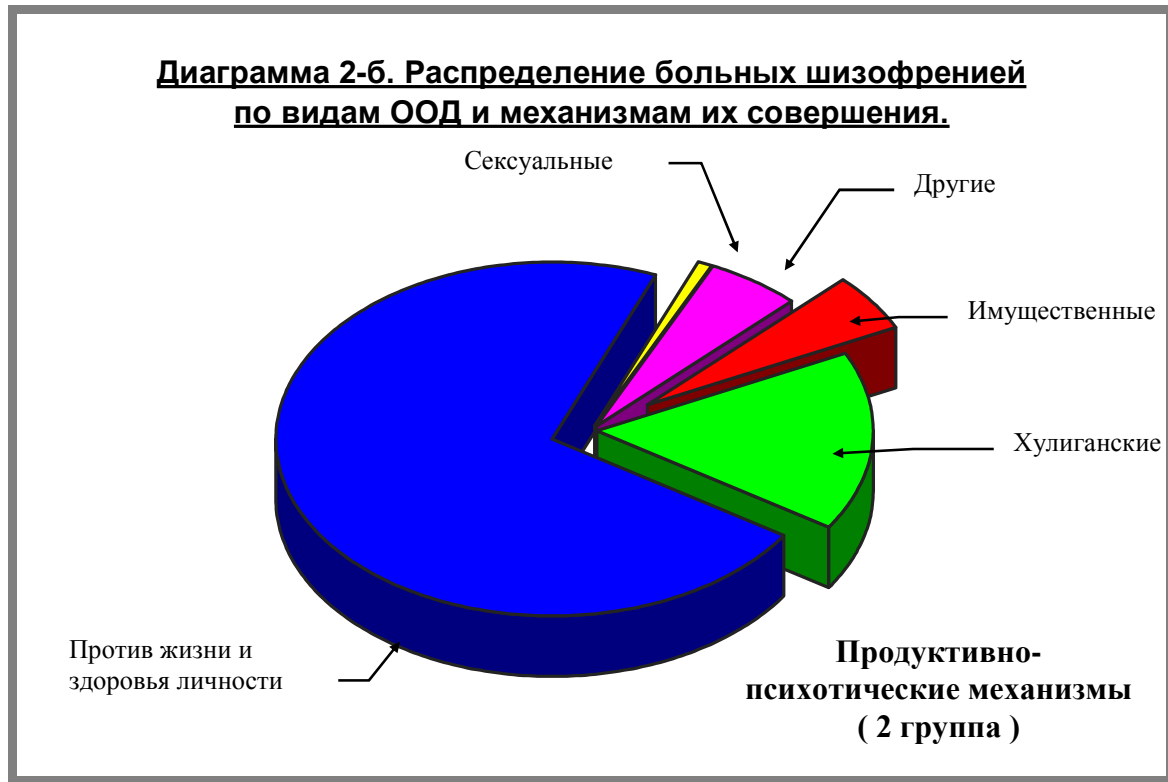
Типы механизмов	Примечания
своих возможностей	псевдопредприимчивость без учета реальных возможностей; различные действия в расчете на возможность предотвратить неблагоприятный исход.
в) дисфорическая агрессивность	
г) импульсивные действия	
д) дезорганизация поведения в результате помрачения сознания	При острых экзогенных расстройствах с глубокой дезорганизацией психической деятельности и поведения (сумеречное состояние, иногда делирий, онейроид, эпилептиформный припадок).



Такой подход к распределению больных позволил интегрировать клинические, личностные и ситуационные факторы в генезе ООД, что имеет первостепенное значение для построения дифференцированных реабилитационных программ.

Анализируя демографические характеристики (диаграмма 1), можно видеть явное преобладание среди больных, совершивших ООД по негативно-личностным механизмам (1 группа), пациентов в возрасте от 20 до 39 лет (73.1%) и доминирование лиц от 30 до 49 лет (58.2%) среди больных, совершивших ООД по продуктивно-психотическим механизмам (2 группа).

Отмечена, также, и различная структура общественно-опасных действий в этих группах (диаграмма 2).



Так, среди правонарушений, совершаемых пациентами 1 группы, преобладают действия неагрессивного характера (имущественные, хулиганство,

незаконное хранение и распространение наркотиков), составившие 77,9% от общего количества ООД. На долю агрессивных действий, направленных против личности, приходится лишь 13,2%.

Следует отметить **явное преобладание деяний инициативного характера (72,6%), связанных, как правило, с дефицитом высших эмоций.** Значительно реже (27,4%) деликты были ситуационно спровоцированы и обусловлены эмоциональной бесконтрольностью или пассивной подчиняемостью больных.

Среди правонарушений, совершаемых пациентами 2 группы, достоверно преобладают агрессивные действия против личности (71,8% против 13,2% в 1 группе, $p < 0,01$). Правонарушения без радикала агрессии составили лишь 21,8% против 77,9% в 1 группе ($p < 0,01$).

Диаграмма 3-а. Распределение обследованных больных по ведущим психопатологическим синдромам и механизмам совершения ООД.

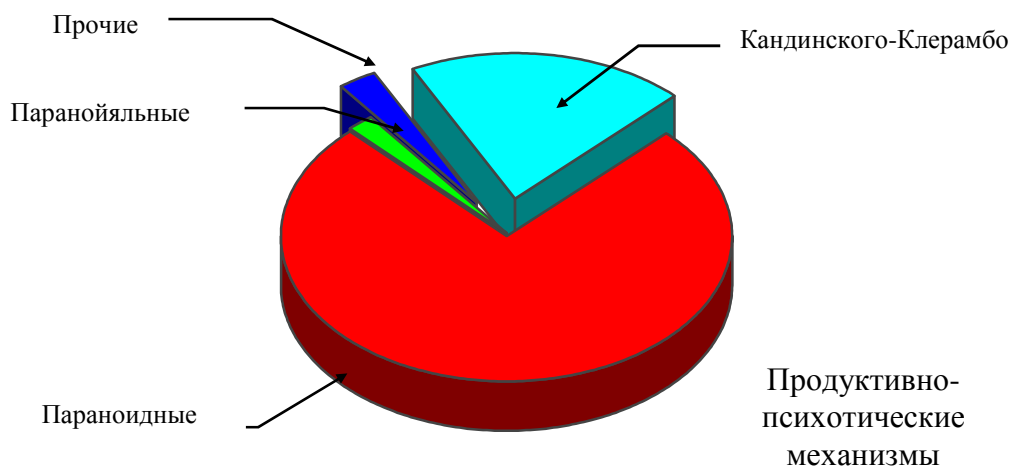


В подавляющем большинстве случаев ООД совершалось этими больными по бредовым мотивам (85,5%), среди которых около половины (45,7%) составляла бредовая месть, 25,5% — бредовая защита, 14,3% — косвенная бредовая мотивация. Без бредовой мотивации, но в основном под воздействием императивных галлюцинаций противоправные действия имели место у 14,5% пациентов.

Клинико-психопатологические исследования (диаграмма 3) выявили **в 1 группе пациентов явное преобладание лиц с непсихотическими синдромами** (психопатоподобный — 71,5% и шизофренические изменения личности — 14,8%).

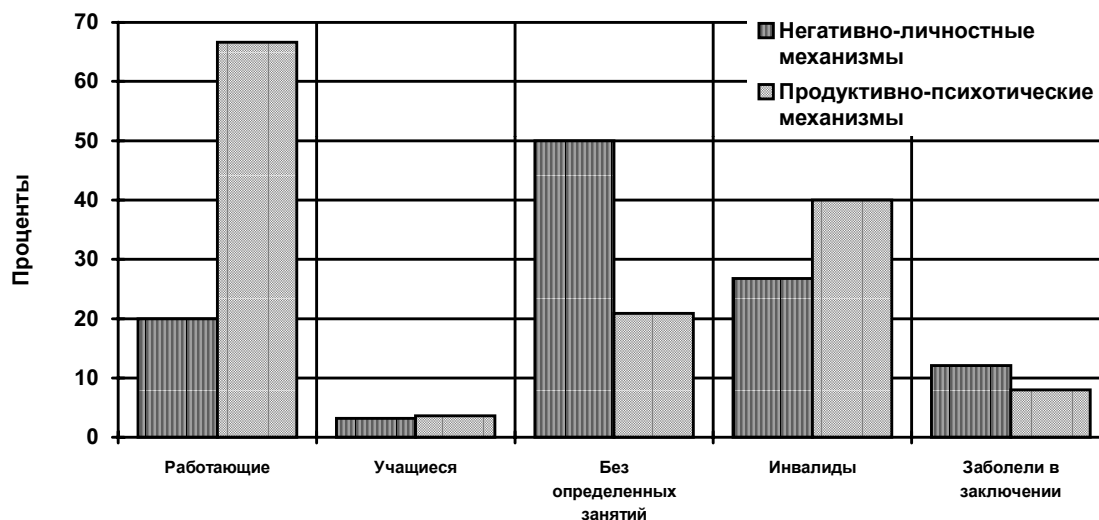
Данные клинико-психопатологического анализа **2 группы** больных позволяют констатировать **достоверное преобладание среди них пациентов с параноидным синдромом (75,4%, $p < 0,01$), 2 место по частоте занимали галлюцинаторно-параноидные состояния (20,0%), 3 — паранояльные (1,8%).**

Диаграмма 3-б. Распределение обследованных больных по ведущим психопатологическим синдромам и механизмам совершения ООД.



Анализ социально-личностной структуры пациентов обеих групп, имеющий важное значение при построении реабилитационных программ, также выявил их неоднородность (диаграммы 4-6).

Диаграмма 4. Распределение больных по механизмам ООД и видам трудовой деятельности на момент совершения ООД.



Социально-личностная структура больных шизофренией 1 группы характеризовалась антисоциальными тенденциями в преморбидном периоде: 41,6% пациентов были ранее судимы, у 15,2% отмечены девиантные формы поведения, 36,8% исследуемых совершили повторные ООД, причем 85,7% из них по типу "клише". У данной категории больных была выражена социальная дезадаптация,

Диаграмма 5. Социальная ориентация в преморбидном периоде больных шизофренией, совершивших ООД.

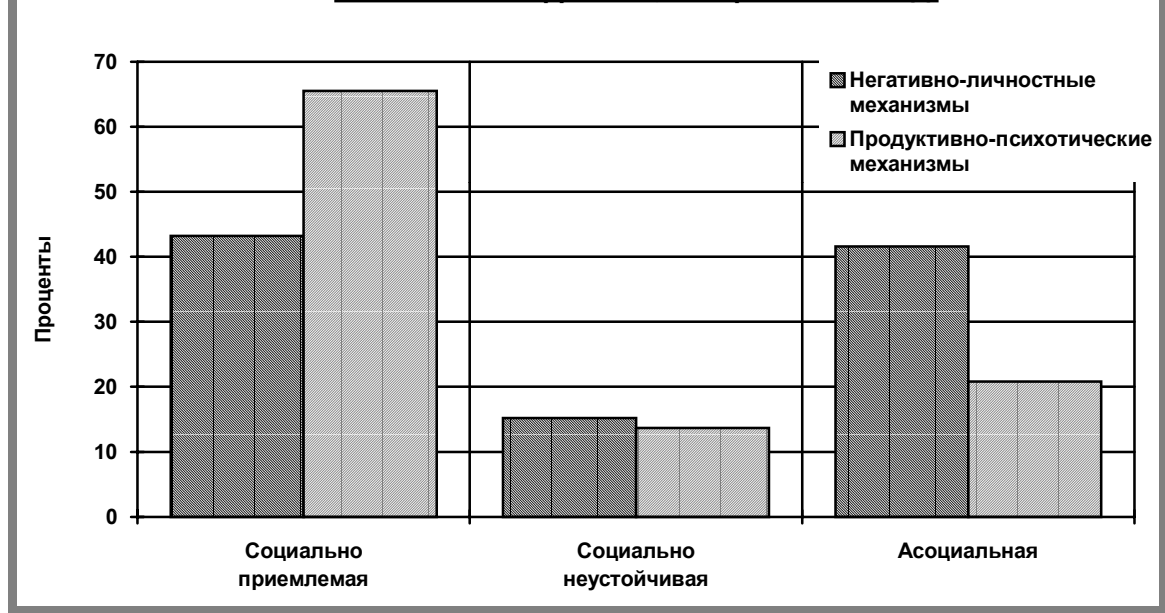
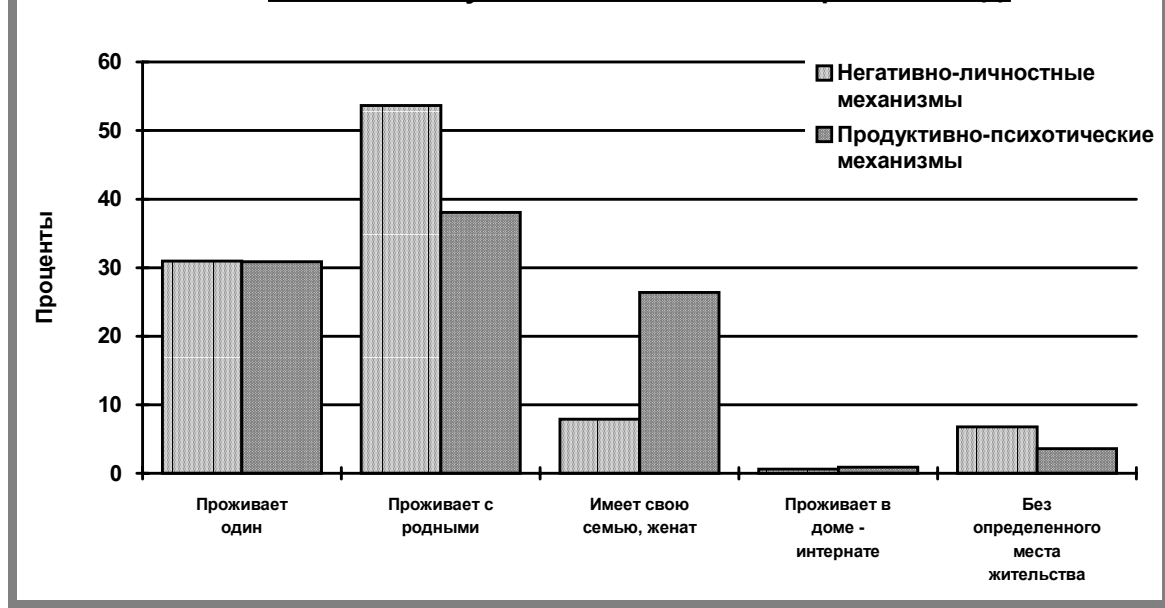


Диаграмма 6. Распределение больных по семейному положению с учетом механизмов совершения ООД.



проявляющаяся в значительном количестве лиц без определенных занятий (50,0%), не имеющих семьи (31,6%), без определенного места жительства (6,8%).

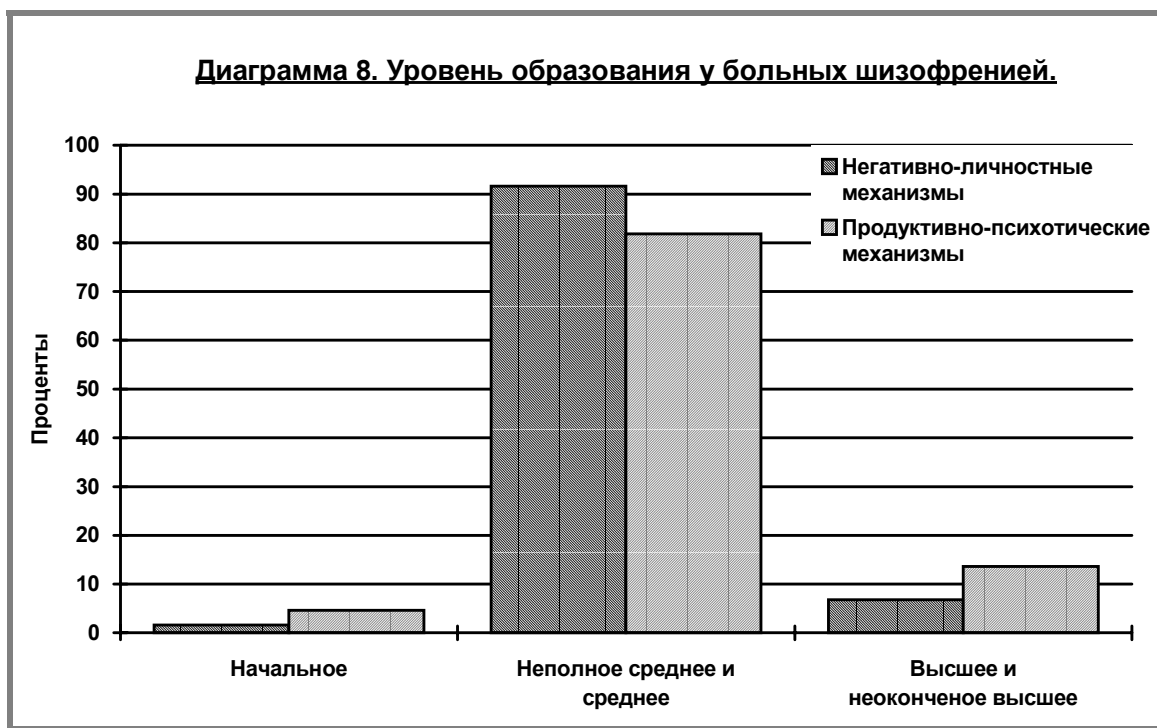
Обращает на себя внимание отягощенность основного заболевания у этих пациентов “микстной” патологией (81,6%). Каждый второй больной употреблял психоактивные вещества. Особенно выражен тропизм у этих больных к препаратам опия (чаще кустарно приготовленных — “ширка”, “химширка”). Очень редко отмечается мононаркотизм, как правило, больные прибегают к сочетанному употреблению наркотиков с использованием других психоактивных веществ. Смесь препаратов и веществ сменяют друг друга настолько часто и бессистемно, что

зачастую не удается выявить предпочтительный наркотик. К моменту совершения ООД и направлению на принудительное лечение данная группа больных (составляющая 41% от общего количества исследуемых) имела психическую зависимость от различных психоактивных веществ. Что касается физической зависимости, то, как правило, она не наблюдается при поступлении на принудительное лечение, т.к. абстинентный синдром купировался на этапе предварительного следствия.



Органические поражения ЦНС в преморбиде отмечены у 13,2% пациентов, сочетание органической патологии с зависимостью от психоактивных веществ выявлено в 17,9% наблюдений.

Социально-личностная структура пациентов 2 группы характеризовалась в большинстве наблюдений, просоциальной направленностью.



13,6% среди них имели высшее или незаконченное высшее образование, 75% больных выросло в полноценных родительских семьях с благополучным социальным окружением. Лишь в 20,8% наблюдений в преморбиде имелась асоциальная ориентация. Удовлетворительная социально-трудовая и семейная адаптация была сохранена почти у половины из них вплоть до совершения криминала. Подавляющее большинство (88,2%) больных этой группы совершило ООД впервые и не имело предшествующего опыта общения с криминальными личностями.

При анализе сопутствующей патологии, отраженном в диаграмме 7, обращает на себя внимание то, что наркомании встречаются в 2 раза реже, чем у больных 1 группы, имеются лишь единичные случаи наркоманий и токсикоманий. Однако у пациентов 2 группы в 2 раза чаще в преморбидном периоде отмечены различные органические поражения ЦНС.

При клиническом исследовании больных установлено преобладание пациентов с параноидной формой (89,6%) и непрерывно-прогредиентным течением (70,0%) шизофренического процесса.

Анализируя данные диаграммы 10 следует отметить, что пациенты с параноидной формой шизофрении (бредовый, галлюцинаторно-бредовый вариант) достоверно чаще совершают ООД по продуктивно-психотическим механизмам. Среди больных, совершивших ООД по негативно-личностным механизмам, 40,5% болели параноидной шизофренией от 6 до 14 лет и неоднократно лечились в психиатрических стационарах.

Пациенты, совершившие ООД по продуктивно-психотическим механизмам, в 60% случаев страдали шизофренией до 5 лет, а в 34,5% случаев диагноз “шизофрения” был впервые выставлен лишь после совершения деликта.

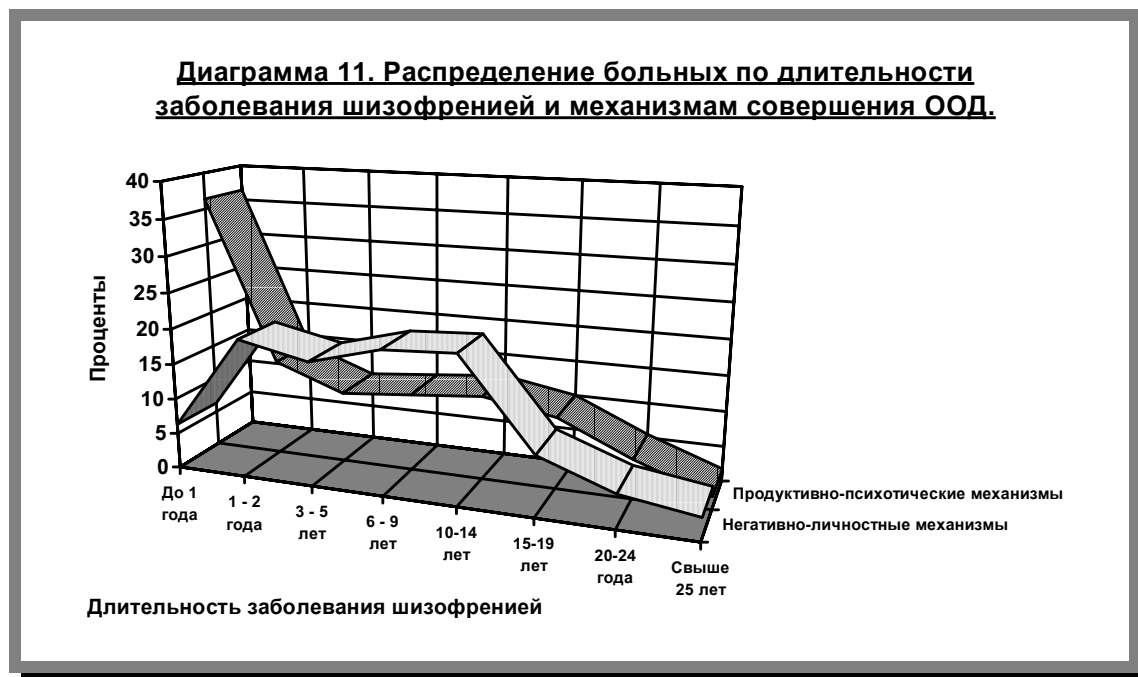
Анализируя синдромальный состав больных ко времени совершения ООД (диаграмма 3), выявлено, что подавляющее большинство среди них



сконцентрировано в 3-х группах: больные с преобладающими психопатоподобными синдромами (45,3%), с галлюцинаторно-бредовым симптомокомплексом (43%) и с шизофреническими изменениями личности (9,3%).



Установлена также корреляция между механизмом совершения ООД и доминирующим на период совершения деликта психопатологическим синдромом. В группе больных, совершивших ООД по негативно-личностным механизмам, преобладали пациенты с непсихотическими синдромами (психопатоподобный — 71,5% и шизофренические изменения личности — 14,8%), в группе лиц с продуктивно-психотическими механизмами — с психотическими, среди которых



97,2% составили больные с галлюцинаторно-бредовым симптомокомплексом.

Выявленная неоднородность больных шизофренией, совершивших ООД по механизмам совершения деликта, клинико-психологическим и социальным характеристикам послужила основой при разработке и обосновании новой концепции реабилитации в условиях принудительного лечения.

Глава 4. Комплексная характеристика больных шизофренией в процессе принудительного лечения

Изучение динамики психического состояния больных шизофренией на протяжении принудительного лечения позволило выделить четыре этапа, согласно которым приводится ее описание.

- 1 — адаптационно-диагностический этап**
- 2 — этап стабилизации состояния**
- 3 — этап реконвалесценции**
- 4 — этап закрепления и подготовки к выписке.**

Подробная характеристика выделенных этапов будет дана в 5 главе. В данном разделе описана динамика психического состояния больных шизофренией в выделенных клинических группах на каждом этапе.

Клиническая характеристика.

Клиническая динамика больных шизофренией, совершивших общественно-опасные действия по продуктивно-психотическим механизмам.

Эта группа больных представлена пациентами с параноидной шизофренией и доминирующими в клинической картине ко времени совершения ООД бредовыми или галлюцинаторно-бредовыми расстройствами. Общая клиническая и социальная характеристика этих пациентов изложена во второй главе. В дополнение необходимо отметить, что 63,6% лечились в психиатрических больницах со строгим наблюдением, где в среднем до перевода в отделение с усиленным наблюдением пробыли $6,5 \pm 2,3$ года. Остальные больные, как правило, находились в отделении с усиленным наблюдением.

В результате проведенного анализа клиники и динамики психических нарушений у больных в процессе принудительного лечения выделено *две подгруппы*.

- **В 1 подгруппу** отнесены пациенты, у которых в результате лечения наступило значительное улучшение психического состояния, соответствующее ремиссии “В” (по М.Я. Серейскому, 1939 г.) — 46 человек.
- **Во 2 подгруппу** — больные, психическое состояние которых квалифицировалось как ремиссия “С” — 58 человек.

Пациенты с ремиссией “Д” представлены единичными случаями (3 человека), в связи с чем в данном исследовании рассматриваться не будут. Такое разделение на клинические подгруппы согласуется с имеющимися исследованиями Ю.А. Ильинского (1987) и Б.В. Шостаковича (1987).

Особенности клинической динамики больных шизофренией первой подгруппы.

При изучении анамнеза и клинического состояния этих пациентов в динамике выявлено, что они страдали шизофреническим процессом менее 6 лет, а у 1/3 “шизофрения” была диагностирована впервые лишь после совершения общественно-опасного действия. В 58,7% случаях заболевание имело приступообразно-прогредиентное течение, в 41,3% — непрерывно-прогредиентное. В манифестном периоде преобладали, как правило, аффективно-бредовые расстройства.

На первом этапе принудительного лечения состояние больных характеризовалось выраженной аффективной насыщенностью, систематизированностью бредовых идей, их конкретностью, подчиненностью поведения бредовой фабуле, особенно отчетливо выраженной в случае совершения ООД по мотивам бредовой мести или борьбы. Если в клинической картине имели место галлюцинаторные переживания (чаще всего императивного или оскорбительного характера), источником которых, как правило, являлись реальные лица, то на первом этапе они чрезвычайно мучительно переживались больными. Критика к содеянному и своему состоянию отсутствовала. Бредовые переживания сопровождалась реактивно обусловленной тревогой, напряжением, страхом за свою жизнь. Особую опасность представляли больные, в клинической картине которых доминировали бредовые переживания персекуторного характера с прямой бредовой мотивацией и тревожно-аффективный синдром. Как правило, они первоначально госпитализировались в психиатрическую больницу со строгим наблюдением.

На втором этапе принудительного лечения, несмотря на проводимую терапию, интенсивность психотических расстройств оставалась значительной, поведенческие особенности диктовались содержанием бредовых и галлюцинаторных переживаний, отсутствовала критика к своему состоянию и совершенному ООД. Однако, под воздействием терапии на протяжении этого этапа постепенно редуцировались реактивные наслоения: уменьшалась тревога, напряжение, страх и аффективная окрашенность бредовых и галлюцинаторных переживаний. К концу второго этапа, который длится около 6—8 месяцев, психическое состояние больных начинало постепенно стабилизироваться.

На третьем этапе принудительного лечения под воздействием терапии происходило обратное развитие бредовой симптоматики, дезактуализация и распад феномена персекуторности, что вело к снижению бредовой активности. Появлялась частичная критика к своему состоянию и совершенному деянию, происходило формирование ремиссии. Выход в ремиссию сопровождался, как правило, депрессивным аффектом, у 5 больных были суицидальные высказывания и попытки.

Наступление стойкой ремиссии у большинства пациентов наблюдалось спустя 1,5—2 года с момента поступления на принудительное лечение. Угасание продуктивной психопатологической симптоматики шло, как правило, через диссимуляцию. Причем, прослеживалась четкая зависимость вида диссимуляции от давности шизофренического процесса. У больных с давностью заболевания до 10 лет, когда еще не угасли творческие способности личности (такие больные доминируют в описываемой группе) преобладали активные формы защиты, чаще путем психологически понятых объяснений. У пациентов с большей давностью шизофренического процесса отмечались, как правило, пассивные формы

диссимуляции по типу отрицания бредовых переживаний и полного непонимания предъявляемой информации о совершенном ООД. Кроме того, на третьем этапе имело место ситуационная лабильность, с особой яркостью выраженная в реактивной для больного ситуации. Однако при этом обострение симптоматики чаще всего не поднималось выше регистра аффективных расстройств, в единичных случаях имело место возвращение психотической симптоматики, но в редуцированном виде. По мере созревания ремиссии на первый план в психическом статусе выступали изменения личности по шизофреническому типу: утрачивалась эмоциональная гибкость, нарастала интравертированность, появлялась некоторая причудливость облика, моторики и поведения, духовная связь с родственниками постепенно угасала.

Таким образом, на третьем этапе происходило разрушение систематизированных бредовых построений с распадом иерархии бредовых мотивов. Актуальность бреда значительно снижалась, и параноидные переживания не отражались на поведении больного. По мере редукции продуктивной симптоматики появлялось критическое отношение к своему состоянию и совершенному ООД. В психическом статусе на первый план выступали незначительные негативные изменения личности по шизофреническому типу. Имела место реактивная лабильность.

На четвертом этапе принудительного лечения психическое состояние больных соответствовало терапевтической ремиссии типа “В”. Галлюцинаторно-параноидная симптоматика редуцировалась, сглаживались аффективные колебания настроения, имелось критическое отношение к ООД и болезненным переживаниям, неагрессивное отношение больных к объектам бреда, отсутствовали диссимулятивные тенденции, появлялись реальные социально-трудовые установки на будущее. У подавляющего большинства больных это состояние оставалось стабильным в течение 8—12 месяцев и являлось клиническим показанием к снятию принудительного лечения.

Особенности клинической динамики больных шизофренией второй подгруппы.

Изучение архивных историй болезни и клинико-психологический анализ состояния пациентов в период принудительного лечения показал, что большинство этих лиц до совершения ООД страдало шизофренией более 10 лет и неоднократно лечилось в психиатрических стационарах. Шизофренический процесс у них отличался большей прогрессивностью и терапевтической резистентностью, чем у больных 1 подгруппы. В 89,7% случаев заболевание имело непрерывно-прогрессивное течение, в 10,3% — приступообразно-прогрессивное.

На первом этапе принудительного лечения психическое состояние этих пациентов определялось, главным образом, теми бредовыми или галлюцинаторно-параноидными переживаниями, которые составляли основу мотивов опасных действий. В отличие от больных 1 подгруппы аффективный радикал был менее выражен, ситуационные наслоения в виде тревоги, напряжения, страха были не столь остры и эмоционально окрашены. Критика к ООД и своему состоянию отсутствовала.

На втором этапе принудительного лечения, невзирая на проводимую антипсихотическую терапию, состояние больных претерпевало незначительные изменения, обусловленные редукцией реактивных наслоений. Эти пациенты реже,

чем больные 1 подгруппы совершали суицидальные попытки и высказывали суицидальные мысли. Критика к своему состоянию и совершенному ООД отсутствовала.

Третий этап принудительного лечения характеризовался редукцией галлюцинаторно-параноидного синдрома. Бредовые построения теряли свою стройность, становились аморфными, расплывчатыми, аффективно не заряженными. Система бреда распадалась на отрывочные бредовые идеи, между которыми постепенно утрачивалась логическая связь. Под воздействием лечения у пациентов постепенно распадались бредовая иерархия мотивов. Поведение больных все меньше диктовалось бредовыми идеями, а все больше определялось бытовыми потребностями и выраженностью эмоционально-волевых расстройств. Становление ремиссии сопровождалось, как правило, явлениями диссимуляции. Однако, в отличие от пациентов 1 подгруппы доминировали не активные ее формы, а пассивные в виде отрицания бредовых идей и своей вины в совершении ООД.

На первый план клинической картины все явственнее выступали негативные изменения личности с преобладанием утраты психической активности и продуктивности. На трудовых процессах пациенты выполняли те виды деятельности, которые не требовали творческого решения. Эмоциональные связи с родственниками либо утрачивались, либо носили формальный характер. Психическое состояние исследуемых в подавляющем большинстве случаев соответствовало нарастанию дефектных изменений параноидного, психопатоподобного и апато-абулического круга.

По данным проведенного исследования преобладали больные с формирующимся **параноидным вариантом дефектного состояния** — 50%. В клинической картине этих пациентов имели место редуцированные бредовые или галлюцинаторно-параноидные переживания. Психические автоматизмы были либо рудиментарны, либо появлялись эпизодически. У больных оставалась диффузная подозрительность, настороженность, недоверчивость к больным или медицинскому персоналу, постоянная готовность к бредовой интерпретации окружающего, имело место бредовое мировоззрение. Психопатологическая симптоматика усиливалась в реактивных для пациента ситуациях и сопровождалась колебаниями настроения, раздражительностью, тревогой и напряжением. Больные, как правило, были способны на этом этапе отделить свое “Я” от болезни, у них появлялась частичная критика к состоянию и совершенному ООД. Параноидные расстройства незначительно влияли на поведение.

На этом этапе часты диссимулятивные тенденции, т.к. бредовые идеи и галлюцинаторно-параноидные переживания обычно скрывались больными. Наряду с описанными проявлениями у пациентов отмечалась эмоциональная недостаточность, проявляющаяся в виде отсутствия эмоционального резонанса, опустошенности, а также нарушения мотивационных компонентов психической деятельности. Отмечался дефицит критичности при относительной сохранности формального интеллекта, который имел тенденцию к снижению по мере углубления дефекта. Кроме того у больных наблюдались нарушения в сфере мышления разной степени выраженности — от резонерства и непоследовательности до паралогичности и разорванности. В целом, к концу 3 этапа психическое состояние больных с параноидным дефектом оставалось стабильным 12—18 месяцев, что и служило клиническим показанием для подготовки больного к изменению меры медицинского характера.

Больные с *психопатоподобным вариантом дефектного состояния* составили 27,6% от общего числа пациентов 2 подгруппы. В клинической картине доминировали проявления психопатоподобного состояния возбудимого типа, не наблюдавшиеся у них в преморбидном периоде. На 3 этапе состояние этих пациентов определялось не столько продуктивной симптоматикой, сколько нарушениями негативного характера. Больные чаще всего были раздражительны, возбудимы, злобно-негативистичны, склонны к группированию с лицами, имеющими антисоциальный стереотип поведения, некоторые из них совершали побег. Состояние на этом этапе характеризовалось также аффективной неустойчивостью, неадекватностью эмоциональных проявлений, нарастающим огрубением личности.

К концу 3 этапа поведение у больных упорядочивалось, отсутствовала прогрессивная психопатологическая симптоматика, однако имели место ситуационно обусловленные колебания в аффективной сфере. Появлялась формальная критика к своему состоянию и совершенному ООД, которое носило чаще декларативно-рассудительный характер. Пациенты адаптировались к труду в отделении в ЛТМ. Такое состояние оставалось стабильным 6—10 месяцев и являлось клиническим показанием для подготовки больного к изменению меры медицинского характера.

Самую малочисленную группу (20,7%) составили больные с формирующимся *апато-абулическим вариантом дефектного состояния*. Они выделялись своей пассивностью, падением энергетического потенциала, малоподвижностью, отсутствием интереса к окружающим, плохой приспособляемостью к простым видам труда. У них практически отсутствовал интерес к родственникам и дальнейшей судьбе, критика к ООД и своему состоянию была формальной. Периодически пациенты были злобны, негативистичны, наблюдалась и рудиментарная психопатологическая симптоматика. К концу 3 этапа отсутствовали колебания в аффективной сфере и активная продуктивная симптоматика. Состояние оставалось стабильным 12—18 месяцев, что и служило показанием для изменения мер медицинского характера.

На 4 этапе принудительного лечения клиническая картина больных шизофренией с *параноидным типом дефекта* характеризовалась отсутствием актуальных бредовых идей и галлюцинаций, упорядоченным поведением, критикой к своему состоянию и совершенному опасному действию.

Психическое состояние больных шизофренией с *психопатоподобным дефектом* на заключительном этапе характеризовалось отсутствием колебаний в эмоциональной сфере или значительным его уменьшением, упорядоченностью поведения, положительной установкой к труду. Вместе с тем имели место характерные для шизофренического процесса нарушения в эмоционально-волевой сфере и сфере мышления, которые были компенсированы.

У больных с *апато-абулическим дефектом* доминировали признаки редукции энергетического потенциала. Их поведение было однообразным, стереотипным, они были безразличны к окружающим, редко интересовались семьей и своим будущим. У них отсутствовала активная психопатологическая симптоматика и аффективные колебания. Критика к своему психическому состоянию и совершенному ООД была формальной.

Типичен следующий случай.

Больной С., 47 лет, находился на принудительном лечении в связи с совершенным убийством. Из анамнеза известно, что родился третьим по счету в многодетной крестьянской семье. Младший брат больного страдал психическим заболеванием. С. в детстве развивался правильно. В 8 лет пошел в школу, окончил только 8 классов, т.к. учеба давалась с трудом, и были плохие материальные условия. После школы окончил профессионально-техническое училище по специальности каменщик. В течение 2-х лет работал каменщиком-штукатуром, последующие 2 года — на стройучастке пароходства. В 21 год был призван на службу в армию, где окончил годичную школу и получил специальность авиационного механика. По окончании службы заключил договор и служил сверхсрочно в воинской части в должности авиамеханика до 28 лет.

Первый раз женился в 20 лет. С первых дней совместной жизни ревновал жену, которая оставила его через год после рождения ребенка. Второй раз женился в 24 года, от этого брака имеет сына. Постоянно ревновал жену, требовал, чтобы она поменяла место работы. В это время стал злоупотреблять алкогольными напитками. Был уверен, что жена изменяет ему с соседом, за что нанес тому порезы ножом. Заметил также, что в городе появилась “шайка”, которая преследует его и хочет избить. Подозревал их связь с женой. Будучи в нетрезвом состоянии вместе с братом издевался над женой, душил ее, ставил к стенке и угрожал убийством. Затем собрал все вещи и куда-то уехал, но потом возвратился. Побил все двери и окна. После этого уволился со сверхсрочной службы в армии, чтобы следить за женой, т.к. к тому времени появилась уверенность, что она ведет переписку с другом детства и хочет его оставить. В связи с этим понизилось настроение, не видел смысла в жизни, совершил суицидальную попытку (проглотил измельченное лезвие). Был госпитализирован в Днепропетровскую психоневрологическую больницу, где утверждал, что жена изменяет ему, что в городе создана “шайка”, которая преследует и избивает его. Около 2-х месяцев лечился в отделении, откуда был выписан с диагнозом “шизофрения, параноидная форма, непрерывное течение, ремиссия “В”.

Жена оставила его и уехала с ребенком к родным. Через год С. женился третий раз, от брака имеет дочь. В течение 11 лет работал на одном месте штукатуром, характеризовался положительно. Работа была связана с частыми командировками. В течение 9 лет жил в согласии с женой, построил дом, купил дачу. За год до совершения правонарушения стал интересоваться у окружающих не изменяет ли ему жена, внезапно возвращался из командировки и искал в доме любовника. Заметил, что жена избегает близости с ним, в связи с чем сделал вывод, что она “заразилась венерическим заболеванием или занимается онанизмом”. С фотографиями жены ходил к гинекологу, чтобы тот “по внешнему виду определил, занимается ли она мастурбацией”. Постоянно следил за женой, контролировал время ее прихода с работы. Если жена ездила в командировку, проверял ее билеты, сопоставлял даты, чтобы убедиться, что она не заезжала к любовнику. В последнее время ревновал ее к соседу по даче, отмечал, что чувствовал, как тот насмехается над ним, “плохо влияет”. В день совершения правонарушения этот сосед зашел к ним в дом и был убит нашим больным.

В связи с сомнением в его психическом состоянии был направлен на судебно-психиатрическую экспертизу.

Во время пребывания в экспертном отделении холодно, без сожаления говорил о совершенном правонарушении. Обвинял потерпевшего в любовной связи с женой, не отрицал, что ревновал ее. Подробно излагал, как он следил за поведением жены и находил в нем подтверждение ее супружеской неверности. Коррекции суждения больного не поддавались. Критика к своему психическому состоянию и совершенному правонарушению отсутствовала.

Заключение СПЭК: С. страдает шизофренией, параноидной формой, невменяем. Нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице специального типа.

При поступлении в психиатрическую больницу специального типа установлено, что больной страдает пиелонефритом (имеется заключение уролога). Жалуется на боли в поясничной области. Патологии сердца и легких не выявлено. АД 130/85 мм рт.ст. Неврологический статус без патологии.

Психический статус. При поступлении отрицал у себя психическое заболевание. Был уверен в измене жены. Неприязненно отзывался о пострадавшем, утверждал, что тот смеялся над ним “хотел разбить семью”. Этим мотивировал совершенное правонарушение. Отмечал наступившее “облегчение” после убийства. Был уверен в том, что и первые две жены изменяли ему. Первые месяцы в отделении был молчалив, угрюм, отмечались колебания в эмоциональной сфере с преобладанием депрессивного аффекта. Активно высказывал бредовые идеи ревности, проявлял упорство и известную изобретательность в приведении доводов. К жене относился негативно.

Затем эти переживания стали терять актуальность для больного. В результате лечения он стал мягче, настроение улучшилось, охотно начал трудиться в мастерских. Говорил о том, что жена его ждет, не изменяет в его отсутствии, т.к. с ней живет ее мать и дочь. Вместе с тем, оставалась обида на всех трех жен, которые “пренебрегали” им и предпочитали других мужчин. Периодически утверждал, что последняя жена “кокетничала” с пострадавшим и “притворялась” наивной, в чем он ее по-прежнему винил. Врачу говорил, что не интересуется выпиской домой, т.к. хочет, чтобы жена испытала все бытовые трудности и в последующем ценила его заботу и труд. Наряду с этим установил связь с семьей, охотно выходил на свидания с женой, интересовался успехами дочери в учебе. Через 3 года у больного появилась частичная критика к своему состоянию. Стал мягче говорить о жене, считал, что она “получила урок за кокетство”, простил ей все. В беседах бредовых идей не высказывал, аккуратно принимал медикаменты. Интересовался выпиской, строил реальные планы на будущее, систематически работал в ЛТМ. Аффективных колебаний, агрессивных и аутоагрессивных тенденций отмечено не было.

На первый план в психическом статусе выступали негативные изменения личности. Такое состояние было стабильным около 2 лет. Больной был представлен на комиссию, которая рекомендовала изменение меры

медицинского характера — перевод в отделение со строгим режимом наблюдения.

Психическое состояние на протяжении всего периода нахождения в отделении со строгим наблюдением оставалось стабильным. Бредовые идеи ревности инкапсулировались, потеряли свою актуальность. Критика к своему состоянию и совершенному ООД формальна. Вину жены видел лишь в том, что она “кокетничала” с потерпевшим. Намерен сохранить брачные отношения, восстановиться на прежнем месте работы.

В психическом статусе преобладали негативные изменения, подтвержденные психологическими исследованиями. В сфере мышления отмечены искажения процессов обобщения с актуализацией латентных признаков, неадекватность ассоциативных связей. Эмоциональные проявления тусклые, не вполне адекватные. Нарушены критические способности.

Решением суда принудительное лечение было снято через год пребывания в отделении с усиленным режимом наблюдения. С диагнозом “шизофрения, параноидная форма, параноидный синдром, смешанный тип дефекта” больной был выписан домой в сопровождении жены.

В приведенном наблюдении общественно-опасное деяние (убийство) совершено больным параноидной шизофренией с систематизированным бредом ревности. Механизм совершения — продуктивно-психотический с бредовой мотивацией (бредовая месть). В течение 7 лет пациент находился на принудительном лечении. За этот период психическое состояние претерпело определенные изменения.

В первые месяцы пребывания в больнице специального типа в клинической картине доминировали систематизированные бредовые идеи ревности. Они были стойкими, “основывались” на своеобразных доказательствах, сопровождалась аффективными расстройствами в виде депрессии. Поведение определялось бредовой фабулой. Критика к своему психическому состоянию и совершенному правонарушению отсутствовала. Затем под воздействием терапии поблекла аффективная окрашенность бредовых переживаний, которые постепенно становились аморфными и расплывчатыми. Бредовая система распалась на отрывочные бредовые идеи, которые все меньше и меньше определяли поведение больного. Через 3 года у него появилась частичная критика к своему состоянию, бредовые идеи потеряли свою актуальность и аффективную насыщенность. На первый план стали выступать негативные изменения личности. Состояние было стабильным около 2 лет, и больной был переведен в отделение с усиленным режимом наблюдения. В течение года у нашего пациента отсутствовали актуальные бредовые идеи и аффективные колебания. Поведение определялось реально-бытовыми потребностями. Имелась формальная критика к перенесенному состоянию и совершенному правонарушению. Больной был пассивен, эмоциональные проявления тусклы, имелись нарушения в сфере мышления. Принудительное лечение было снято.

Анализ данного случая позволяет выделить описанные выше этапы клинической динамики шизофренического процесса на протяжении принудительного лечения и соответственно этому проводить реабилитационно-терапевтические мероприятия.

Клиническая динамика больных шизофренией, совершивших общественно-опасные действия по негативно-личностным механизмам.

В группе больных шизофренией, совершивших ООД по негативно-личностным механизмам, преобладали пациенты с непсихотическими синдромами, среди которых доминировали психопатоподобный (71,5%) и шизофренические изменения личности (14,8%). Общая клинико-социальная характеристика этого контингента больных, а также особенности их общественно-опасных действий изложены в главе 3.

Клиническая динамика больных шизофренией с преобладающими психопатоподобными синдромами.

Данная группа больных была представлена лицами с параноидной или простой формой шизофрении, с доминирующей в клинической картине во время совершения ООД психопатоподобной симптоматикой. При анализе собственных наблюдений выявлено, что число больных с психопатоподобным синдромом ко времени совершения ООД является преобладающим, что соответствует общепринятому мнению о наивысшем “коэффициенте криминальности” среди этой категории пациентов (Ф.В.Кондратьев, 1979).

Обобщая их клинико-социальные особенности, необходимо еще раз подчеркнуть, что асоциальные преморбидные личностные установки проходят красной нитью через весь анамнез больного. 42,6% среди них имели криминальный опыт до болезни, преобладали пациенты с неполным средним и средним образованием (91,6%).

На момент совершения ООД 50% обследованных не работали. Чаще всего лица данной группы совершали имущественные действия, причем значительная их часть (36,8%) совершалась повторно. При повторных деликтах имела тенденция к нарастанию имущественных правонарушений. Что касается психопатологических механизмов совершения криминала, то первичные ООД совершались этими пациентами по негативно-личностным механизмам, а повторные в 85,7% случаев по типу “клише”. В большинстве наблюдений (72,6%) криминальные деяния носили инициативный характер и были обусловлены, как правило, дефицитом высших эмоций. Ситуационно-спровоцированные ООД встречались значительно реже и в основном были обусловлены эмоциональной бесконтрольностью, значительно реже — пассивной подчиняемостью больного.

При рассмотрении клинической динамики пациентов с преобладающими психопатоподобными синдромами выявлена их неоднородность, имеющая принципиальное значение для терапевтической тактики в процессе принудительного лечения.

Целесообразность разделения “чистого” психопатоподобного дефекта и феноменологически сходных с ним сложных психопатологических образований, складывающихся из рудиментарно-резидуальной продуктивной симптоматики и преморбидных особенностей личности, высказывалась многими авторами (О.Е. Фрееров, 1961; М.Н. Кабанов, 1967; Л.Л. Рохлин, 1970; Ф.В. Кондратьев, 1973, 1979; Д.Е. Мелехов, 1973 и др.). Данный подход использовался и в нашем исследовании.

Проследивая статику и динамику клинических проявлений, нами было выделено 2 подгруппы больных с психопатоподобным синдромом:

- **1 подгруппа** — больные с психопатоподобными синдромами, в клинической картине которых имеются признаки текущего процесса.
- **2 подгруппа** — больные с психопатоподобной ремиссией.

У большей части пациентов **1 подгруппы**, представленной 110 больными (80,9%), наряду с преобладающим психопатоподобным синдромом имелась и продуктивная симптоматика, отличающаяся своим полиморфизмом и непостоянством. Для этих больных наиболее характерно совершение общественно-опасных действий на инициальной стадии шизофренического процесса с непрерывно-прогредиентным течением и в первых ремиссиях приступообразно-прогредиентного течения параноидной шизофрении с давностью заболевания не более 10 лет.

2 подгруппа была представлена меньшей частью пациентов (26 человек — 19,1%). Для них характерны более длительные сроки заболевания. В значительной степени их антисоциальное поведение было обусловлено в силу имеющегося шизофренического процесса, личностной дискордантностью, пренебрежительным отношением к общепринятым социальным нормам, недостаточной способностью прогнозировать результаты своей деятельности, низким уровнем самоконтроля и одновременно завышенной самооценкой и уровнем притязаний. В ряде случаев криминальная деятельность этих больных носила черты профессионализма.

Особенности клинической динамики пациентов с признаками текущего процесса.

Психопатоподобные состояния с преобладанием повышенной возбудимости и патологии влечений.

Манифестация заболевания у этих пациентов чаще всего совпадала с подростковым возрастом и имитировала проявления патологического пубертатного криза. В анамнезе очень часто отмечались девиантные и делинквентные формы поведения со склонностью к оппозиционному отношению к близкому окружению и обществу, к злоупотреблению психоактивными веществами, расторможенностью и извращенностью влечений. До совершения первого общественно-опасного деяния они либо находились вне поля зрения психиатров, либо наблюдаются в ПНД с диагнозом “психопатия”, “алкоголизм”, “наркомания”. Каждое второе ООД совершалось ими в состоянии алкогольного опьянения. Преобладали повторные правонарушения, как правило, имущественные.

На первом этапе принудительного лечения в клинической картине пациентов преобладали расторможенность, эксплозивность, брутальность, нередко сочетающиеся с аффективной напряженностью. Наряду с этим имела место склонность к резонерству, элементы паралогичности, некоторая манерность, парамимия. За этим фасадом нередко выявлялись несистематизированные, рудиментарные бредовые идеи отношения, преследования, сверхценные образования, эпизодические элементы психических автоматизмов. Кроме того, имели место реактивные наслоения различной степени выраженности, обусловленные стрессогенной ситуацией адаптационного периода. У большинства пациентов отмечалась вспыльчивость, бурные аффективные реакции, дурашливость, вербальная и переадресованная агрессия, конфликтность, нарушения

режима отделения, утрата морально-этических норм. С особой яркостью эти проявления выражены у пациентов, заболевание которых осложнено полинаркоманией и токсикоманией. С целью викарной наркотизации они чаще всего требовали у персонала препараты транквилизирующего действия, корректоры (циклодол, паркопан), “чифир”. Клиническая картина больных с преобладающей патологией влечений определялась не только психопатологическими нарушениями эндогенного генеза, но и психической зависимостью от психоактивных веществ, изменяющей клиническую патофизику и зачастую определяющую поведение этих пациентов.

На втором этапе принудительного лечения дальнейшая динамика характеризовалась редукцией психопатологических проявлений реактивной природы. На первый план в клинической картине все отчетливее выступали процессуальные позитивные симптомы и негативные изменения личности. Психическое состояние неустойчиво: больные периодически аффективно напряжены, угрюмы, раздражительно озлоблены, конфликтны, отказываются от лечения. Выражена тенденция к частым колебаниям настроения, агрессивности, импульсивности, расторможенности низших влечений. В большинстве случаев отношение к медперсоналу носило оппозиционный характер с не критичными защитными тенденциями, выраженной аффективной фиксацией на факте помещения в стационар. У больных имели место реакции протеста и тенденция к группированию с асоциальными лицами. Обращает на себя внимание, что на этом этапе грубое психопатоподобное поведение маскировало наличие отрывочных бредовых идей отношения, преследования, эпизодические обманы восприятия, явления дисморфофобии, сочетающиеся с отсутствием критического отношения к совершенному ООД, своему состоянию и поведению в целом.

Наряду с этим при тщательном клиническом обследовании выявлялись и негативные изменения. Чаще всего это были расстройства мышления с жалобами на снижение умственной работоспособности, затруднения концентрации внимания и сосредоточенности мыслей, чувство “пустоты в голове”, “растерянности, несвежести, разбитости, тупости”. Отмечались ипохондрические расстройства с жалобами на неприятные ощущения в голове (шевеление, опухание мозга).

Пациенты, у которых имелась зависимость от алкоголя или медикаментозных средств (чаще всего с антипаркинсоническим и холинергическим действием), анальгетиков, гипнотических препаратов барбитурового ряда, транквилизаторов в условиях отрыва от них постоянно жаловались на вялость, слабость, плохое настроение, общую скованность, недостаток энергии и просили им назначить что-либо из перечисленных препаратов или требовали их у медперсонала. Если это не удавалось, они пытались купировать состояние “чифиром”, который употребляли для достижения стимулирующего или эйфоризирующего эффекта.

На 1 и 2 этапах особенно велика вероятность побега из отделения.

На 3 этапе принудительного лечения происходило сглаживание аффективной напряженности. Отрывочные бредовые и галлюцинаторные переживания инкапсулировались, психопатоподобная симптоматика становилась более полиморфной, изменения личности более выраженными. У больных, совершивших ООД по негативно-личностным механизмам типа ситуационно-спровоцированных, на первый план выступали реальные обиды и претензии к медперсоналу, родственникам, потерпевшим. Трактовка ситуации, в зависимости от

личностных особенностей пациентов и их жизненного опыта, была неоднозначна и имела различную аффективную насыщенность.

В процессе лечения происходило сглаживание аффективной напряженности, дезактуализация бредовых и сверхценных идей, нивелирование сенесто-ипохондрических, дисморфофобических и других синдромов. Редукция вышеописанных симптомокомплексов наступала в течение 8—14 месяцев лечения. Поведение больных упорядочивалось, угасал психопатоподобный радикал. Больные включались в систематические трудовые процессы, психокоррекционные программы. Однако на 3 этапе имела место ситуационная лабильность в психогенно-травмирующей для больного ситуации. У пациентов наблюдались состояния по типу декомпенсации с заострением свойственных им психопатоподобных расстройств с переоценкой личности, рудиментарными бредовыми идеями, резонерством, депрессивными и ипохондрическими расстройствами.

На 4 этапе принудительного лечения на фоне выраженных изменений личности, обеднения и огрубения эмоциональности с ослаблением эксплозивности все ярственнее контурировалась ригидность психических процессов, труднокорректируемость суждений, сужение круга интересов, ослабление волевых усилий, утрата эмоционального резонанса. Ситуационная лабильность практически отсутствовала. Данное состояние соответствовало собственно психопатоподобному дефекту.

Констатация отсутствия процессуальной симптоматики, ситуационной лабильности и стабилизации состояния в виде психопатоподобного дефекта может служить клиническим показанием постановки вопроса об изменении мер медицинского характера. Хотя и по нашим наблюдениям и по многочисленным литературным данным наличие дефектной симптоматики этих больных не всегда приводило к снижению их социальной опасности. В этом состоянии имели место частые контакты с асоциальными личностями, в кругу которых совершались повторные ООД, о чем свидетельствует значительная доля противоправных деяний, совершенных в ремиссии с психопатоподобным дефектом.

Психопатоподобный синдром с полиморфными проявлениями.

В структуре психопатоподобного состояния у таких больных практически невозможно выделить облигатный синдром. Клиническая картина складывалась из “осколков” многих синдромов. У больных отмечались неустойчивость настроения, носившая фазово-биполярный характер, вспыльчивость, гневливость, дурашливость. Имели место сверхценные образования, сензитивные идеи отношения, ипохондрические включения, явления навязчивости. Для этих больных характерна алкоголизация в анамнезе и церебрально-органическая патология. Поэтому в их клинической картине сочетались эндогенные и экзогенные симптомокомплексы, требующие индивидуальной терапевтической тактики с учетом степени выраженности каждого из них.

В связи с отсутствием ярко выраженного стержневого синдрома и многовариантности комбинаций, описать динамику трудно, хотя общие закономерности течения процесса остаются аналогичными описанным в предыдущем варианте.

На 1 этапе отмечалась реакция больных на стрессогенную ситуацию — перевод в отделение на принудительное лечение и адаптация в нем. При этом имелось обострение процесса с преобладанием симптомов реактивного генеза.

На 2 этапе динамика клинических проявлений характеризовалась редукцией психогенных наслоений. В клинической картине отчетливо проявлялись процессуальные позитивные симптомы и негативные изменения личности, вскрытые на первой стадии психогенными проявлениями.

3 этап характеризовался угасанием активной продуктивной психопатологической симптоматики, формированием резидуальных постпсихотических образований с выраженным феноменом ситуационной лабильности. Наряду с резидуальной позитивной симптоматикой в клинической картине все отчетливее выявлялись негативные изменения личности, которые на 3 этапе, как правило, и определяли состояние больного.

На 4 этапе клиническая картина соответствовала состоянию терапевтической ремиссии.

Необходимо отметить, что на 1 этапе психическое состояние несет на себе печать индивидуальности больного, его преморбидных особенностей, установок, облигатного психопатологического синдрома. С особой четкостью это проявляется у пациентов с давностью шизофренического процесса не более 10 лет и находящихся на принудительном лечении впервые. По мере нарастания длительности заболевания все больше и больше нивелируются индивидуальные различия пациентов и типологические отличия синдрома, в особенности, если больные в преморбидном периоде злоупотребляли наркотическими препаратами и имели церебрально-органическую патологию.

К 4 этапу в большинстве наблюдений очень трудно выделить облигатные синдромы, позволяющие квалифицировать какой-либо вариант психопатоподобного состояния. В клинической картине этих больных преобладали негативные изменения личности.

Описанная синдромальная динамика психопатоподобного состояния соответствует клинической характеристике больных, совершивших ООД на инициальной стадии шизофренического процесса или на стадии развернутых проявлений заболевания. Однако часть пациентов совершила криминальные действия в ремиссии, и динамика их состояния на принудительном лечении не полностью укладывается в закономерности, описанные выше.

В связи с этим следует отметить, что “чистый” дефект, в том смысле, который вкладывал в него G.Huber (1964, 1968), определяющий его как “неспецифическое снижение общепсихического энергетического уровня: витальная и интеграционная слабость, недостаточность целенаправленности, интолерантность к нагрузкам, снижение возможностей контактов с окружающими” в практике проведения принудительного лечения встречается нечасто. По-видимому, это связано с тем, что видоизменяют картину психического состояния различные экзогенные вредности в анамнезе пациентов. Среди них, прежде всего, хроническая интоксикация алкоголем и наркотическими веществами, черепно-мозговые травмы, нередко имеющие место у лиц с психопатоподобными состояниями.

Эти факторы приносят атипичность в клиническую картину шизофрении, особенно в стадии дефекта, в результате чего создается эффект “псевдосохранности” таких больных. Выступающие на первый план регрессивная синтонность, “аутизм наизнанку”, псевдоэкстравертированность, расторможенность влечений, эксплозивные проявления и пр. маскируют нарастающий регресс склада личности, который в первую очередь характеризуется

значительной утратой психической активности и продуктивности, а также глубоким ущербом в сфере интересов и побуждений.

Особенности клинической динамики пациентов с психопатоподобной ремиссией.

Пациенты, совершившие общественно-опасные действия в состоянии психопатоподобной ремиссии, представлены значительно меньшим количеством наблюдений (26 человек). Их основной феноменологический рисунок во многом сходен с описанными выше психопатоподобными расстройствами в рамках непрерывно-текущей шизофрении. В клинической картине этих больных на первый план выступают изменения личности. Пациенты выделяются своей развязностью, грубостью, несдержанностью, склонностью к конфликтам.

На 1 этапе принудительного лечения этим больным была свойственна гневливость, конфликтность, эмоциональная холодность, расторможенность влечений, брутальность, дезорганизованность в поведении. Они быстро адаптировались в отделении и группировались с пациентами, имевшими психопатоподобные форматы поведения. Критика к состоянию и правонарушению отсутствовала.

На 2 этапе принудительного лечения существенных изменений в клинической картине не наблюдалось. Пациенты часто давали реакции с элементами протеста и негативизма, напоминая таковые у лиц с возбудимой психопатией. У злоупотребляющих наркотическими препаратами выраженная психическая зависимость от них существенно влияла на поведение. Часто в среде этих больных доминировали ценности криминального мира. На первых двух этапах у этих пациентов особенно часты побеги и проявления агрессии.

На 3 этапе принудительного лечения при успешности реабилитационных мероприятий, пациенты становились менее раздражительны и гневливы, злобнонегативистические реакции возникали, как правило, только в стрессогенной для них ситуации. Состояние возбуждения, недовольства, напряженности все чаще сменялось периодами вялости и безразличия, бедностью эмоциональных переживаний, нарастающим огрубением. Они включались в трудовые процессы. К концу 3 этапа поведение больных носило упорядоченный характер, критика к состоянию и правонарушению была частичной или формальной, социально-трудовые установки положительны.

На 4 этапе принудительного лечения отсутствовали реакции негативизма, протеста, злобы. Поведение с медицинским персоналом, родственниками, больными было упорядоченным, реальны планы на будущее, социально-трудовые установки положительны.

В данном разделе приведена классическая модель клинической динамики больных шизофренией с психопатоподобным уровнем поражения. К сожалению, часть этих больных не проходит последовательно все четыре этапа принудительного лечения. Чаще всего это связано с тем, что на первых этапах ими совершаются побеги и пациенты успешно адаптируются на асоциальном уровне, совершая новые ООД. Некоторые пациенты совершают агрессивные действия, провоцируют побеги и нарушения режима в отделении. В этих случаях они переводятся в отделения с более строгим режимом наблюдения.

Приводим типичный пример.

Больной Д., 38 лет. Из анамнеза известно, что родился в семье рабочих первым из двух детей. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Рос и развивался, не отставая от сверстников. В детстве перенес черепно-мозговую травму. В школе учился с 7 лет, окончил 8 классов. Поступил в техникум. С 15 лет стал груб, развязен, дерзок, время проводил среди асоциальных подростков. В 18 лет был привлечен к уголовной ответственности за хулиганство, но был оправдан. После 1 курса оставил учебу в техникуме и больше не возобновлял ее. Успешно отслужил в армии. После демобилизации в течение 2 лет работал монтажником. Когда ему было 22 года, то на его глазах погибло 4 человека. Тяжело перенес случившееся. После этого испытывал страх, тревогу, не спал ночами, резко снизилось настроение, не мог работать. В течение последующего года не имел постоянного места работы, подрабатывал музыкантом в ресторане. Тягостное настроение и неприятное ощущение пытался купировать алкоголем, хотя плохо переносил его. Время проводил в антисоциальной компании. Привлекался для профилактического лечения от сифилиса, но уклонялся от него, за что был осужден. После освобождения из исправительно-трудовой колонии нигде не работал, вел асоциальный образ жизни. Вновь был привлечен к уголовной ответственности за нанесение телесных повреждений. Во время нахождения в колонии стал испытывать неприятные ощущения в желудке, заявлял, что пища отравлена, обвинял администрацию в умышленном отравлении, агитировал осужденных отказываться от приема пищи. После освобождения усилилась аффективная неустойчивость, возбудимость, взрывчатость, нигде не работал. В 31 год был в третий раз привлечен к уголовной ответственности за квартирную кражу. В связи с возникшими сомнениями в его психическом здоровье, был направлен на судебную экспертизу в областную психиатрическую больницу г. Челябинска. Судебно-психиатрической экспертной комиссией был признан страдающим реактивным ступором и направлен на принудительное лечение до выхода из болезненного состояния. В стационаре был мрачен, постоянно испытывал тревогу, страхи, слышал голоса за стенками. Высказывал уверенность в том, что его “травят”, вводят вакцину брюшного тифа. После активной антипсихотической терапии галлюцинаторные переживания исчезли, но бредовые идеи отношения, отравления не потеряли своей актуальности.

Проведенные психологические исследования подтвердили наличие специфических для эндогенного процесса нарушений в эмоционально-волевой сфере и сфере мышления. Проведенная через год повторная психиатрическая экспертиза заключила, что Д. страдает непрерывно-текущей шизофренией, параноидной формой и нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице специального типа.

В этой больнице Д. пробыл меньше года. За этот период продуктивная симптоматика редуцировалась, и на первый план стали выступать негативные изменения личности с доминирующими психопатоподобными проявлениями. Больной был переведен для дальнейшего принудительного лечения в психиатрическую больницу общего типа, откуда через несколько месяцев совершил побег. Будучи в

побегах, бродяжничал, совершал кражу автомобилей, квартирные кражи. Вступил в преступные группы, где исполнял роль водителя автомобилей. Постоянно испытывал тревогу, плохо спал, был раздражителен, вспыльчив, аффективно лабилен, употреблял алкоголь. После задержания “почувствовал” облегчение. Вновь был направлен на судебно-психиатрическую экспертизу, где выставлен диагноз “шизофрения” и рекомендовано принудительное лечение в больнице со строгим наблюдением.

Первые полгода пребывания в этой больнице был напряжен, окружающих его больных принимал за знакомых по колонии, считал, что его преследуют сотрудники МВД. Настроение было сниженным, критика к состоянию отсутствовала. Под воздействием терапии через полгода стал спокойнее, исчезла подозрительность, напряжение, включился в трудовые процессы. Лечение принимал без принуждения. Больной был признан инвалидом 2 группы по психическому заболеванию. Последующие 1,5 года состояние постепенно стабилизировалось, редуцировалась продуктивная психопатологическая симптоматика, колебания в эмоциональной сфере значительно уменьшились, настроение нормализовалось. Появилась критика к своему состоянию и совершенному ООД. По решению суда был переведен в отделение с усиленным режимом наблюдения, с диагнозом “шизофрения, параноидная форма, психопатоподобный тип дефекта”.

При поступлении в отделение с усиленным наблюдением патологии в соматическом статусе выявлено не было. АД 130/80 мм рт.ст. Невропатологом выявлено последствия ЧМТ с очаговой микросимптоматикой.

В первое время в отделении держался обособленно, настроение было снижено, испытывал страхи, жаловался на слабость, вялость. Периодически высказывал отрывочные бредовые идеи отношения. Контакт носил формальный характер. Под влиянием активной терапии, психокоррекции через 5 месяцев его психическое состояние значительно улучшилось, стал активнее, исчезли тревога и напряжение, бредовые идеи редуцировались и потеряли актуальность для пациента. В психическом статусе на первый план выступала регрессивная синтонность, псевдоэкстравертированность, “аутизм наизнанку”. Наряду с этим имела место утрата психической активности и продуктивности, эмоционально-волевое снижение. Больной трудился в мастерских, участвовал в психотерапевтических мероприятиях, групповой и индивидуальной психотерапии, арттерапии, музыкотерапии. У пациента были правильные социальные установки, настроенность на выписку домой. К этому времени были установлены контакты с матерью и сестрой.

Через год по решению суда принудительное лечение было снято, и пациент выписан домой в сопровождении матери с диагнозом: “шизофрения, параноидная форма, психопатоподобный тип дефекта”.

В приведенном наблюдении речь идет о повторном общественно-опасном действии, совершенном больным параноидной шизофренией по негативно-личностным механизмам (инициативные действия). На момент совершения правонарушения этот пациент находился на принудительном лечении и был в побеге. В его психическом состоянии доминировал психопатоподобный синдром с

полиморфными проявлениями. Имеющиеся психопатологические расстройства обусловили такие изменения поведения больного, его наклонностей, моральных и целевых установок, которые явились непосредственной причиной совершения ООД.

Клиническая картина шизофренического процесса у этого пациента на протяжении принудительного лечения не однообразна и на каждом этапе имеет свои специфические особенности, подробно описанные выше. На первых этапах, наряду с ведущим психопатоподобным синдромом имелись симптомы реактивного генеза и процессуальные позитивные симптомы. На более поздних этапах доминировали негативные изменения личности. Особенности психического состояния на этапах принудительного лечения обусловили и специфические для каждого из них реабилитационно-терапевтические мероприятия.

Клиническая динамика больных шизофренией с преобладающими изменениями личности.

В эту группу включены пациенты, совершившие ООД, будучи в вялоапатическом состоянии, и больные, в клинической картине которых доминировали признаки “редукции энергетического потенциала”, примитивные потребности, низкое социальное функционирование, сниженный интеллектуальный уровень, аутизация с эмоциональным обеднением, регресс склада личности.

Обращает на себя внимание относительная редкость совершения ООД больными этой группы, что соответствует данным В.М. Шумакова и соавт. (1979), И.Н. Бобровой (1987), Т.А. Котовой (1994). По нашим наблюдениям, криминальные действия, совершенные больными в этом состоянии немногочисленны, причем в четверти случаев эти пациенты играли роль пассивных соучастников правонарушений, организованных психически здоровыми или лицами с психопатоподобным поведением.

Общественно опасные действия совершались ими по негативно-личностным механизмам и чаще всего были обусловлены интеллектуальной несостоятельностью, повышенной внушаемостью и подчиняемостью или дефицитом высших эмоций. По структуре ООД преобладали имущественные деликты и единичные преступления против личности. Характерна для этих лиц и склонность к систематическому совершению противоправных действий, на что указывает сравнительно большое число повторных деликтов (35,7%).

Основная масса больных этой группы была представлена пациентами с параноидной шизофренией на этапе становления ремиссии с апато-абулическим дефектом или с уже сформировавшимся дефектом. Внешний вид и поведение этих больных отличались вялостью, однообразием, бедностью моторики, дисгармоничностью и диспластичностью движений. Больные выглядят равнодушными, отгороженными, необщительными, пассивными, неряшливыми. Пассивность, сниженная активность сочетались у них с эмоциональной индифферентностью или полным безразличием, в том числе и к совершенному криминалу. Эмоциональная сфера этих больных качественно изменена в сравнении с другими пациентами. В клинической картине на первый план выступали бедность эмоций, однообразие, стереотипность поведения, нивелирование преморбидных личностных особенностей, снижение энергетического потенциала.

Выражен регресс личности, сопровождающийся значительным снижением или полной утратой прежних знаний и навыков, малой доступностью новым впечатлениям, резко суженным кругом интересов (в некоторых случаях до удовлетворения лишь физиологических потребностей), доминированием в поведении низших влечений. Больные утрачивают способность использовать в повседневной жизни запасы приобретенных ими ранее знаний и навыков.

Эмоциональные связи с семьей утрачены или носят формальный характер. Критика к болезни отсутствует или формальна. Больные монотонны, их речь бедна, маломодулирована. Поведение носит внешне упорядоченный характер, они пассивноподчиняемы, выполняют простые инструкции. При поступлении на принудительное лечение эти пациенты не выражали озабоченности по поводу совершенного ими ООД и изменившегося в связи с этим жизненного стереотипа. Многие из них не сожалели о содеянном, оставаясь к этому холодными и равнодушными. В процессе принудительного лечения в клинической картине доминировали аутизм, адинамия и равнодушие, общее огрубление и нивелировка высших человеческих эмоций. Однако, несмотря на однотипность клинических проявлений, данная группа больных неоднородна. Имеющееся многообразие нюансов в психическом состоянии позволило выделить среди них две подгруппы, с нашей точки зрения, наиболее полно отвечающие задаче построения дифференцированных лечебно-реабилитационных программ.

- **В 1 подгруппу** были отнесены больные с признаками процессуальности.
- **Ко 2 подгруппе** — пациенты с собственно апато-абулическим типом дефекта, в клинической картине которых преобладали негативные симптомы.

Особенности клинической динамики больных первой подгруппы.

В эту подгруппу было отнесено 18 больных с ведущим апато-абулическим радикалом, имеющих рудиментарную психотическую симптоматику.

На 1 этапе у больных в силу их интеллектуальных и эмоционально-волевых нарушений реакция на перевод в отделение для принудительного лечения и адаптация в нем не были насыщены эмоциональными переживаниями. Психопатологическая симптоматика довольно лабильна, может сопровождаться рудиментарными проявлениями различных регистров, периодически усложняясь.

На 2 этапе принудительного лечения больные часто жалуются на усталость, слабость, тяжесть в голове, рассеянность, сонливость по утрам, невозможность выполнять даже самые простые виды труда, они легко истощаемы, отказываются или крайне неохотно беседуют с врачом. При настойчивом стремлении к беседе удается выявить у части пациентов сенестопатии, рудименты синдрома Кандинского-Клерамбо (чаще в виде идеаторных автоматизмов), несистематизированные бредовые идеи отношения, особого значения, ипохондрические переживания. У части больных появляются непостоянные микрокататонические симптомы, которые фиксируются при анализе невербальных форм поведения и проявляются в кратковременных застываниях, стереотипиях, вычурных позах и др. Нередко меняется походка, движения становятся угловатыми, незавершенными, наступают периоды кратковременной двигательной заторможенности или возбуждения с импульсивными действиями. Очень часто больные обнаруживают немотивированный негативизм (отказ от еды, мытья, смены

белья и др.), амбигуэнтность. Иногда у больных появляются гримасы, неадекватный смех, речь пестрит неологизмами. Эти проявления непостоянны, лабильны.

На 3 этапе принудительного лечения на первый план в психическом статусе пациентов выступают негативные изменения личности с ведущим апато-абулическим радикалом, что зашторивает позитивную симптоматику. Своеобразным ее катализатором может служить проводимая каждые 6 месяцев комиссия, которая является психогенным моментом для больного. Такая ситуационная лабильность больного позволяет выявить степень процессуальности и откорректировать лечение.

У больных этой подгруппы после неблагоприятного для них решения комиссии заметно нарастает заторможенность, апатичность, астения, рельефнее контурируются элементы позитивной симптоматики. То есть ситуация представления на комиссию является психогенно травмирующей и играет роль патопластического фактора, позволяющего отдифференцировать апато-абулическое состояние с признаками процессуальности от собственно апато-абулического дефекта.

На 4 этапе принудительного лечения состояние больных соответствовало собственно апато-абулическому дефекту.

Особенности клинической динамики больных второй подгруппы.

Эта подгруппа была представлена гораздо меньшим количеством больных (10 человек) и состоит из лиц, находящихся в состоянии апато-абулического дефекта. В отличие от больных 1 подгруппы явления эмоционально-волевого снижения, аутизации, регресса и огрубения личности были выражены резче, холодность и опустошенность — глубже, в большей степени утрачена физическая и психическая активность. Поведение больных однообразно, бытовая активность определяется пищевыми интересами. В лучшем случае эти лица могут выполнять элементарные механические работы. Как правило, они не тяготятся пребыванием в отделении, о родственниках говорят равнодушно, безучастны к их и своей дальнейшей судьбе. Их поведение монотонно и практически однообразно на всех этапах принудительного лечения.

У больных этой подгруппы ситуационная лабильность не выражена, т.е. психотравмирующая ситуация заметно не отражается на структуре психического состояния. А имеющиеся рудименты продуктивной симптоматики относительно бедны, лишены актуальности, стабильны, стереотипны и спаяны с личностью. Степень регресса личности может быть различной и условно разделена нами на **две степени тяжести**:

- **1 — тяжелая**, когда больные полностью безразличны и безучастны, лежат в постели, на обращения реагируют вяло, интересы их носят вегетативный характер, реакции связаны с едой. Их не удается приспособить даже к элементарному труду, однако возможно привить или восстановить утраченные навыки самообслуживания. На нашем материале такие наблюдения единичны.

- **2 — средняя тяжесть регресса личности** — больные пассивно подчиняемы, настроение их равнодушно-созерцательное, безучастно-ровное. Предоставленные сами себе, они большую часть времени проводят в постели, безразличны к родственникам и своему будущему, их интересы крайне ограничены. Однако их отличительной особенностью является возможность приспособления к постоянному, хотя и примитивному труду. Возможна вовлекаемость их в реабилитационные мероприятия, невербальная психокоррекция.

Довольно типично следующее наблюдение.

Больной Ш., 32 лет. Находился на принудительном лечении в связи с совершением кражи личного имущества. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился в семье рабочего. В детстве перенес брюшной тиф. В школу пошел с 8 лет, отставал в учебе от сверстников, был замкнут. Из школьной характеристики известно, что “на уроках был безразличен к объяснениям учителя, с учебной программой справлялся плохо, не запоминал материал. Был ленив, упрям, невнимателен, склонен к воровству и прогулам”. Дублировал 5 класс, после чего бросил школу. В 17 лет окончил курсы трактористов. В связи с призывом в армию был направлен на военную экспертизу в психиатрическую больницу, где диагностирована “дебильность в умеренно выраженной степени”. В армию не призывался по статье 1-б. Инвалид 2 группы с детства. Когда узнал, что его не призывают в армию перестал выходить из дома, плакал, не следил за собой, прекратил общение с друзьями, стал груб и раздражителен. Был госпитализирован в психиатрическую больницу, где лечился с диагнозом “психопатическая реакция у дебила”.

После выписки не работал, стал неопрятен, агрессивен, перестал есть, уходил из дому, бродяжничал. Удалил все подошвы на обуви, красил волосы, брови, ресницы. Через 3 месяца вновь был госпитализирован в психиатрический стационар. В отделении — молчалив, уединялся, прятался от медицинского персонала, плохо спал, настроение было снижено. Считал себя некрасивым, “очень высоким”, поэтому срезал подошвы на обуви и красил волосы. Критика к состоянию отсутствовала. Через 2,5 месяца лечения был выписан с диагнозом “пропфшизофрения, непрерывное течение, параноидный синдром”.

В течение последующих 8 месяцев дважды лечился в психиатрической больнице с тем же диагнозом. В этот период был груб, высказывал бредовые идеи в отношении своего отца, был агрессивен к матери, оголялся и бегал по улицам. Ремиссии были короткими. Дважды был судим (в 20 и 22 года) за попытку изнасилования и кражу. В обоих случаях судебно-психиатрической экспертной комиссией признавался вменяемым с диагнозом: “дебильность с психопатизацией личности”.

После возвращения домой психическое состояние усугублялось: ощущал, что “внутри все гниет”, “не может ничего сообразить”, снизилось настроение. Лечился в психиатрической больнице с диагнозом “шизофрения”. После выписки из стационара нигде не работал, злоупотреблял алкоголем. Через год вновь привлекался к уголовной ответственности за хулиганство. Судебно-психиатрической экспертной комиссией был признан невменяемым с диагнозом “шизофрения”. На

принудительном лечении находился в течение 2 лет. В этот период у больного отмечалась кататоно-параноидная симптоматика.

После выписки из стационара вновь нигде не работал, ничем не интересовался, был замкнут и малообщителен, пассивно-подчиняем. Через 2 года, в возрасте 37 лет, под руководством и при активном участии сожительницы совершал кражи личных вещей граждан, оставленных на просушку на бельевых веревках во дворах.

Больной был направлен на судебно-психиатрическую экспертную комиссию, где был признан невменяемым с диагнозом: “шизофрения” и рекомендацией принудительного лечения в отделении с усиленным режимом наблюдения.

При поступлении на принудительное лечение у больного было следующее психическое состояние: контакт носил формальный характер, интереса к беседе пациент не проявлял и был безразличен к помещению в стационар. Лицо гипомимично, взгляд безучастен. Сведения о себе сообщал скупое, непоследовательно. Психически больным себя не считал. Не отрицал инкриминируемых ему деяний, хотя критически свое состояние и правонарушение не оценивал. Мышление малопродуктивное, разноплановое, аморфное, суждения парадоксальны. Активно бредовых расстройств, обманов восприятия не обнаруживал. Эмоциональные проявления монотонны, малодифференцированы, зачастую неадекватны. Большую часть времени лежал в постели, общался по мере необходимости. Не тяготился обстановкой в отделении, был безучастен к окружающим, пассивен и подчиняем. При экспериментально-психологическом исследовании не с одним заданием, требующим самостоятельной, последовательной деятельности справиться не мог. Периодически пациент был склонен к истероидным реакциям., через полгода стал отрицать свою виновность в содеянном и обвинять во всем сожительницу, говорил, что его к делу “приписали”. Последние 10 месяцев состояние Ш. оставалось стабильным: большую часть времени проводил в одиночестве, общался по мере необходимости, обстановкой и сроками пребывания в отделении не тяготился, был эмоционально беден, монотонен, подчиняем. Выполнял простые виды труда в мастерских (клеил коробочки). Был доступен невербальным видам психотерапии. Критика к состоянию и правонарушению была формальной. Пробыл на принудительном лечении 1,5 года и был выписан с родителями домой.

В данном случае больной с детства был замкнут, малообщителен. На этом фоне развились психотические явления аффективно-параноидной структуры с нарастанием специфических для шизофренического процесса негативных изменений личности в виде эмоционального огрубения, холодности, замкнутости в сочетании с выраженной социальной дезадаптацией. Предыдущее общественно-опасное действие было совершено по негативно-личностным механизмам и было обусловлено эмоциональной бесконтрольностью пациента. Настоящее правонарушение больной совершил вновь по негативно-личностным механизмам, но оно было связано с его повышенной внушаемостью и подчиняемостью. На период совершения ООД в психическом состоянии пациента преобладал апато-абулический радикал. Мышление было малопродуктивным, аморфным, эмоции — неадекватны, монотонны, однообразны, малодифференцированы, бедны.

Потребности — примитивны, интеллектуальный уровень снижен. Имели место редукция энергетического потенциала и регресс склада личности. Критические способности — нарушены.

В период нахождения на принудительном лечении состояние больного оставалось монотонным и однообразным, с нерезковыраженными истероидными реакциями на первых этапах и примитивными попытками отрицания правонарушения на 3 этапе. Средняя тяжесть регресса личности позволила приспособить пациента к примитивным видам труда и вовлечь его в реабилитационные мероприятия.

Психологическая характеристика.

Экспериментально-психологические исследования.

В процессе проведения принудительного лечения оценка психического состояния традиционным клинико-психопатологическим методом, несмотря на его большую значимость, бывает затруднена в силу того, что у этой категории больных особенно отчетливо выражено сочетание проявления болезненного процесса с компенсаторными и защитными механизмами личности. Динамика формирования и становления психопатологических проявлений также неразрывно связана со всем личностным опытом больного, преломляющимся через его индивидуальные особенности.

Трудности квалификации психопатологических проявлений у этих пациентов обусловлены еще и тем, что они длительное время принимают психотропные препараты, в результате чего возникают негативные эффекты психофармакотерапии, которые феноменологически очень похожи на дефицитарные проявления, состояния госпитализма или депрессивные проявления в финале шизофренического приступа.

Кроме того, фармакотерапия и психосоциальные воздействия способствуют в первую очередь нормализации симптомов "поведенческого характера". Динамика эмоционально-волевых расстройств и нарушений мышления в значительной мере отстает от них (Р.Я. Вовин, 1989).

Возникающая диссоциация между внешне упорядоченным поведением и истинным психическим состоянием больного в ряде случаев является причиной преждевременного изменения мер медицинского характера. Вместе с тем, специфика принудительного лечения в сравнении с задачами стационарной курации психически больных в общепсихиатрической клинике состоит не только в достижении терапевтической ремиссии, но и в выявлении и развитии компенсаторных адаптационных механизмов, способствующих положительному социальному функционированию больного и исключающему повторные общественно опасные действия. В юридической и психиатрической литературе все чаще высказывается мысль об особом влиянии на криминальное поведение не только комплекса "синдром-личность-ситуация" (Ф.В. Кондратьев, 1989-1994), но и следовых воздействий пережитых в прошлом событий, которые не всегда осознаются, но сохраняются в опыте и могут обнаруживаться в содержании психической деятельности, в том числе и противоправной. Само правонарушение может оставлять след, актуализирующийся при аналогичной ситуации и вести к повторным ООД одного и того же характера (Я.П. Фрумкин, 1981, В.Н. Кудрявцев, 1986).

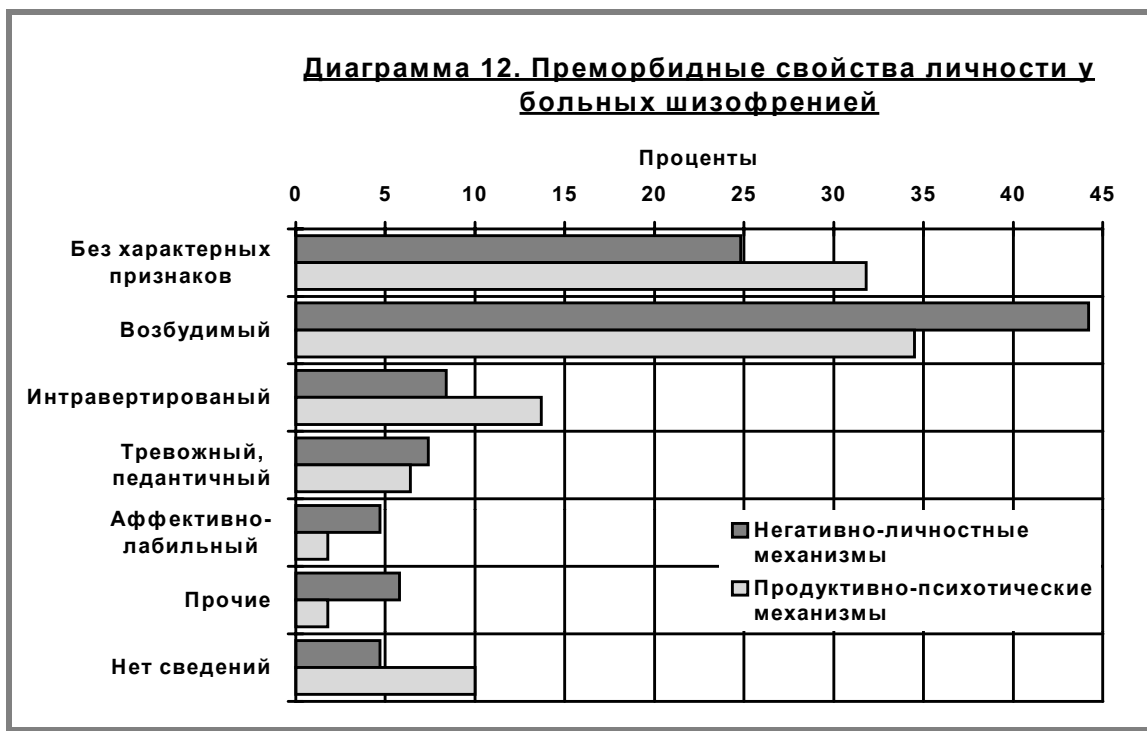
Учитывая большую роль личностного фактора в системе реабилитационных мероприятий, были изучены характерологические особенности пациентов двух групп в преморбидном периоде (диаграмма 12).

В основу их систематики была положена типология личности (К. Leonhard, 1976), адаптированная к задачам проводимого исследования.

Проведенный анализ показателей свидетельствует, что как в 1-й, так и во 2-й группе преобладают лица, в преморбиде которых на первый план выступают черты возбудимости, раздражительности, неуживчивости, импульсивности. У этих больных прослеживается асоциальный стереотип поведения, становление которого во многом зависело от неблагополучия в родительской семье.

Так, алкоголизмом страдало 19,6% отцов и матерей этих пациентов, 20,2% родителей были больны психически, у 10% исследуемых близкие родственники (братья и сестры) имели психические расстройства. Около половины пациентов воспитывалось в неполных семьях (среди них 5% в детских домах).

При анализе этих показателей в обеих группах обращает на себя внимание, что в 2 раза чаще страдали алкоголизмом, психопатиями и неврозами родители больных, совершивших ООД по негативно-личностным механизмам. Этим больным в преморбидном периоде были свойственны девиантные и делинквентные формы поведения, которые в ряде наблюдений маскировали начальные проявления шизофренического процесса, квалифицировавшегося в рамках пограничной патологии или наркогенных заболеваний (диаграмма 13). Как правило, с момента



первичной госпитализации в психиатрическую больницу и до совершения криминального деяния эти больные находились вне динамического наблюдения психиатра и проявляли антисоциальную активность через 1-3 года (Н.Г.Вишневская, И.Ф.Аршава, В.В.Воронин, 1994).

Перечисленные обстоятельства способствовали формированию у больных искаженных представлений о межличностных отношениях и формах реагирования в



конфликтных ситуациях, деформировали иерархию нравственных ценностей и ограничивали контакты асоциальным окружением. Даже в случаях явной продуктивной психотической мотивации действия больного отражали и опыт предшествовавшего болезни асоциального поведения.

Другие преморбидные особенности, которые условно можно обозначить как социально приемлемые, у исследуемых пациентов встречались значительно реже (25,4%). Среди них преобладали лица замкнутые, мечтательные, со склонностью к аутизму (10,3%). Такой стереотип поведения более характерен для больных, совершивших ООД в психозе.

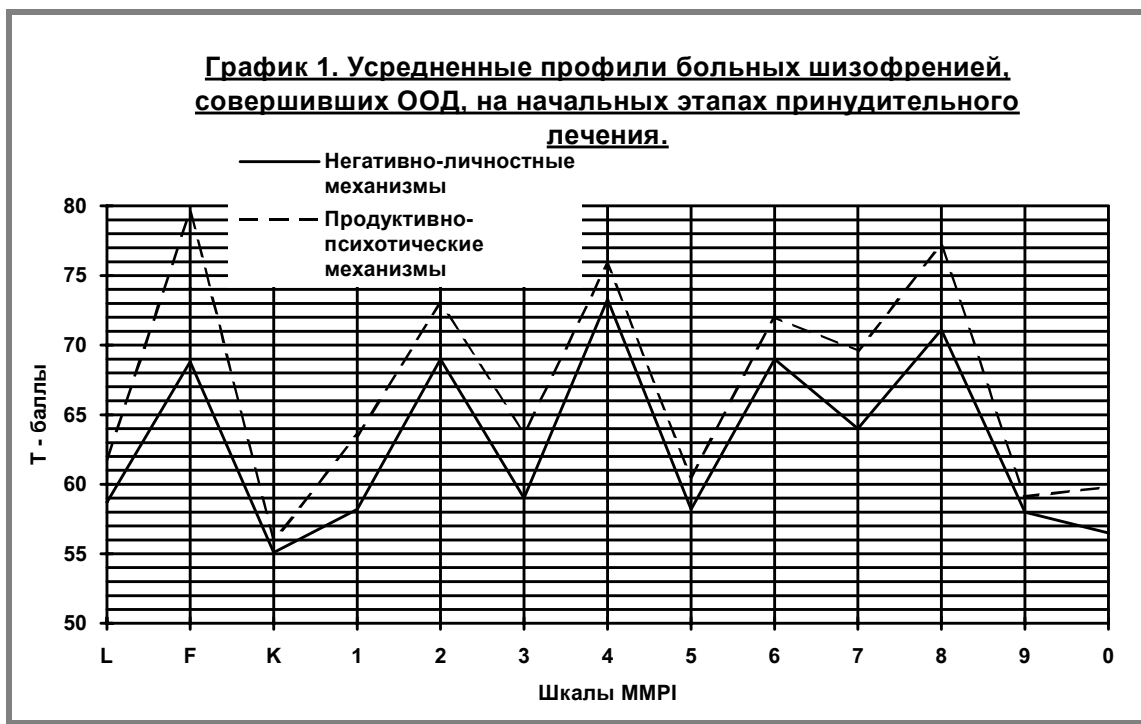
Немногочисленную группу (7%) составили пациенты тревожно-мнительные, боязливые, легкоранимые, неуверенные в себе, часто с ипохондрическими проявлениями и сенестопатиями. Еще реже (3,7%) у больных отмечалась склонность к эмоциональной лабильности, неустойчивости настроения и интересов, чередование гипертимности и субдепрессий. Единичными случаями (4,4%) были представлены демонстративные, эмотивные, экстравертированные личности, которые не выделены в отдельные группы из-за их малочисленности. У 27,3% пациентов в преморбиде не удалось выявить каких-либо особенностей.

Методики многостороннего исследования личности.

При анализе личностной структуры больных шизофренией методикой ММРІ в начале принудительного лечения выявлена большая схожесть ядра личности у пациентов обеих групп. Общим для них являлась структура профилей (тип "зубчатая пила") и ведущий код 48, характерный для личностей с преступными тенденциями. Для лиц с данной структурой профиля типична непредсказуемость поступков, импульсивность, низкая продуктивность в работе, неустойчивая приспособляемость, неровное поведение, склонность к асоциальным поступкам и к общению с

асоциальными лицами, склонность к конфликтности, раздражительности, жестокости, скрываемая тревога, злобность, злопамятность, соматические жалобы, неадекватная оценка своего "Я".

Однако при анализе усредненных профилей первой и второй группы больных, изображенных на графике 1, выявлены статистически достоверные различия в уровне профилей и шкалах L, 1, 2, 4, 5, 7 ($p < 0,001$), F, 3, 8 ($p < 0,01$) и 6, 0 ($p < 0,05$) позволяющие говорить о неоднородности этих групп больных.



У пациентов, совершивших ООД по негативно-личностным механизмам, код профиля 48 267-31590(F-LK), тип профиля "зубчатая пила", пограничный, наклон психотический, индекс Уэлша равен -3, факторы R и A не выражены. На первый план у них выступает психопатизация, эмоциональный стресс, склонность к антисоциальным поступкам, злобность и тенденция к общению с асоциальными лицами. Психотическая симптоматика не столь выражена, как у больных, совершивших ООД в психозе.

У больных шизофренией совершивших ООД по продуктивно-психотическим механизмам, код профиля 8426 731059-(F,L-K), тип профиля — "зубчатая пила" высоко расположенный, наклон психотический, индекс Уэлша равен 0, факторы R и A не выражены. Их специфическими личностными особенностями являются: паранойяльность, склонность к сверхценным образованиям, ригидность аффекта, растерянность, своеобразие восприятия и модуса поведения, дезинтеграция мышления и неадекватная самооценка. Имеет место депрессия, тревога, внутренняя напряженность.

У больных, совершивших ООД по продуктивно-психотическим механизмам, все вышеперечисленные особенности выражены в большей степени в сравнении с лицами 1 группы, о чем свидетельствует высокодостоверное ($p < 0,001$) увеличение показателей по шкалам L, F, 1, 2, 4, 5, 7 у пациентов этой группы.



Прослеживая динамику состояния больных в процессе принудительного лечения, выявлены существенные различия в обеих группах. Повторное тестирование проводилось, как правило, на третьем этапе принудительного лечения, когда особенно актуален вопрос о выявлении установок пациентов (в частности, диссимуляции). Динамика усредненного профиля под влиянием терапии у пациентов, совершивших ООД по негативно-личностным механизмам, изображена на графике 2.

В процессе лечения код профиля стал 4' 2867-39150 (F-LK). Тип профиля не видоизменился и по-прежнему имел конфигурацию "зубчатой пилы", оставаясь пограничным с психотическим наклоном. Индекс Уэлша с -3 повысился до 0, что подчеркивает нейтральное отношение к обследованию как в начале принудительного лечения, так и в динамике.

Статистически достоверные различия по шкалам L, K ($p < 0,001$), 9 ($p < 0,01$) и 0 ($p < 0,05$) позволили констатировать определенную динамику в состоянии этих пациентов. Под влиянием терапии уменьшилась аффективная ригидность, враждебность, злопамятность, тревожность. Больные стали общительнее, активнее пытались произвести благоприятное впечатление на окружающих и были озабочены своим социальным статусом. Вместе с тем, структура профиля и ядро личности остались прежними. Состояние характеризовалось активностью, безответственностью, склонностью ко лжи, недостаточным контролем над эмоциями, импульсивностью, склонностью к асоциальным поступкам и риску, завышенной самооценкой.

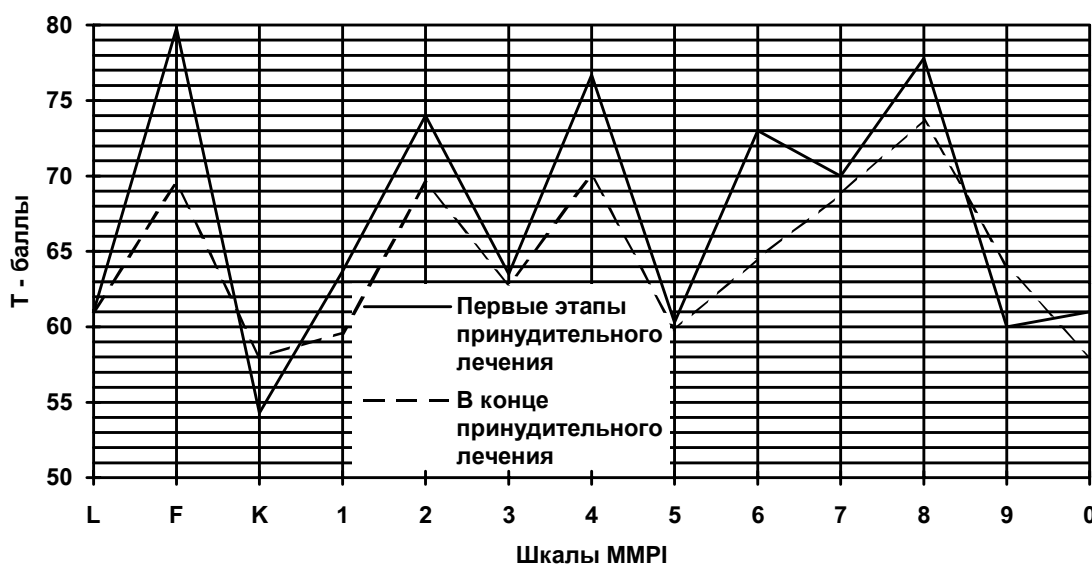
Динамика усредненного профиля под воздействием терапии у пациентов, совершивших противоправные действия по продуктивно-психотическим механизмам, изображена на графике 3.

В процессе принудительного лечения код профиля видоизменился — 84'2736-1509(FL-K). Тип профиля остался прежним — "зубчатая пила", но из высокорасположенного стал пограничным, хотя наклон по-прежнему

психотический. Индекс Узлша равен -4, что свидетельствует о нейтральном отношении к исследованию, факторы R и A не выражены.

Статистически высоко достоверные различия по шкалам F, 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 0 ($p < 0,001$), 3 и 9 ($p < 0,001$) позволяют констатировать более выраженную динамику в процессе принудительного лечения, чем в предыдущей группе пациентов. У больных уменьшились психотические расстройства, редуцировались паранойяльные, сверхценные, бредовые идеи, пациенты стали менее аутичными и более активными, подвижными, общительными, что нашло отражение в снижении профиля с высокорасположенного до пограничного и видоизменении его конфигурации. Однако своеобразие суждений, ригидность мышления, замкнутость, непредсказуемость поступков по-прежнему была присуща этим больным. Структура профиля практически не изменилась. Это указывает на то, что ядро личности осталось прежним: доминировали жестокость, неустойчивость в эмоциональной сфере, хотя все эти характеристики личности значительно уменьшились по интенсивности в сравнении с началом принудительного лечения.

График 3. Усредненные профили личности больных шизофренией, совершивших ООД по продуктивно-психотическим механизмам.





В целом состояние этих больных по данным MMPI говорит о формирующейся ремиссии. При рассмотрении динамики усредненных профилей двух групп на последних этапах принудительного лечения, изображенных на графике 4, выявлены высокодостоверные различия по шкалам L, F, 3, 5, 7, 8, 0 ($p < 0,001$) и 1 ($p < 0,001$), которые позволяют констатировать, что зафиксированная личностная неоднородность пациентов двух групп в начале лечения остается значимой и на его последних этапах.

Таким образом, проведенные обследования MMPI больных шизофренией, совершивших ООД по негативно-личностным и продуктивно-психотическим механизмам, выявило с одной стороны ряд общих свойств, а с другой — неоднородность этих групп с различной динамикой их состояния в процессе принудительного лечения. Построение усредненного профиля, которое нивелирует индивидуальные различия, дало возможность обнаружить специфические для каждой группы изучаемых больных изменения профиля в процессе принудительного лечения.

У больных обеих групп выявлена общая структура профилей и ведущий код 48, характерный для личностей с преступными тенденциями. На первых этапах принудительного лечения больные тревожны, раздражительны, злобны, импульсивны, агрессивны, у них выражен эмоциональный стресс.

У больных шизофренией, совершивших ООД по негативно-личностным механизмам, в процессе принудительного лечения уменьшается тревога, напряжение, подозрительность, злопамятность. Однако ядро личности остается прежним, только степень выраженности антисоциальных наклонностей уменьшается.

У больных, совершивших ООД по продуктивно-психотическим механизмам, выявлена более существенная положительная динамика в процессе принудительного лечения. Достоверно значимо улучшились показатели как по шкалам невротической

триады (1, 2, 3), так и по шкалам психотической тетрады (4, 6, 8, 9), а также по шкале F. Снизилась выраженность психотической симптоматики, редуцировались паранойяльные, сверхценные, бредовые идеи, больные стали адекватнее и контактнее. Уменьшилась интенсивность антисоциальных проявлений личности, хотя сама ее структура осталась почти неизменной.

Таким образом, полученные с помощью методики ММРІ данные позволили выявить ряд положений, важных для лечения и реабилитации каждой из описанных групп.

Тематический апперцепционный тест.

С целью выявления личностных свойств больного, имеющихся механизмов психологической защиты, диссимулятивных тенденций, особенностей личности, которые проявляются в социальной среде и социальных отношениях, а также для определения ведущих мотивов, ценностей, обнаружения аффективных конфликтов был использован тематический апперцепционный тест.

Из 31 картины, первоначально предложенных Н.А. Murray (1943), было отобрано 10, которые по данным литературы (D. Rapaport, M.M. Gill, R. Scaffer, 1943; M.S. Stein, 1955; R. Schaffer, 1968) наиболее информативны с точки зрения целей нашего исследования. Использовались диагностически значимые картины, с помощью которых выявлялись следующие особенности пациентов:

- **отношение к родительским требованиям и долгу;**
- **способы преодоления трудностей и достижения успеха;**
- **представление исследуемого о семейных отношениях, его гетеро- и гомосексуальные установки;**
- **сыновние чувства: привязанность, зависимость, опека-подчинение;**
- **отношение к отцу или авторитетному лицу (согласие, зависимость, потребность в уважении, подчинении или отвержении);**
- **отношение к труду и мужской дружбе;**
- **отношение к авторитету, потребность в зависимости или страх воздействия (в косвенной форме позволяет выявить отношение к лечению);**
- **сексуальные установки, конфликты, чувства вины;**
- **общий фон настроения, депрессивные и суицидальные тенденции, честолюбивые мечты;**
- **наиболее актуальные жизненные потребности и проблемы, оптимистические или пессимистические установки;**
- **страхи, чувство одиночества.**

Учитывая большую сложность, а иногда и неоднозначность интерпретации полученного материала, анализ был направлен на выявление особенностей личности и поведения больного, имеющих отношение к его социальному поведению. При обработке протоколов использовался синдромологический анализ ТАТ, основанный на разработках Е.Т. Соколовой, И.В. Вавилова, В.Э. Реньге (1976, 1980). При данном

анализе ТАТ была получена информация, позволяющая судить о следующих особенностях больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении:

- **наличие патологии мышления, ее вида и степени выраженности;**
- **состояние эмоционально-волевой и интеллектуальных сфер, степень контролируемости эмоций интеллектом;**
- **уровень направленности конфликтов, способы выхода из конфликтных ситуаций, позиция личности в этой ситуации (мобилизация или демобилизация);**
- **сферы, в которых конфликты актуальны для больного, а также временная отнесенность конфликтов;**
- **уровень притязаний и уровень ожиданий больного, его основные интересы, характерологические особенности, диссимулятивные тенденции.**

Среди пациентов, совершивших ООД по продуктивно-психотическим механизмам, исследовано 33 человека, по негативно-личностным — 51 человек. Больные с выраженными изменениями личности и обострением психотической симптоматики не исследовались, так как не могли адекватно справиться с заданием.

При анализе полученных психологических данных выявлено, что подавляющее большинство пациентов может быть отнесено к двум группам.

В первую группу вошли больные с выраженной диссоциацией клинических и психологических признаков. Среди них преобладали лица, совершившие ООД по негативно-личностным механизмам (78,9%), причем все они носили инициативный характер. На период совершения противоправного деяния в психическом статусе этих пациентов доминировал психопатоподобный синдром. Остальные пациенты совершили ООД по продуктивно-психотическим механизмам (21,1%), причем в преморбидном периоде у них имелись, как правило, асоциальные установки. Эти пациенты представляли группу наиболее сохранных в личностном плане исследуемых с давностью шизофренического процесса не более 10 лет.

Чаще всего они исследовались на третьем этапе принудительного лечения, когда решались вопросы о точках приложения психотерапевтических мероприятий и о социальных установках пациентов. В течение 6—12 месяцев их психическое состояние в основном характеризовалось стабильностью, отсутствием психотической симптоматики и выраженных аффективных колебаний.

Невербальные формы поведения носили внешне упорядоченный характер, соблюдались общепринятые нормы поведения. Эти больные охотно принимали участие в трудовых процессах, помогали в отделении персоналу, внешне производили благоприятное впечатление на протяжении многих месяцев. Их состояние соответствовало ремиссии. При анализе психического статуса в динамике указаний на наличие диссимулятивного поведения не было отмечено. Предполагалось рассмотрение вопроса об изменении мер медицинского характера.

Однако, исследование методикой ТАТ выявило иную картину внутреннего мира больных; они избегали своего прошлого (его описание присутствовало в рассказах в 20% случаев) и практически не умели планировать свое будущее (описание в 10% случаев). Эмоции этих больных упрощены, моменты самоанализа редки в их внутренней жизни. Эмоциональная насыщенность рассказов присутствует лишь в

20% наблюдений, а конструктивные мысли — в 30%, что указывает на обеднение и выхолащивание внутренней жизни больных. Снижается также и интеллектуальный контроль над эмоциональными проявлениями. При этом прошлое, в котором присутствует совершенное ООД, достаточно актуально для обследуемых и превращается в болезненный очаг в сознании, что при снижении интеллектуального контроля может приводить к непредсказуемым поступкам. Идентификация у этих лиц была выражена достаточно четко и сочеталась с большим количеством оценочных комментариев в рассказах, что свидетельствовало о высокой самооценке и уровне притязаний.

Круг интересов больных довольно широк и соответствовал в среднем 5 сферам, среди которых наиболее часто выделялись социальная, семейная и профессиональная. Частое появление в рассказах социальной темы косвенно указывало на неблагополучие во внутреннем мире пациентов, высокую конфликтность, которая в этой группе превышала 50%. Преобладали внутренние конфликты, ведущие к напряжению, тревоге. Имея малое количество наружных конфликтов, больные внешне хорошо социально организованы и адаптированы, что диссоциирует с внутренней ажитацией и напряженностью. В конфликтных ситуациях у них действует механизм вытеснения, выход из конфликтных ситуаций нарушен, интеллектуальный контроль над своим поведением снижен. Больные не видят путей выхода из таких ситуаций, они пролонгируются и переносятся в будущее. Особенно опасно то, что чаще всего конфликты соединяются и протекают в социальной сфере, что может привести к повторным ООД. Предрасполагающим к этому является наличие у 50% пациентов агрессивной позиции в поведении, включающей в себя разрушительные намерения и прямую агрессию. Эта агрессивная позиция завуалирована, внешне не проявляется и объективизируется только с помощью психологических методик.

Необходимо отметить у 90% этих больных страдательную позицию, что говорит о демобилизации личности и реальности конфликтных ситуаций в будущем. У испытуемых имел также место полиморфизм фона настроения: у 40% фон настроения ровный, у 20% — повышен, у 30% — понижен и у 10% — настроение безразличное. В особых темах звучит смерть, убийство, преступление и болезнь, что указывает на их повышенную актуальность. Лицам данной группы не свойственны колебания и нерешительность. Они легко общаются, социальная структура коммуникации в значительной степени сохранена. В логических структурах личности больные демонстрируют множество асоциальных мотивов. У подавляющего числа лиц (80%) основным мотивом в социальной сфере являются деньги и связанное с ним личное благополучие.

В большинстве случаев больные оправдывают себя за совершенное ООД, считая себя жертвой обстоятельств. Данные личностные особенности способствуют развитию фрустрации к ситуации принудительного лечения, которую больные считают унижительной для себя. Реальных планов на будущее они не строят. В семейной и профессиональной сферах они аморфны, не имеют целей, у них присутствует не определенное желание "чтобы все было хорошо". Ценности лиц данной группы связаны с социальной сферой, они склонны к мести и лидерству. В личной сфере звучит одиночество и непонятость.

Таким образом, в результате психологического исследования выявлены потенциальные признаки сохранности или восстановления антисоциального поведения. В этих наблюдениях выход в ремиссию не сопровождался развитием

социально положительных установок, что послужило основой для переориентации лечебной тактики с психофармакологической на психокоррекционную.

Во вторую группу были выделены пациенты, у которых имела место корреляция клинических и психологических данных. Среди 38 больных этой группы 55,2% совершили ООД по негативно-личностным, а 44,8% — по продуктивно-психотическим механизмам. Клинически в состоянии этих пациентов доминировала эмоциональная опустошенность, интеллектуально-мнестическое снижение, "редукция энергетического потенциала", рудиментарная психотическая симптоматика. Такое состояние было стабильным в течение последних 8—12 месяцев. Поведение больных было внешне упорядоченным с выраженной пассивной подчиняемостью, редкими элементами негативизма, приспособленностью к простым видам труда. По клинико-социальным критериям решался вопрос об изменении мер медицинского характера.

При экспериментально-психологическом исследовании ТАТ рассказы, составляемые больными были формальны, на грани с описаниями. В них практически отсутствовала оценка прошлого, будущего, эмоций и мыслей (прошлое — 5%, будущее — 3%, эмоции и мысли — по 10%). Эти данные указывают на угасание внутренней жизни больных, эмоциональную и интеллектуальную выхолощенность, неумение планировать свою деятельность, бедность воображения, что подтверждается также и формальным обращением с инструкцией у 70% больных. Испытуемые неадекватно высоко себя оценивают, о чем косвенно свидетельствует 45% оценочных комментариев в рассказах. Круг интересов пациентов резко сужен. Из 10 сфер, которые могут проявиться в рассказах у них находят отражение лишь 4: личная, семейная, профессиональная и социальная. Позиция личности даже в этих сферах пассивно-страдательная, что указывает на ее демобилизацию. У больных данной группы ведущей сферой является семейная. В 20% случаев наряду с семейной выражена и профессиональная сфера, но крайне бедно, формально. С ведущей областью (семейной) связаны конфликты больных, в подавляющем большинстве случаев — внутренние (20% из общего 30% уровня конфликтности в группе).

Соединение низкой конфликтности с эмоциональной выхолощенностью, интеллектуальной опустошенностью и падением энергетического потенциала приводит к минимальной вероятности совершения деликта. Логические структуры личности у этих больных, как правило, выявить не удастся, они размыты и неясны. Представления о целях, способах их достижения и желаемом результате отсутствуют. У 80% больных ценности находятся в семейной сфере, а ведущими индивидуальными чертами являются переживания одиночества и непонятость. Следует отметить, что в особых темах у больных чаще всего (95%) звучит болезнь и смерть, которые в 15% случаев сочетаются с темой убийства и в 10% — самоубийства. Однако эти представления аморфны, эмоционально не насыщены и малозначимы для пациента. У 65% исследуемых имеют место перцептивные искажения незначительной степени выраженности (10%), что может служить косвенным признаком рудиментарной, остаточной продуктивной симптоматики. Имела место корреляция клинических и психологических данных обследования.

Полученные данные позволили предположить, что после выписки из стационара больные будут дезадаптированы в обычной жизни и не приспособятся к ней. В связи с этим целесообразно решать вопрос об опекуновстве или определении в дом-интернат, так как они нуждаются в помощи окружающих.

По результатам обследования ТАТ вышеописанные 2 группы больных явно преобладали и составили 90,4% среди всех исследуемых. Значительно меньшим количеством (5,9%) были представлены пациенты с адекватным мышлением, достаточным интеллектуальным контролем над эмоциями, низким уровнем конфликтности и выраженными положительными социальными установками. Обращает на себя внимание, что все они совершили ООД, находясь в психозе. В преморбидном периоде имели положительные социальные установки, ранее правонарушения не совершали. Клинически их состояние в момент обследования соответствовало терапевтической ремиссии "В". Такая психологическая характеристика больных подтвердила имеющиеся клиничко-социальные показатели для решения вопроса о снятии принудительного лечения.

У 3,7% лиц, совершивших ООД по продуктивно-психотическим механизмам, на 3 этапе принудительного лечения в результате психологического исследования выявлена продуктивная симптоматика, не зафиксированная при клиничко-психологическом исследовании, что послужило причиной для изменения схемы лечения.

Нейропсихологические исследования.

Для изучения функциональных особенностей мозговых структур больных шизофренией был применен классический нейропсихологический метод исследования по А.Р. Лурия (1969). Выбор данной методики продиктован тем, что она чувствительна к различным изменениям функционального состояния головного мозга и более тонко, чем технические средства диагностики выявляет патологическое состояние различных отделов мозга.

Нейропсихологические синдромы, отражающие функциональное состояние мозга и его отделов, появляются раньше и исчезают позже, чем какие-либо другие неврологические признаки. Для проведения этих исследований не требуется специальной аппаратуры и дополнительных экономических затрат. Помимо выявления локализации дисфункциональных изменений в головном мозге, с помощью этого метода можно объективизировать интеллектуально-мнестические функции и изменения в эмоциональной сфере больных.

Полученные данные использовались при построении патогенетически ориентированных лечебно-реабилитационных программ, оценки их эффективности и прогноза. С различной степенью успеха с процедурой тестирования справляются все больные шизофренией, исключение составляют лишь не желающие обследоваться.

При анализе результатов нейропсихологических проб помимо качественного анализа проводилась и количественная оценка по четырехбалльной системе: 0 баллов — выполнение пробы полностью сохранено, 1 балл — легкие трудности при выполнении пробы, 2 балла — заметные трудности при выполнении пробы, 3 балла — невозможность выполнения пробы.

Согласно принятым системам баллов степень выраженности нарушений каждой описываемой функции в среднем по группе больных (А) рассчитывалась по формуле:

$$A = \frac{\sum M_i}{X_n}$$

где M^i — балл, оценивающий степень нарушения

функции у каждого больного;

X — максимальная возможность оценки;

n — число больных в группе.

Исследуемые больные обследовались нейропсихологическим методом на первых этапах принудительного лечения, а затем у части пациентов проводилось повторное тестирование в процессе проводимой терапии.

Данной методикой обследовалось 104 человека, из них 63 совершили ООД по негативно-личностным (1 группа) и 41 — по продуктивно-психотическим механизмам (2 группа).

Рассматривая особенности высших психических функций исследуемых больных шизофренией, следует отметить, что они, как правило, не обнаруживали неврологических симптомов органического поражения центральной нервной системы. Однако у всех были выявлены нейропсихологические изменения, свидетельствующие о нарушении межполушарных взаимодействий и о дисфункции различных областей головного мозга.

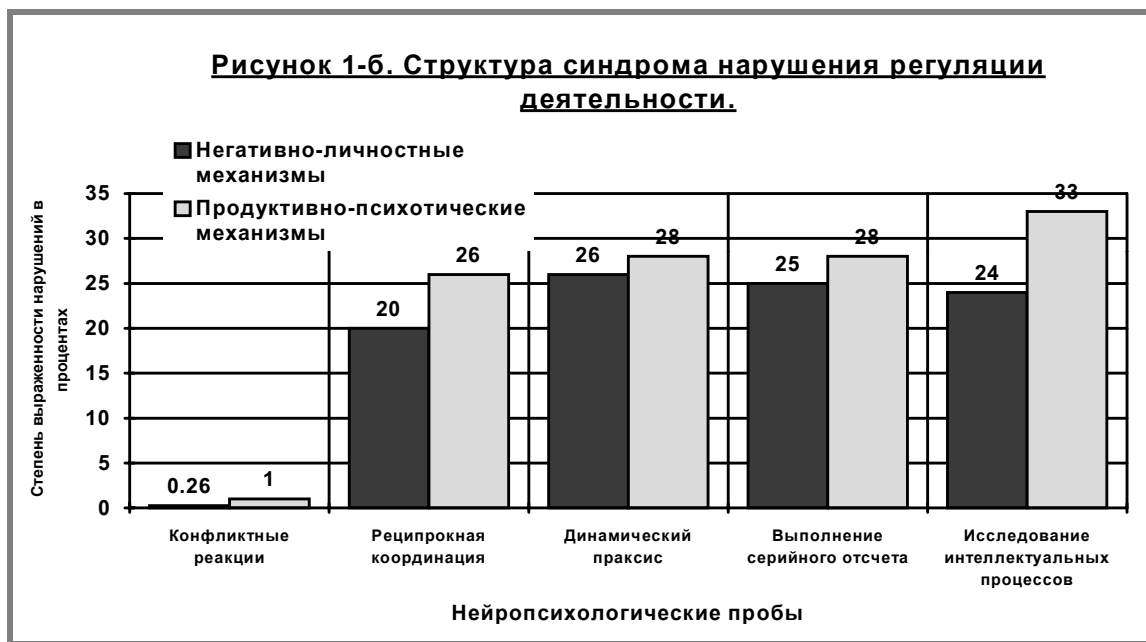
При анализе результатов нейропсихологических исследований (диаграмма 14)



выявлено высоко достоверное ($p < 0,001$) преобладание пациентов с функциональными изменениями в правом полушарии в обеих группах. Такая локализация связана, как правило, с повышенной эмоциональностью, импульсивностью пациентов, недостаточным контролем интеллекта над эмоциями. Дисфункции левого полушария имели место только у 7 больных (6,7%), причем по 2 группе лишь у одного пациента. Двухсторонние изменения в мозговых структурах выявлены у каждого четвертого испытуемого с одинаковой частотой в обеих группах.



Картина нарушений высших психических функций наряду с общими характеристиками имела и ряд отличий в двух изучаемых группах. *Анализ полученных нейропсихологических данных указывает на большую частоту и выраженность функциональных изменений в лобных структурах мозга у пациентов, совершивших правонарушение по продуктивно-психотическим*



механизмам. При выполнении нейропсихологических проб для этих больных была характерна импульсивность, нарушение внимания, плохая переключаемость во всех видах деятельности, ригидность, невозможность успешно проанализировать задание и адекватно проанализировать его результаты. При выполнении счетных операций, где нужна достаточная концентрация внимания и целенаправленность

действий, больные оказывались несостоятельными: либо застревали на каком-либо числе, либо отсчитывали по 10, а не по 7. При предъявлении пробы Равена действия больных носили нецеленаправленный импульсивный характер, т.к. отсутствовал анализ тех составляющих, которые необходимы для правильного нахождения недостающей части изображения (рисунок 1 а,б).

У пациентов, совершивших ООД по негативно-личностным механизмам, дисфункции лобных отделов также имели место, но частота и степень их выраженности были значительно меньше, о чем свидетельствуют достоверные различия при исследовании динамического праксиса ($p < 0,01$) и серийных счетных операций ($p < 0,05$).

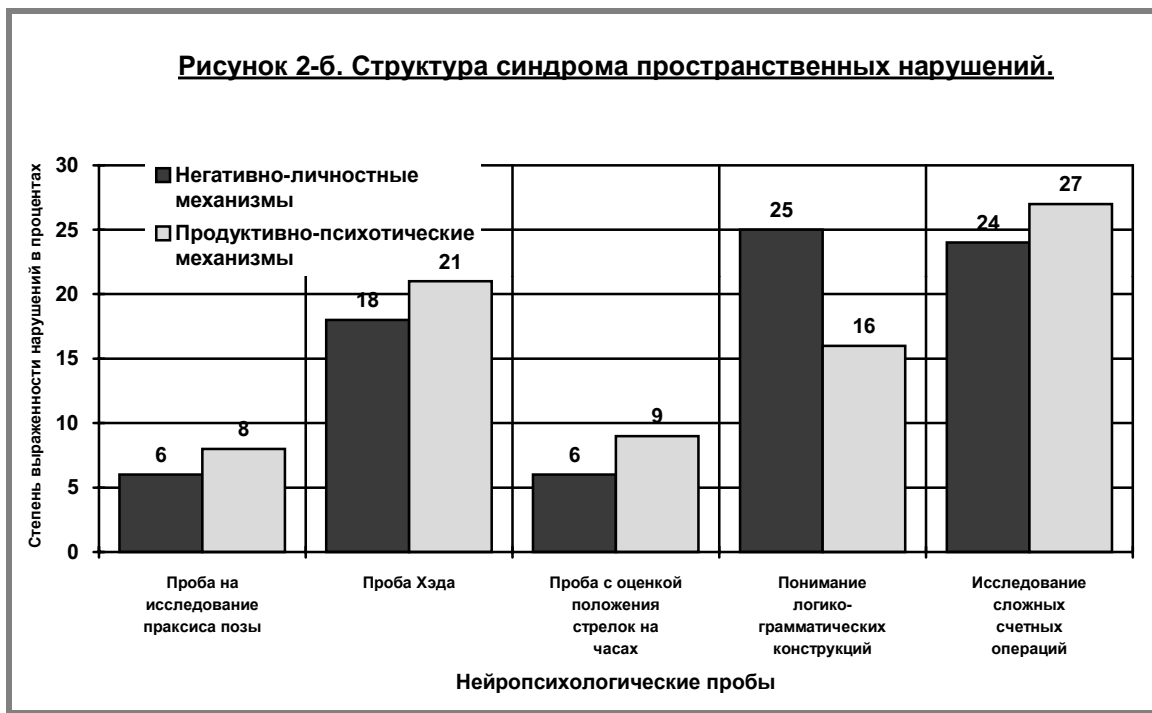
Частота нарушений интеллектуальной деятельности характерна для больных обеих групп в равной степени. Ошибки при выполнении интеллектуальных заданий были вызваны импульсивностью пациентов. При составлении рассказов по серии сложных картинок они фрагментарно выхватывали какую-либо часть изображения и по ней строили ответ, неадекватный материалу, а также не могли соединить воедино сюжеты трех картинок, хотя по одной картинке им удавалось составить рассказ верно.

Таким образом, у всех исследуемых больных имел место синдром нарушения регуляции деятельности, в наибольшей степени обусловленный дисфункцией правой лобной доли. У пациентов, совершивших правонарушение по продуктивно-психотическим механизмам, эти нарушения выражены в большей степени.

Различия в проявлении нейропсихологических симптомов, свидетельствующих о нарушении функционирования теменных долей, в обеих группах были

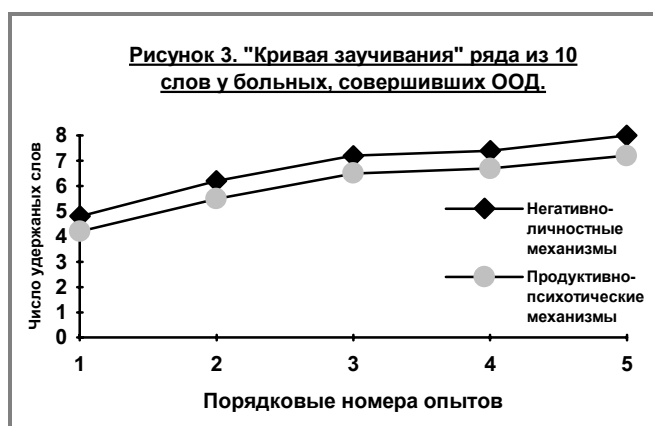


незначительными (рисунок 2 а,б). У больных при выполнении проб возникали трудности, связанные с ориентировкой в пространстве и необходимостью пространственно организовать свои действия, о чем свидетельствуют результаты



пробы на исследование праксиса позы (в 1 группе — 40%, во 2 — 39%) и пробы Хэда (в 1 группе — 70%, во 2 — 83%).

Помимо этого, у исследуемых страдали те виды деятельности, в которых должен участвовать целенаправленный интеллектуальный контроль. Наиболее сложными для пациентов оказывались счетные операции и действия с логико-грамматическими структурами. Например, при оценке родительного атрибутивного падежа исследуемые не проводили анализ самой конструкции, а импульсивно давали неправильный ответ. Таким образом, качественная и количественная характеристика нейропсихологических симптомов, входящих в синдром пространственных нарушений (в наибольшей степени связанный с нарушением функционирования теменных долей), свидетельствует о том, что у больных обеих групп с одной стороны имелись трудности, связанные с пространственной организацией, (возможно обусловленные приемом нейролептических препаратов,) а с другой — страдал целенаправленный интеллектуальный контроль.



При анализе нейропсихологических проб, свидетельствующих о функциональных изменениях в височных долях мозга, выявлены следующие особенности.

При запоминании 10 слов больные обеих групп часто воспроизводили их в случайном порядке, не выделяя специально тех, которые они при предшествующем предъявлении не запомнили. В последующих воспроизведениях пациенты нередко продолжали пассивно называть случайный или стереотипный ряд слов, сделав ошибку, повторяли ее, не пытаясь исправить.

"Кривая заучивания" имела ригидный характер (рис.3), а количество воспроизведенных слов не превышало 7—8 в первой группе и 6—7 во второй. При этом статистически значимо ($p < 0,05$) преобладало количество контаминаций и конфабуляций у исследуемых 2 группы, где оно составило 53,5 % против 33,3% в 1 группе. Так как наличие конфабуляций связано с дисфункцией глубинных структур мозга, ведущих не только к нарушениям памяти, но и нарушениям сознания, то меньшее их количество может косвенно указывать на большую адекватность и критичность больных шизофренией, совершивших ООД по негативно-личностным механизмам.

Наряду с этим при проведении пробы на запоминание 2-х пар слов у пациентов, совершивших правонарушение по продуктивно-психотическим механизмам, выявлены изменения, свидетельствующие о более сохранных мнестических функциях (рис.4). Количество контаминаций и случаев отсутствия воспроизведений слов у них было в 2 раза меньше, а ретроактивное торможение встречалось в 4 раза реже, чем у исследуемых 1 группы.

Однако после интерферирующих воздействий (рис.5), нейропсихологическая картина изменилась. Достоверно уменьшилось количество правильных воспроизведений и увеличилось их отсутствие ($p < 0,001$) в обеих группах. У пациентов, совершивших ООД по продуктивно-психотическим механизмам, значимо возросло количество контаминаций и конфабуляций, а также степень выраженности проактивного торможения.

Полученные данные позволяют предположить, что больные 2 группы, имея изначально более сохранный мнестическую деятельность, чем пациенты 1 группы, в большей степени подвержены интерферирующим воздействиям, вызывающим



достоверное ее ухудшение.

Кроме нарушений слухоречевой памяти, у пациентов обеих групп было нарушено восприятие и оценка ритмических структур. В целом, в обеих группах наибольшее



количество ошибок приходилось на пробы, направленные на исследование средне-височных зон и глубинно-височных структур (77% в 1 группе и 86% — во второй). Вследствие того, что ведущим было поражение правой височной области, в клинической картине преобладали импульсивные и неконтролируемые действия больных. Усугубляло эти явления выраженная дисфункция лобных структур, которая приносила нарушения прогнозирования результатов своих действий и целенаправленность поведения.

Необходимо отметить, что среди исследуемых пациентов функциональные нарушения какого-либо одного отдела мозга встречались в единичных случаях. Как правило, изменения затрагивали корковые отделы больших полушарий и глубокие подкорковые структуры мозга. Чаще всего обнаруживалась дисфункция заднелобновисочно-теменной зоны обоих полушарий с акцентом справа и дисфункция глубинных структур мозга (стриополлидарной системы или глубинно-височных образований).

Полученные данные подтверждаются проведенным анализом частоты дисфункций цитоархитектонических полей (по данным института мозга АМН СССР). Доминировали нарушения средне-височной области (21 поле) и в задних отделах *gyrus frontalis medius*, *gyrus frontalis inferior* (44 и 45 поле).

При рассмотрении динамики высших психических функций у исследуемых больных выявлены следующие особенности. У пациентов обеих групп имела тенденция к интенсификации синдрома нарушения регуляции деятельности, о чем свидетельствует увеличение числа нарушений при выполнении пробы на исследование динамического праксиса в 1 и во 2 группах на 22 и 21% соответственно ($p < 0,05$), а также увеличение ошибок при выполнении пробы на реципрокную координацию у пациентов 2 группы на 14%. Помимо этого, у больных 2 группы нарастает интенсивность этих нарушений.

Синдром пространственных нарушений в процессе лечения претерпел незначительные изменения. Результаты повторных нейропсихологических проб,

составляющих этот синдром, достоверно не изменились у больных, совершивших ООД по негативно-личностным механизмам. У больных 2 группы прослеживается тенденция к улучшению функционирования теменных отделов мозга, о чем свидетельствует снижение распространенности нарушений в пробе Хэда на 15% и в пространственном гнозисе на 7%.

Одной из возможных причин улучшения пространственных функций является тот факт, что повторное обследование проводилось на третьем этапе принудительного лечения, когда удельный вес нейролептических препаратов в схеме пациентов значительно меньше, чем на первых этапах, когда проводилось первоначальное тестирование.

Вместе с тем, у этих же больных в два раза увеличилась выраженность нарушений в пробе на исследование счетных операций, что может указывать на возросшую ригидность исследуемых второй группы.

При рассмотрении динамики синдрома мнестических нарушений выявлены неоднозначные результаты. С одной стороны, в обеих группах в пробе на воспроизведение двух пар слов после "пустой паузы" отмечается возросшее на 15% количество верных воспроизведений, уменьшение в 2 раза контаминаций в 1 группе и полное исчезновение конфабуляторных ответов (с 14% до 0%) во 2 группе. После интерферирующего воздействия у больных 2 группы в 2 раза возрос процент верных воспроизведений и исчезли конфабуляции (с 14% до 0%).

С другой стороны, выявлены и негативные изменения в обеих группах. Обращает на себя внимание, что при проведении вышеописанной пробы среди больных 1 группы в 3 раза и в 2 раза среди исследуемых 2 группы увеличилось число ответов с отсутствием воспроизведения, что указывает на возросшую ригидность пациентов и ухудшающуюся способность планирования деятельности.

При рассмотрении выраженности и распространенности функциональных нарушений правой височной доли в процессе лечения выявлена положительная динамика в обеих группах. Если при первом тестировании эти нарушения выявлялись у 77% больных 1 группы и 86% пациентов 2 группы, то при повторении — у 62% 1 группы и 64% во 2-й ($p < 0,05$). Аналогичные результаты получены и при динамическом исследовании интенсивности этих нарушений. Обобщая данные нейропсихологических исследований, необходимо отметить стойкое преобладание функциональных нарушений в правом полушарии у всех обследованных пациентов.

У больных, совершивших ООД по продуктивно-психотическим механизмам, в большей степени выражена дисфункция лобных отделов и глубинных структур мозга, что клинически проявляется большей интенсивностью, неадекватностью поведения и эмоций, недостаточным прогнозированием последствий своих действий.

В процессе лечения у пациентов обеих групп нарушения высших психических функций по-прежнему, имели место, однако их структура несколько изменилась.

Обращает на себя внимание ухудшение функционирования филогенетически более молодых образований головного мозга (лобных долей), о чем свидетельствует возрастание частоты и степени выраженности нарушений при выполнении нейропсихологических проб, характеризующих синдром нарушения регуляции деятельности. Помимо этого, в синдроме мнестических нарушений произошли изменения, свидетельствующие о нарастании ригидности, тугоподвижности

больных. Вышеописанные нарушения более выражены у пациентов, совершивших ООД по продуктивно-психотическим механизмам. Полученные в эксперименте данные соответствуют клиническим наблюдениям: больные хуже планируют и прогнозируют свою деятельность, у них нарастают органические изменения.

Одним из возможных объяснений большей выраженности этих характеристик у исследуемых, совершивших ООД по продуктивно-психотическим механизмам, является более длительное и массивное их лечение нейролептическими препаратами.

Наряду с этим, *отмечена положительная динамика в функционировании правой височной доли, которая более выражена у больных 2 группы*. Клинически это выражается в уменьшении импульсивности, агрессивности, неконтролируемости действий.

Следует отметить также улучшение критических способностей больных и их пространственной ориентировки. Полученные данные позволяют, с одной стороны, рекомендовать использование стандартизованного нейропсихологического обследования с системой количественных оценок для объективизации церебральных изменений, происходящих у больных в процессе принудительного лечения, а с другой — использовать полученные данные для выбора оптимальной схемы лечения пациентов.

Глава 5. Реабилитационно-терапевтические мероприятия при проведении принудительного лечения.

Основные принципы реабилитации больных шизофренией, разработанные М.М. Кабановым для общепсихиатрической клиники, являются основополагающими и при проведении принудительного лечения. Принципы партнерства, разносторонности усилий, единства психосоциальных и биологических методов воздействия, а также принцип ступенчатости прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий, актуальны при построении программ и для больных, совершивших ООД.

Соотношение биологических и психосоциальных воздействий, единство которых составляет универсальный принцип реабилитации, динамично и соответствует клинической дифференциации больных и основной задаче принудительного лечения - предотвращению повторных ООД.

Анализ клинического материала позволил констатировать неоднородность больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении, как по психопатологическим, социальным, психологическим показателям, так и по механизмам ООД, а также выделить определенные типы больных и разработать этапы проведения дифференцированных реабилитационных мероприятий. Кроме того, учитывались определенные закономерности динамики “поведенческих” особенностей больных, которые были выявлены при анализе психологических изменений в процессе лечения, что позволило трактовать происходящие изменения личности больного в рамках законов функционирования в относительно стабильной группе.

Специфика реабилитационных мероприятий в условиях принудительного лечения, определялась помимо описанных ранее клинических, социальных и психологических особенностей, рядом факторов, среди которых наиболее значимы следующие:

- **преобладание больных, резистентных к терапии;**
- **большой удельный вес экзогенных факторов в анамнезе больных ;**
- **наличие феномена госпитализма в разной степени выраженности у большинства пациентов;**
- **пребывание в одном отделении больных с асоциальными формами поведения;**
- **социальная дезадаптация и дефицит социальных навыков;**
- **длительность принудительного лечения, которая значительно превышает курс терапии, необходимый для достижения собственно клинического эффекта.**

В соответствии с описанной в третьей главе динамикой клинических и социально-психологических характеристик пациентов было выделено четыре этапа принудительного лечения, согласно которым разработаны реабилитационно-терапевтические мероприятия. Между этапами нет четких границ, их длительность и структура во многом индивидуальны. В некоторых случаях пациенты возвращаются на предыдущие этапы лечения или минуют какой либо из них. Каждый этап имеет свои цели и особые методические подходы.

Главной целью *первого — адаптационно-диагностического этапа* (который в среднем длится около месяца), является клиническая, психологическая и социальная квалификация состояния больного, его адаптация к условиям отделения и выработка медикаментозной и психотерапевтической тактики проведения принудительного лечения. На этом этапе осуществляется интенсивная биологическая терапия с привлечением больных к деятельности в пределах палаты. Психокоррекционные методы воздействия минимальны и носят индивидуальный характер.

Основной целью *второго этапа — этапа стабилизации* — является купирование острой процессуальной симптоматики и реактивных наслоений. При успешной реализации этой цели к концу второго этапа, который длится в среднем около 6-8 месяцев, психическое состояние больных стабилизируется, в клинической картине заболевания все четче вырисовываются личностные особенности пациентов. Соответственно этому изменяется спектр психофармакотерапии и интенсифицируется психотерапевтическая работа. Наряду с этим осуществляется лечение занятостью и трудовая терапия.

На третьем этапе — этапе реконвалесценции — когда у больных идет процесс созревания ремиссии, главной целью является выработка социально приемлемых форм поведения и преодоление порочных форм адаптации. Центральное место в схеме лечения принадлежит психотерапевтическим методам воздействия, терапии занятостью и трудовой терапии.

На четвертом этапе — этапе закрепления лечения и подготовке к выписке — главной целью является выработка схемы поддерживающей терапии (которая в будущем может применяться и в амбулаторных условиях), а также квалифицированная, объективная оценка состояния больного и полноценное решение всех его социальных проблем. В схеме лечения ведущими являются психотерапия и социальные мероприятия, а также лечение занятостью и трудовая терапия. Медикаментозное лечение минимально и носит поддерживающий характер.

Для каждого из перечисленных этапов характерны, наряду с изменяющейся клинической картиной, определенные психологические, индивидуальные и групповые феномены, привносящие в патокинез шизофренического процесса специфические особенности, которые учитывались при назначении медикаментозного лечения и разнообразных видов психотерапии.

Медикаментозное лечение

В настоящее время общепризнанным является мнение о том, что лечение шизофрении должно быть длительным, комплексным и дифференцированным, основной задачей которого является купирование продуктивной психопатологической симптоматики и сдерживание прогрессивности эндогенного процесса.

Общие принципы назначения и проведения медикаментозной терапии больных шизофренией, совершивших ООД, остаются теми же, что и при лечении общей популяции страдающих этим заболеванием. Одним из главных условий оптимального терапевтического эффекта является выделение психопатологического синдрома, определяющего особенности клинической картины и послужившего одной из причин совершения ООД, для адекватного психофармакологического воздействия на него.

Лечение шизофрении в последнее десятилетие традиционно ориентировано на применение психотропных средств, хотя шоковые методы (ЭСТ, инсулин в коматозных дозах) не утратили своего значения. При построении оптимальных схем медикаментозной терапии в условиях принудительного лечения актуальными остаются общие принципы (Г.Я.Авруцкий, А.А.Недува, 1988; Л.С. Сverdлов, 1989), согласно которым наиболее существенное значение имеет положение безусловной клинической обоснованности всех видов лечения на всем протяжении заболевания, в противовес формальному назначению “терапия ради терапии”. Кроме того, для предупреждения терапевтической резистентности и перехода к вялому затяжному течению шизофренического процесса необходимо отказаться от шаблонной терапии с применением одних и тех же препаратов в стандартных “средних дозах” без учета клинической динамики. В целом, немаловажным является расширение применения методов интенсивной психофармакотерапии, с помощью которых в минимальные сроки можно достичь максимального терапевтического эффекта. При этом имеет значение раннее назначение доз, необходимых для быстрого купирования психотического состояния, темпы их наращивания, способы введения, а также клинически обоснованное комбинированное применение препаратов с учетом их фармакокинетики и фармакодинамики.

Изложенные принципы терапевтической тактики были положены в основу медикаментозной терапии при проведении принудительного лечения. Вместе с тем, особенности контингента больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении, диктуют и некоторые специфические подходы к проведению психофармакотерапии.

Особенности медикаментозной терапии больных шизофренией, совершивших ООД по продуктивно-психотическим механизмам.

Специфика лечения больных с продуктивной психопатологической симптоматикой диктуется клиническими признаками их общественной опасности. Поэтому, основной задачей медикаментозного лечения пациентов этой группы является воздействие на имеющуюся бредовую систему или галлюцинаторно-параноидную симптоматику с целью максимального снижения социальной опасности больных.

Поскольку в большинстве своем лица, совершившие ООД в состоянии психоза, по своим клиническим и социальным характеристикам близки к пациентам общеклинических психиатрических отделений, при поступлении на принудительное лечение им необходимо обеспечить адекватную и эффективную терапию, основные принципы которой изложены в начале раздела. Не останавливаясь на различных комбинациях нейролептических препаратов, т.к. они практически индивидуальны для каждого больного, отметим лишь основные особенности их воздействия на различных этапах принудительного лечения.

На *первом этапе* принудительного лечения, когда доминирует активная психотическая симптоматика с реактивными наслоениями, целесообразна интенсивная психофармакотерапия, адекватная клиническим проявлениям психоза. Однако при назначении алифатических фенотиазинов необходимо учитывать, что чем более систематизирован бред, тем он хуже редуцируется под воздействием этих препаратов. Они уменьшают аффективную заряженность бреда и, как следствие этого, активность больных в борьбе за реализацию своих бредовых планов при относительной неизменности самой бредовой структуры.

Избирательное антипсихотическое действие производных пиперазинового ряда и бутирофенонов иное. Они оказывают более выраженное и глубокое воздействие на систематизированный бред, галлюцинаторно-параноидную симптоматику и явления психического автоматизма. Скорость разрушения систематизированных бредовых построений с распадом иерархии бредовых мотивов у больных шизофренией, как правило, коррелирует с давностью заболевания. А поскольку чаще всего систематизированный бред развивается у этой категории больных задолго до совершения ими ООД и поступления на принудительное лечение, интенсивность обратного развития бреда замедлена.

На *втором этапе* принудительного лечения необходимо изменение спектра психотропных препаратов, так как под воздействием проводимой терапии происходит редукция и деструкция синдромов. Для дифференцированного подбора психофармакологических средств помимо традиционных критериев (ведущих психопатологических синдромов, их сочетаний, степени выраженности, прогрессивности процесса, особенностей психотропного спектра препарата, сомато-неврологического состояния) целесообразно учитывать и новые подходы к лечению больных шизофренией с учетом латерализации функциональной неполноценности в мозговых структурах.

Больным с дисфункцией правого полушария назначались пиперазиновые производные фенотиазина, которые активизируют функции левого полушария и частично подавляют правополушарную активность. В описываемой группе пациентов лица с дисфункцией правого полушария составили 70,7%. При назначении терапии пациентам с дисфункцией левого полушария предпочтение отдавалось алифатическим и пиперидиновым производным фенотиазинового ряда. Лицам с двусторонними функциональными изменениями (по данным наших исследований они составили 26,8%), при выборе терапии психофармакологические средства назначались согласно клиническим показаниям.

На *третьем этапе* принудительного лечения, когда идет процесс формирования ремиссии, целесообразно изменение терапевтической тактики. Число вариантов терапевтических комбинаций связано с такими признаками, как остаточная психопатологическая симптоматика, структура формирующегося дефекта, качество ремиссии и степень сохранности критических способностей больного.

Главной задачей биологической терапии на данном этапе является устранение условий для формирования и углубления дефицитарной симптоматики, преодоление нередко формирующейся терапевтической резистентности. В связи с тем, что на третьем этапе начинается интенсивная психотерапевтическая и психокоррекционная работа с больными, необходимо стремиться к ограничению препаратов седативного действия, предпочитая им стимулирующие. В ряде случаев имеет смысл переход на препараты пролонгированного действия. При

трансформации синдромов с переходом на аффективный уровень (преимущественно с депрессивными проявлениями) следует назначать антидепрессанты.

Среди больных шизофренией, совершивших ООД, большой удельный вес занимают лица с “микстной” патологией и функциональной неполноценностью мозговых структур, что ограничивает эффективность психофармакотерапии с одной стороны и способствует формированию резистентности к лечению - с другой. В связи с этим, а также с учетом длительности пребывания пациентов на принудительном лечении, необходимым является воздействие на шизофренический процесс с нейробиологического полюса, так как нарушение высших корковых функций в процессе лечения у этих больных имеет тенденцию к нарастанию. На третьем этапе целесообразно назначение ноотропных препаратов, курсового лечения витаминами группы В, аминокислот, а при необходимости и препаратов, улучшающих мозговое кровообращение. Ноотропные препараты в оптимальных дозах обладают антигипоксическим действием, улучшают интеллектуальные и мнестические функции, повышают скорость психических реакций и процессов обучения, уменьшают побочные эффекты нейролептических средств. Подключение их в схему лечения с целью медикаментозной коррекции когнитивных процессов целесообразно на этапе проведения психокоррекционной работы, направленной на формирование просоциального стереотипа поведения.

Однако на первых этапах принудительного лечения, когда еще полностью не редуцировалась продуктивная симптоматика, следует с большой осторожностью относиться к назначению ноотропов и аминокислот. Эти препараты могут потенцировать обострение симптоматики, напряжение, раздражительность, возбудимость, повысить сексуальность. Если подобные проявления будут иметь место при клинически сформировавшейся ремиссии, то это может служить индикатором ее нестойкости.

Главной целью биологической терапии на *четвертом этапе* принудительного лечения является сохранение результатов, достигнутых ранее, и профилактика обострения процесса. На этой стадии целесообразно применение препаратов пролонгированного действия, транквилизаторов, при необходимости - антидепрессантов. Кроме того, осуществляется дифференцированный подбор препаратов для поддерживающей терапии, которые могут в дальнейшем применяться и в амбулаторных условиях.

В заключение следует отметить, что при лечении больных с психотическими синдромами, совершивших ООД по продуктивно-психотическим механизмам, большую роль играет индивидуально-клинический подход с преобладанием в схеме реабилитационно-терапевтических мероприятий медикаментозной терапии, которая существенно снижает общественную опасность этой категории больных.

Особенности медикаментозной терапии больных шизофренией совершивших ООД по негативно-личностным механизмам.

Особенности лечения больных шизофренией с преобладающими непсихотическими синдромами диктуются клиническими признаками их общественной опасности. Чаще всего причиной совершения ООД у этих пациентов является морально-этическое снижение, обусловленное эмоционально-волевыми расстройствами, и эмоциональная бесконтрольность, реже интеллектуальная несостоятельность, а также повышенная внушаемость и подчиняемость.

Согласно результатам, изложенным ранее, подавляющее большинство среди них составляли больные с психопатоподобными синдромами. Значительно меньшим количеством представлены пациенты с выраженными изменениями личности. Важным для лечебной тактики является наличие у большинства этих пациентов рудиментарных продуктивных расстройств, которые и служат основной точкой приложения медикаментозных воздействий.

У больных с *ведущим психопатоподобным синдромом* схема медикаментозного лечения соответствовала общим принципам, изложенным выше и имела следующие особенности.

На *первом этапе* принудительного лечения назначались, как правило, седативные препараты широкого спектра действия, с затормаживающим и антипсихотическим действием, которые с разной степенью активности воздействуют на синдромы с выраженной аффективной окраской и тревожные состояния.

На *втором этапе*, соответственно динамике психического статуса, изменялся спектр психотропных средств: постепенно препараты с седативным действием заменялись на препараты с элективным действием. Если в клинической картине на первый план выступали нарушения поведения, то целесообразно подключение в схему лечения неуплетила в индивидуально подобранных дозах. При выраженных расстройствах мышления предпочтение необходимо отдавать трифтазину, при дурашливости и манерности - триседилу, при наличии в клинической картине гипоманиакальных проявлений - препаратам лития (с постоянным соматическим и лабораторным контролем), при склонности больных к раздражительности, злобности, импульсивным действиям - лепонекса, хлорпротиксена, транквилизаторов. Если в клинической картине доминировал депрессивный компонент, применялись антидепрессанты с седативным и тимолептическим действием. Наряду с клиническими данными необходимо также учитывать и результаты нейропсихологических исследований.

Главной целью медикаментозного лечения на первых этапах является купирование рудиментарной продуктивной симптоматики и коррекция психопатоподобных расстройств.

На *третьем этапе*, когда происходит дозревание ремиссии, активная медикаментозная терапия отходит на второй план, уступая место коррекционно-воспитательным и реабилитационным воздействиям. На этом этапе, в связи с имеющейся у многих больных резистентностью к терапии и признаками госпитализма, целесообразно своевременное применение индивидуализированных способов преодоления терапевтической резистентности и фармакогенного дефекта, подробно изложенных в работах И.И.Кутько с соавт. (1992-1994). В случаях осложнения психопатоподобного синдрома алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, обязательно лечение микстной патологии. В связи с имеющейся дисфункцией мозговых структур необходимо применение витаминов группы В и ноотропных препаратов, обоснованность применения которых изложена ранее.

На *четвертом этапе* принудительного лечения, когда идет закрепление достигнутого эффекта и подготовка к выписке, а также формируется схема будущей внебольничной терапии, предпочтительны препараты пролонгированного действия. Широкое применение транквилизаторов и корректоров не показано в связи со склонностью этих пациентов к викарной наркотизации этими средствами. У больных, состояние которых стабильно и квалифицируется как психопатоподобный

дефект, применение массивной нейролептической терапии не оправдано. Медикаментозная коррекция имеет смысл лишь в случаях декомпенсации с выраженным аффективным компонентом или радикалом агрессии.

У пациентов с *изменениями личности* ведущими были апато-абулические расстройства. Схема медикаментозного лечения, как и в предыдущих группах, должна строиться на традиционных принципах фармакотерапии с учетом выраженности психопатологической симптоматики. На *первом и втором этапах* принудительного лечения медикаментозное лечение интенсивно, направлено на купирование рудиментарной позитивной симптоматики и активных проявлений негативизма, если таковые имеются. На *третьем этапе* принудительного лечения целесообразно применение нейролептических препаратов со стимулирующим действием, таких как френолон, сонапакс, малые дозы трифтазина и др. На этом этапе важна своевременность диагностики депрессивных состояний и ограничение их от апато-абулического синдрома, чему способствует назначение антидепрессантов. На этапах реконвалесценции интенсивность медикаментозной терапии снижается, и на первое место выступает терапия занятостью и трудовая терапия. На *четвертом этапе* при сформировавшемся апато-абулическом дефекте целесообразно включение в схему лечения малых доз модитен-депо, имап, семап. Показана общеукрепляющая терапия, препараты ноотропного действия.

В заключение следует отметить, что применение медикаментозной терапии у больных с непсихотическими синдромами, способствует стабилизации состояния, редукции рудиментов имеющейся продуктивной симптоматики, большей упорядоченности поведения и практически не влияет на порочные социальные установки больных с негативно-личностными расстройствами, повлекшими за собой совершенные ООД. Достигнутые с помощью фармакотерапии изменения в клинической картине пациентов являются лишь предпосылкой для последующих реабилитационных мероприятий.

Реабилитационные мероприятия.

В общепсихиатрической практике хрестоматийным является тезис о том, что основой всех реабилитационных мероприятий является апелляция к личности больного. В условиях принудительного лечения значимость личностного фактора возрастает, т.к. среди больных шизофренией, совершивших ООД, лишь около 1/3 пациентов находилось в психозе, а у остальных имела место дефицитарная симптоматика и самые разнообразные постпроцессуальные изменения личности. Кроме того, у части пациентов были выражены социальные дисфункции и порочная адаптация к социальной среде на криминальном уровне.

Важнейшим звеном реабилитационных программ для этих лиц являлась психотерапия и психокоррекция. К настоящему времени в литературе описаны отдельные психотерапевтические подходы к различным группам больных шизофренией, находящимся на принудительном лечении. Так, С.Д. Заморонова, Т.Е. Кузьмичева (1983) предлагают использование социометрических методов для создания “психотерапевтической среды” в отделениях для принудительного лечения; В.П. Подрезов, Ю.Т. Каганович (1983) - организовать школьное обучение этих больных для улучшения интерперсональных отношений и переориентации личности в положительном социальном направлении. Г.Д. Варшавская (1981) рекомендует анализировать внутрисемейные отношения пациентов, Е.С. Наталевич (1983), Ф.В. Кондратьев (1985), Т.Б. Дмитриева, И.Я. Гурович (1991) подчеркивают

необходимость деонтологического подхода к психически больным, находящимся на принудительном лечении.

Что касается опыта зарубежных коллег, то психотерапевтически ориентированных работ, посвященных больным шизофренией, совершивших ООД, не много, в отличие от необозримого количества литературы по психотерапии больных шизофренией без криминального анамнеза.

Авторы предлагают широкое использование рациональной, суггестивной терапии и психоанализа (Van Moffaert M., 1976). Особое внимание в последние годы уделяется групповой терапии, так как в отличие от индивидуальной, ее характерной особенностью является механизм научения (К.Е.Рудестам,1990).В группе выявляются характерные для ее участников формы неадаптивного межличностного поведения, происходит социальное обучение с целью изменения типов взаимодействия с окружающим миром. По мнению С.Р.Рогерс (1987) у каждого человека возможно выявление конструктивных изменений личности. В группе также происходит социальная интеграция, конфронтация больного с социальными требованиями и ожиданиями, появляется необходимость активного и творческого решения возникших проблем.

По мнению Т.М. Durham (1982), А.С.Беллак, S.M.Turner et al.(1984), G. Kastenhuber (1984), V.Saube, B.Wende (1985), А.А.Turvey, С.С.Мейн et al. (1985) и др. групповая терапия создает условия для переориентации личности, предотвращающие преступления. Однако оптимизм, выраженный в работах вышеперечисленных авторов, не разделяют V.Volterra, G.Martini (1986), говорящие об ограниченных возможностях и границах психокоррекционной работы с больными шизофренией, так как результат психотерапии в значительной мере зависит от мотивации к лечению, интеллекта, системы ценностей, заинтересованности в самораскрытии, активности, ведущего симптомокомплекса и т.п.

Проведенный анализ литературы и знакомство с работой специализированных отделений позволили констатировать, что до настоящего времени психотерапия применялась в условиях принудительного лечения в ограниченных масштабах и, главным образом, в форме индивидуальной и косвенной в условиях совместной деятельности (трудовая терапия, лечение занятостью, культтерапия). Вместе с тем, проведенные нами клинические и психологические исследования, указывают на характерные для этих больных антисоциальные личностные установки, разнообразные внутренние и внешние конфликты, наличие обвиняющей позиции больного по отношению к другим, склонность к импульсивности, агрессивности, неспособности адекватно проанализировать конфликтную ситуацию, что в 80% случаев приводит к повторным ООД, идентичным по механизму предыдущим. Для коррекции этих особенностей наиболее адекватными являются групповые виды психотерапии.

Главной задачей групповой терапии в отделении для принудительного лечения являлось формирование социально приемлемых стереотипов поведения в трудных ситуациях, коррекция дезадаптивных социальных установок, перестройка патологической системы отношений и выработка адекватных форм психологической защиты. Ведущей методикой, с помощью которой проводилась групповая терапия, была систематическая работа в малой психотерапевтической группе. Использовались разнообразные методы и техники групповой терапии. Во многих

случаях методика ее проведения определялась личностью терапевта, объемом техник, которыми он владеет, индивидуальными характеристиками больных, составом группы, а также установкой на этот вид лечения не только пациента, но и его лечащего врача. Количество возможных техник при проведении групповой терапии многообразно и практически индивидуально для каждой группы и ее членов.

Опыт работы с этими пациентами позволил выявить *ряд специфических особенностей проведения групповой терапии в условиях принудительного лечения*, среди которых наиболее значительными представляются следующие.

Психотерапевтическая группа (в силу специального режима в отделении) является гомогенной, с оптимальным числом участников — 7-10 человек, которые добровольно хотят участвовать в группе. Группы практически всегда являются закрытыми, так как пациенты крайне негативны к приходу новых членов. Группы функционируют 2,5-3 месяца. Длительность занятия составляет 1,2-2 часа, с частотой 2 раза в неделю. В среднем проводится 25-26 занятий.

Для успешного функционирования группы помимо больных шизофренией целесообразно включать в нее 1-2 пациентов с другим диагнозом. Как правило, в отделении для принудительного лечения это лица с алкогольным параноидом, реактивным психозом. Нежелательны в таком психотерапевтическом коллективе больные с маниакальным аффектом, которые настаивают на участие в нем. Они чрезвычайно болтливы, нечувствительны к критике, эгоцентричны, обнаженно откровенны и препятствуют установлению эмоциональных и продуктивных связей между членами группы. Это создает антитерапевтическую атмосферу и делает невозможным продуктивную работу в группе.

В качестве критериев подбора в психотерапевтическую группу, помимо перечисленных, учитываются также и следующие особенности пациентов:

- **интеллектуальные возможности;**
- **способность идентифицировать себя с другими людьми хотя бы в минимальной степени;**
- **отсутствие агрессивного радикала в поведении;**
- **невысокий уровень тревожности;**
- **самостоятельная инициатива членов группы по привлечению других больных из отделения.**

Противопоказанием для включения в группу является наличие у больных грубой психопатологической симптоматики, расторможенность, недоброжелательное отношение к членам группы, легко вспыхивающая агрессивность и отказ от соблюдения правил групповой терапии.

Данные литературы и собственные наблюдения позволяют рекомендовать проведение групповой психотерапии у данного контингента больных двум специалистам: психотерапевт (психолог) и котерапевт, в роли которого может выступать врач-психиатр. Преимущества такого подхода обусловлены тем, что вдвоем легче удастся преодолеть негативизм больных, индуцировать их активность, а также объективизировать состояние больного в процессе групповой динамики.

Большое значение имеет личность психотерапевта, его поведение, стиль общения с больными и манера реагирования на конфликтные ситуации не только в группе, но и в отделении. В зависимости от клинических и психологических характеристик пациентов целесообразно формировать группы, в которых решаются задачи различного уровня сложности и применяются различные психотерапевтические мероприятия, разделенные, согласно рекомендациям В.Д.Вид и соавт. (1982), на 4 уровня.

Основные задачи **первого, самого простого уровня**, заключаются в эмоциональной стимуляции, активации общения и налаживании между больными эмоционально насыщенных связей. Эти задачи необходимо решать в психомоторных группах, где проводится групповая лечебная физкультура, занятия пантомимой, игры, что способствует общности переживаний, растормаживанию моторики, повышению эмоционального тонуса. Помимо этого, целесообразно использовать музыкотерапию, арттерапию, то есть групповые формы творческой деятельности, которые стимулируют настроение, способствуют сопереживанию и формируют новые потребности, а так же создают благоприятные условия для перехода к вербальным методам психологической коррекции, применяемой для решения задач последующих уровней психотерапии.

Задачи **второго уровня** более сложны и направлены на выработку адекватных стереотипов поведения в трудных ситуациях, на тренировку общения, на преодоление зависимости от антисоциального окружения и повышение социальной уверенности в себе. Для решения этих задач особое значение имеет функциональная тренировка поведения, способствующая оптимизации поведения в трудных для больного ситуациях, потенцирующих правонарушения.

Задачей **третьего уровня** является изменение антисоциальных стереотипов поведения пациентов, коррекция дезадаптивных установок и отношений, а также формирование адекватных представлений о болезни и совершенном общественно опасном деянии. Эти задачи решаются с помощью коммуникативной терапии и проблемно ориентированных дискуссий в группах.

На **четвертом, самом сложном уровне**, осуществляется перестройка нарушенной системы отношений и вырабатываются социально приемлемые формы эмоционально-личностного реагирования на криминогенные для больного ситуации. На решение этих задач направлена методика вербальных дискуссий.

Разделение задач, решаемых в группах и соответствующих им психотерапевтических методов, на уровни, носит условный характер. По сути проводится комбинирование методик, удельный вес и уровень сложности которых в психотерапевтической схеме определяется клиническими, личностными характеристиками больных, этапами принудительного лечения и типом психотерапевтической группы.

С известной долей схематизации можно выделить три типа групп:

1 тип — группа пациентов, для которых характерен низкий социальный статус и образовательный уровень до совершения ООД, а также интеллектуальное снижение в процессе психического заболевания. Как правило, в эту группу входят больные шизофренией, у которых психическое состояние соответствует ремиссии “С” с апато-абулическим, параноидным, психопатопоподобным или смешанным типами дефекта. В этих группах в основном решаются задачи 1 и 2 уровней с применением

методов, основанных на невербальной активности (музыкотерапия, арттерапия, пантомима) и функциональной тренировке поведения.

2 тип — группа пациентов с преморбидно асоциальным стереотипом поведения. Как правило, эти пациенты либо имели криминальный опыт, приобретенный в исправительно-трудовых колониях, либо ранее уже находились на принудительном лечении. В большинстве своем они злоупотребляли наркотическими веществами и препаратами. Большую часть пациентов этой группы составляют лица, совершившие ООД по негативно-личностным механизмам с ведущим психопатоподобным синдромом в клинической картине заболевания. Как правило, в этих группах решаются задачи 2 и 3 уровней с применением методов функциональной тренировки поведения и коммуникативной терапии.

При преобладании у больных психопатоподобного поведения особо значима функциональная тренировка поведения. Учитывая тот факт, что в 80% случаев механизмы повторных общественно опасных действий клишируют механизмы предыдущего криминала, основной задачей психокоррекции у этих пациентов является выработка социально приемлемых форм поведения в криминогенных для них ситуациях, тренировка общения, преодоление зависимости от антисоциального окружения. С частью больных, имеющих достаточный образовательный уровень и интеллектуальный потенциал, возможно проведение свободных вербальных дискуссий, что позволяет решать задачи 4 уровня.

3 тип — группа пациентов, для которых характерен высокий образовательный уровень, положительные социальные установки до совершения ООД и высокий интеллектуальный потенциал. Эти пациенты впервые находятся на принудительном лечении, а многие из них - и в психиатрической больнице. Подавляющее большинство среди них совершают ООД по продуктивно-психотическим механизмам с бредовой мотивацией. Клинически к моменту проведения групповой терапии их состояние соответствует ремиссии "В". Значительно меньшим количеством в этих группах представлены пациенты, совершившие ООД вне психотического состояния, по негативно-личностным механизмам. Однако совершенные ими правонарушения были ситуационно обусловлены и первичны.

В этих группах, как правило, возможно решение задач 3 и 4 уровней. Эти задачи целесообразно решать путем применения способов импровизаций и проблемно ориентированных дискуссий с акцентом на социально приемлемых методах разрешения межличностных конфликтов.

Следует отметить, что в условиях принудительного лечения преобладают группы 2 типа. Очень редко удается сформировать гомогенную группу 3 типа с достаточным количеством участников. В связи с этим наряду с гомогенными группами целесообразно формировать и гетерогенные, в которых объединять пациентов 2 и 3, либо 1 и 2 типов.

Помимо индивидуальной и групповой психотерапии применялись и психосоциальные мероприятия, традиционно используемые в условиях принудительного лечения (трудотерапия, терапия занятостью, культуротерапия и т.д.).

В выделенных группах больных проведение психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий на каждом этапе принудительного лечения имело свои особенности.

Изменение подходов к реабилитации психически больных, совершивших ООД, внедрение в практику новых организационных форм, способных повысить эффективность реабилитации выдвинуло в последнее время на передовые позиции идею об использовании терапевтических бригад.

Использование терапевтических бригад — принципиально новый, наиболее универсальный подход к реабилитации описанного нами контингента больных, подход, имеющий возможности, значительно превышающие возможности предшествующих разработок. Терапевтическая бригада, включающая врача, психолога, социального работника, проводящих работу с 7-10 больными, их родственниками и другими созависимыми людьми, при надлежащей постановке дела способна значительно повысить эффективность и качество реабилитационного процесса.

В успешном функционировании терапевтической бригады немаловажную роль играют социальные работники. Их функции достаточно разнообразны и могут быть структурированы следующим образом:

- **осуществление взаимодействия с органами социального обеспечения, правоохранительными, государственными и лечебными учреждениями, отделами социальной защиты населения;**
- **решение социальных вопросов больного (МСЭК, паспортизация, опекуновство и т.п.);**
- **установление связи с родственниками пациента;**
- **организация встреч с нотариусом и юристом и присутствие на них;**
- **участие в работе психиатрических комиссий по освидетельствованию больных на предмет возможного прекращения принудительного лечения или изменения его формы.**

Помимо этого, социальные работники могут выполнять значительный объем психотерапевтической работы, содержанием которой является:

- **участие в формировании лечебных групп**
- **участие в работе лечебной группы в качестве котерапевта**
- **консультативная работа с родителями и другими членами семей больных**
- **участие в формировании терапевтической среды в лечебном учреждении**
- **участие в работе группы поддержки после окончания основного лечебного курса.**
- **изучение ценностных ориентаций больных**
- **дезактуализация альтернативных выборов пациентов**
- **сближение систем ценностей пациентов с социально одобряемыми**
- **передача опыта жизни без алкоголя и наркотиков**
- **передача опыта конструктивного выхода из трудных ситуаций**
- **передача опыта восстановления семейных и других отношений**

- профилактика развития псевдогармонии в лечебной группе
- повышение уровня активности участников лечебной группы
- предупреждение появления неформального оппозиционно настроенного лидера в среде пациентов.

Особенности реабилитационной работы с больными шизофренией, совершившими ООД по продуктивно-психотическим механизмам.

Главной целью *первого — адаптационно-диагностического этапа* — является клиническая, психологическая и социальная квалификация состояния больного, его адаптация к условиям отделения и выработка медикаментозной и психотерапевтической тактики проведения принудительного лечения.

На этом этапе врач-психиатр должен оценить клинико-психопатологические особенности больного, его преморбидные личностные свойства, патокинез психопатологических проявлений в предыдущие поступления в психиатрические стационары и в настоящее время. Анализируется также тяжесть и кратность опасных деяний, механизмы их совершения, наркогенный анамнез и социальный статус больного в динамике.

Психологическая диагностика осуществляется психологом в отсутствие острых психотических проявлений и строится таким образом, чтобы результаты ее были применимы для построения лечебно-реабилитационных программ, т.е. психологическая диагностика прежде всего должна быть направлена на выявление личностных свойств больного, его интеллектуального потенциала, имеющихся механизмов психологической защиты, диссимулятивных тенденций, особенностей, которые проявляются в социальной среде и общественных отношениях, а также для определения ведущих мотивов, ценностей и обнаружения внутренних конфликтов.

Практический опыт применения разнообразных психологических методик показывает, что для этой цели наиболее информативным является методика многостороннего исследования личности (ММРІ) и тематический апперцепционный тест (ТАТ), либо другая проективная методика. Преимущества этих тестов состоят в том, что с их помощью можно выявить адекватность самооценки испытуемого, объективизировать личностные и эмоционально-волевые особенности, скрытые потенциальные личностные тенденции, что позволяет прогнозировать асоциальные формы поведения. Кроме того, эти данные могут использоваться при решении вопроса о точках приложения психотерапевтических воздействий.

Эти экспериментально-психологические исследования возможны у лиц с достаточным интеллектуальным потенциалом и отсутствием негативизма к экспериментатору и процедуре обследования. Отказ больного от тестирования может служить лишь косвенным признаком психологической защиты или диссимуляции, что также подлежит интерпретации в диагностическом плане.

Диагностическая стадия первого этапа очень важна, так как анализ полученных результатов обследования является по сути базисом для выбора путей построения патогенетически и личностно ориентированных программ. Значимость первого этапа для успешного конечного результата принудительного лечения определяется

еще и тем, что именно на этой стадии, во-первых, устанавливается контакт между врачом, психологом, медицинским персоналом отделения и больным, а во-вторых, происходит как бы “вхождение” пациента в коллектив больных отделения через стадию адаптации. Особая важность этого этапа объясняется тем, что с этой относительно ограниченной группой лиц больному предстоит общаться довольно длительное время, и не только психопатологические и личностные особенности, но и групповые потребности, интересы, знания будут во многом определять последующий стереотип поведения пациента.

Кроме того, мотивация больного к приему лекарств и психотерапевтическим воздействиям коррелирует не только с психопатологическим состоянием и особенностями его личности, но стимулируется или подавляется окружающими его больными, передающими свой опыт вновь поступившему. В связи с этим уже на первом этапе параллельно проведению диагностики целесообразна индивидуальная психотерапия, где особое внимание следует уделять образовательному подходу, посредством которого достигается понимание больным цели медикаментозного лечения.

Уже на первом этапе больные, совершившие ООД по продуктивно-психотическим механизмам с преморбидно положительными социальными установками, психологически отличаются от пациентов, совершивших ООД по негативно-личностным механизмам. Выходя из острого психотического состояния, которое часто купируется уже в отделении судебно-психиатрической экспертизы или вскоре после поступления в отделение для принудительного лечения, эти больные испытывают психологический шок от осознания совершенного преступления и его последствий. В этот период у пациентов наблюдается реактивно обусловленная тревога, напряжение, депрессия, обострение психического состояния, нередко суицидальные мысли и действия. Этим больным чужд мир криминальных личностей, в котором они вынуждены пребывать в связи с совершенным ООД, что усиливает психогенный компонент в психопатологической структуре состояния. Вышеизложенные особенности этих больных позволяют рекомендовать уже на первом этапе принудительного лечения проведение индивидуальной седативной психотерапии.

В связи с вышеописанными особенностями состояния и поведения больных, целесообразен лечебно-щадящий режим с ограничением деятельности, а при необходимости и постельный режим с пребыванием некоторое время в палате наблюдения, что даст возможность постоянного усиленного наблюдения за больным с целью оценки его невербальных форм поведения и предотвращения непредсказуемых действий. В последующем имеет смысл, если больной находится не в остром психотическом состоянии, ориентировочно определить диапазон его трудовых возможностей и степень квалификации, а также наклонностей, хобби, чтобы в дальнейшем использовать эту информацию для построения индивидуальных реабилитационных программ.

Учитывая важность решения социальных вопросов уже на первом этапе социальный работник выявляет степень их значимости и очередность решения: установление группы инвалидности, сроки переосвидетельствования во МСЭК, наличие родственников, опекуна, места жительства, способствует налаживанию контактов с родственниками и т.п. Таким образом, в конце первого адаптационно-диагностического этапа пребывания больного на принудительном лечении (который длится от 2 до 4 недель в зависимости от клинико-психологических и средовых

факторов) врач должен располагать клинико-психопатологическими, психологическими и социальными базисными данными, позволяющими строить лечебно-реабилитационные патогенетически- и личностно- ориентированные программы.

Главной задачей *второго этапа — этапа стабилизации* — является продолжение лечения процессуальной симптоматики и включение пациентов в трудовую деятельность. На этом этапе в силу патокинеза шизофренического процесса и фармакотерапевтического воздействия психопатологический фасад начинает блекнуть и в клинической картине заболевания все четче вырисовываются индивидуальные личностные особенности больного. В зависимости от клинической динамики, преморбидной направленности личности, степени сохранности интеллекта и критических способностей, этот этап протекает по-разному в каждой группе пациентов. На этом этапе клиническое улучшение нестойко, процесс еще продолжается, а под воздействием нейролептических препаратов происходит лишь “зашторивание” психопатологической симптоматики, которая легко обостряется под воздействием психогении.

У больных шизофренией, *совершивших ООД по продуктивно-психотическим механизмам* (чаще всего — это насильственные деяния, многие из которых со смертельным исходом и направлены против близких людей), с появлением критической оценки наблюдается феномен, который можно обозначить термином “травма выздоровления”. При этом больной продолжает осознавать весь ужас и необратимость случившегося, подводит черту под всей прожитой жизнью и начинает переосмысливать свое положение в обществе. На этом этапе у пациентов с относительно сохранным ядром личности и положительными преморбидными социальными установками “масштаб переживания болезни и криминала” чрезвычайно широк и мучителен. Одновременно интенсивность психотических расстройств остается значительной, поведенческие особенности диктуются содержанием бредовых и галлюцинаторных переживаний, отсутствует критика к своему состоянию и совершенному ООД.

Как для первого, так и для второго этапа принудительного лечения характерен еще один феномен, обычно чрезвычайно мучительно переносимый больными на протяжении всего лечения, но имеющий особую яркость в первые 5-6 месяцев госпитализации. Речь идет о том, что после вынесения судом определения и перевода в отделение для принудительного лечения у больных, с одной стороны, наступает конец неопределенности (он признан невменяемым и подлежит принудительному лечению в психиатрической больнице), а с другой - появляется неопределенность длительности принудительного лечения. Эти переживания являются также психотравмирующим моментом, который со временем хронизируется и эмоциональная реакция на него блекнет, но в первые месяцы пребывания в отделении (1 и 2 этапы) основные психопатологические расстройства дополняются психогенно обусловленной тревогой, напряжением, депрессией.

Психотерапевтические методы воздействия на втором этапе принудительного лечения, с учетом вышеизложенных проявлений, целесообразно проводить индивидуально, что смягчает “травму выздоровления”. Учитывая масштаб переживания криминала у больных с положительными установками на лечение и сохранным ядром личности, целесообразно проведение логотерапии (по Франклю) - терапии, направленной на поиск смысла жизни и жизненных ценностей в изменившихся, новых для больного условиях социального функционирования.

При размещении этих больных по палатам очень важно учитывать личностные особенности лиц, с которыми они будут общаться. Необходимо препятствовать их совместному пребыванию с пациентами, имеющими криминальный стереотип поведения, так как это создает “антитерапевтическую среду” и является дополнительным психотравмирующим моментом.

На втором этапе реабилитационных мероприятий начинается включение больных в трудовую деятельность различной сложности. При этом необходимо учитывать степень выраженности продуктивной симптоматики, состояние эмоционально-волевой сферы, личностные особенности больного, отношение к труду и различным его видам, профессию до начала заболевания и прошлый трудовой опыт. Трудовая терапия у данного контингента больных при правильной ее организации должна служить и психотерапевтическим целям. В отличие от трудовой терапии в общеклинических отделениях, где больные рассредоточены по разным мастерским в зависимости от их квалификации и психического состояния, в отделениях, где проводится принудительное лечение, в силу режимных ограничений, трудовая терапия должна проводиться в мастерских отделения. Это дает своего рода уникальную возможность в более естественных условиях, чем в психотерапевтической группе, выявить ролевые функции больных, раскрыть потенциальные возможности каждого из них, использовать групповые механизмы стимуляции положительных трудовых установок.

Целесообразно присутствие на трудовых процессах, наряду с врачом психиатром, и психолога, так как именно там начинается формирование будущих групп для психокоррекции. В мастерской необходимо начинать проведение функциональной тренировки поведения в условиях более приближенных к естественной жизни. Дальнейшие психокоррекционные мероприятия являются в таком случае естественным продолжением и развитием начатых в лечебно-трудовых мастерских процессов.

Больные с *параноидной, галлюцинаторно-параноидной симптоматикой* могут выполнять широкий спектр работ с учетом их прошлого опыта и уровня притязаний. Больные со сверхценным отношением к труду могут с успехом и выраженным желанием выполнять удовлетворяющую их работу, чаще всего ту, которой они занимались до совершения ООД.

Пациентам с *ведущим психопатоподобным синдромом* предпочтительны не трудовые процессы со сменой операций, больным с *глубоким дефектом* доступно выполнение однообразных, несложных операций, которые постепенно необходимо усложнять и дифференцировать.

Трудовая терапия должна проводиться с учетом индивидуальных особенностей больного, ибо неадекватный вид труда может отрицательно сказаться на его психическом состоянии. Так, негативная реакция у больного шизофренией на неприемлемый вид труда выражается в напряжении, раздражительности, расторможенности, недержании аффекта и в связи с этим легко возникающей конфликтности и озлобленности. Реакция больных с параноидным синдромом на неадекватный вид труда проявляется либо обострением угасающей симптоматики, либо астеническим синдромом, что ведет к пассивно-отрицательному или активно-негативному отношению к труду. Больные с глубоким дефектом, как правило, склонны отличать реакцией безразличия. Таким образом, в конце второго этапа (который длится в среднем 6 - 8 месяцев) психическое состояние пациентов стабилизируется, происходит формирование ремиссии.

На *третьем этапе — этапе реконвалесценции* — происходит угасание активной продуктивной симптоматики и формирование резидуальных постпсихотических состояний. В клинической картине все отчетливее выявляются негативные изменения личности. В этот период, как правило, уже осуществилась интеграция больного с определенной группой пациентов. В специфических условиях отделения эти группы четко контурируются, образуют относительно устойчивые микроструктуры, формируется система ролей, иерархия отношений с пациентами и медицинским персоналом.

В связи с описанными особенностями статуса пациентов на этапе реконвалесценции медикаментозная терапия отступает на второй план, а ведущими являются психокоррекционные, психотерапевтические мероприятия и трудовая терапия.

Основной целью психотерапевтического воздействия на этом этапе является профилактика госпитализма, формирование критического отношения к болезни, оптимизация поведения больного в трудных для него ситуациях взаимоотношения с людьми, улучшение социального функционирования, выработка социально приемлемых стереотипов поведения. Возможно применение метода свободных вербальных дискуссий, который, однако, редко удается реализовать полностью из-за тщательно скрываемых больными стержневых конфликтов, приведших их к криминалу и мощной психологической защиты. Поэтому больные чаще выбирают для дискуссий индифферентные темы.

При проведении групповой психокоррекции необходимо широко использовать арттерапию. Применение этого метода позволяет выявить подсознательные конфликты и внутренние переживания, скрываемые больными при вербальных формах психотерапии, способствует выражению агрессивных тенденций в социально приемлемой манере поведения. Творческую продукцию больного можно использовать также для интерпретации и диагностической работы в процессе принудительного лечения. Применение психотерапии позволяет развить и усилить внимание пациентов к своим чувствам и эмоциям, усиливает ощущение собственной личностной ценности, способствует преодолению аутизации и является безопасным способом разрядки эмоционального напряжения. Обязательному обсуждению в группах должны подвергаться конкретные ситуации в отделении с особой фиксацией на анализе антисоциальных форм поведения, уклонения от трудовых процессов, унижения слабых больных и т.д. В группе, по сути, должна осуществляться и психопедагогическая работа.

В зависимости от интеллектуального потенциала, клинической картины заболевания, данных психологического обследования, социального статуса и мотивации к разным больным применялись методы разного уровня сложности, описанные выше.

Среди 61 пациента групповая психотерапия в малых группах первоначально была назначена 45 больным (73,7%). Остальные пациенты либо отказались от участия в группе, либо имели противопоказания для этого. Однако, в процессе проведения терапии (как правило, после 4-5 занятий) часть больных (11 человек) отказалась от дальнейшего участия в групповых занятиях. Таким образом, полный курс терапии прошли 34 пациента (55,7%).

По уровню, которого удалось достичь в процессе занятий, эти больные распределились следующим образом:

- 1 уровень — 9 человек (26,5%);
- 2 уровень — 11 человек (32,3%);
- 3 уровень — 9 человек (26,5%);
- 4 уровень — 5 человек (14,7%).

Для более успешного проведения психотерапевтического процесса его необходимо осуществлять по стадиям, каждая из которых имеет свои цели и специфические методы.

Главная цель **1 стадии** заключается в выяснении психотерапевтического потенциала участников группы (интеллект, система ценностей, мотивация к лечению психотерапией, активность, интроверсия), а также в выявлении типичных для них неадаптивных форм поведения.

На первой стадии осуществляется сбор информации об участниках, выясняется их психотерапевтический потенциал (интеллект, система ценностей, мотивация к лечению, активность, интроверсия, а также типичные для них неадаптивные формы поведения). Вырабатываются и принимаются внутренние правила группы. Целесообразно применять методы, основанные на невербальной активности пациентов (музыкотерапия, арттерапия, пантомима). Групповые формы творческой деятельности позволяют выявить индивидуальные особенности пациентов, стимулируют моторику, общность переживаний, способствуют устранению напряжения и скованности, свойственной этой стадии.

На **2 стадии** обсуждаются типичные примеры неадаптивного поведения и анализируется его влияние на совершенное правонарушение. Проигрываются типичные ситуации “Здесь и теперь”. Следует помнить, что этому периоду свойственна агрессивная позиция пациентов к психотерапевту и друг к другу. Очень болезненно многими переносится попытка связать совершенный ими криминал с выявленными неадаптивными формами поведения. Как правило, после 4-5 занятий часть больных отказываются от дальнейшего участия в групповых занятиях. На этой стадии покинули группы упомянутые выше 11 человек. Основная цель этой стадии - социальное обучение больных для изменения их межличностных взаимоотношений. Методики, при помощи которых достигалась эта цель, были различными в зависимости от уровня решаемых задач, которого удалось достичь с больными.

На **3 стадии** психотерапевтический процесс сводился к изменению социальных установок пациентов. Как правило, эти задачи достигались путем применения методов коммуникативной терапии с использованием способов свободных импровизаций и проблемно-ориентированных дискуссий с акцентом на социально приемлемые методы разрешения межличностных конфликтов. Возможно и применение метода свободных вербальных дискуссий, который, однако, редко удавалось реализовать полностью из-за тщательно скрываемых больными стержневых конфликтов, приведших их к криминалу, а также и диссимуляция своего состояния. Поэтому больные чаще выбирали для дискуссий абстрактные, индифферентные темы.

Следует отметить, что возросшее доверие к психотерапевту на этой стадии влекло за собой потребность в индивидуальной, активирующей и корригирующей психотерапии.

Помимо результатов психокоррекционной работы необходимо оценивать и групповые феномены, имеющие место в самом отделении, где объединение больных формируется стихийно и служит моделью поведения личности в

коллективе, которую с известной долей вероятности можно перенести во внешнюю среду. Бесспорно, что психопатологические изменения вносят определенную специфику в этот процесс, однако, среди больных шизофренией, как и в общей популяции, есть и лидеры и отверженные, и лица, занимающие промежуточное положение. Для врача особенно важно знать и о неформальных лидерах среди больных, так как часто они формируют вокруг себя группу лиц, придавая ей асоциальный уклон, что влечет за собой нарушение режимных требований в отделении и, как следствие, совершение повторных правонарушений.

Таким образом, на третьем этапе принудительного лечения происходит формирование постпсихотической личности больного, раскрываются ее компенсаторные возможности. На этом этапе необходимо широко применять дифференцированную косвенную психотерапию. Основной целью трудовой терапии является формирование сознательного отношения к труду, его стимуляция. Устанавливается режим благоприятствования для реализации увлечения больных. С учетом изложенных особенностей состояние пациентов и проводимых реабилитационно-терапевтических мероприятий целесообразен лечебно-активирующий режим.

На **четвертом этапе — этапе закрепления лечения и подготовки к выписке** — проводится подготовка больного к изменению мер медицинского характера или прекращению принудительного лечения.

Психотерапия в этом периоде принудительного лечения должна быть направлена на ресоциализацию больного, закрепление выработанных стереотипов поведения, проигрывание ситуации возвращения домой, встречи с антисоциальной группой, то есть типичных для больного ситуаций, которые провоцировали его криминальные действия.

Психологическая специфика четвертого этапа заключается в том, что сообщение о прекращении принудительного лечения при всей долгожданности этого события создает психогенную (нередко и психотравмирующую) ситуацию для больного и представляет собой психологический эквивалент “кессонной болезни” (Франкл В., 1990), в результате чего возможно возникновение напряжения, тревоги, депрессии, боязни выхода из больницы.

Сложившийся за время пребывания в психиатрическом стационаре регламентированный образ жизни, обеспечение всех жизненных потребностей, синдром госпитализма, разрушение у многих больных семейных связей ставят пациента перед совершенно новыми проблемами. Данные проведенного исследования позволили выявить что, после решения комиссии с рекомендацией о прекращении принудительного лечения для больных, совершивших общественно опасные действия в психотическом состоянии с преморбидно положительными социальными установками, наиболее характерно пониженное настроение, страх перед внешним миром и необходимостью строить там новые межличностные отношения. После получения определения суда о снятии принудительного лечения эти пациенты соглашались на выписку не ранее чем через 1-2 недели, под любым предлогом перенося сроки выписки.

На этом этапе целесообразно проведение семейной психотерапии, которая наиболее перспективна именно в этой группе больных, среди которых 38% пациентов проживают с родителями, а 25% - имеют свои семьи.

С учетом вышеизложенных особенностей конечного этапа принудительного лечения психотерапевтическая коррекция должна быть дифференцированной, интенсивной, направленной на решение проблем больного после выписки из стационара. Врач психиатр должен провести психокоррекционные беседы с родственниками больного, решить вопросы о его месте жительства и адекватном трудоустройстве. От решения социальных проблем во многом зависит степень адаптации в жизни пациента, а это, наряду с правильно поставленным диспансерным наблюдением по месту жительства, является важным звеном в профилактике повторных общественно опасных действий.

Особенности реабилитационной работы с больными шизофренией, совершившими ООД по негативно-личностным механизмам.

Прежде чем приступить к описанию психотерапевтических воздействий на каждом этапе принудительного лечения, необходимо остановиться на принципиальном для построения психокоррекционных программ вопросе оценки механизма ООД у каждого больного.

Речь идет о том, что генез первичного побуждения к совершению опасного действия у пациентов описываемой группы неодинаков. ООД либо были ситуационно спровоцированы, либо носили инициативный характер. По материалам наших исследований, ситуационно спровоцированные действия совершило лишь 27,6% больных, у остальных 72,4% пациентов правонарушения носили инициативный характер.

Знание генеза общественно-опасного деяния очень важно для индивидуализации психокоррекционных программ по следующим соображениям. Психопатологические расстройства, приводящие к ситуационно спровоцированным ООД, не являются непосредственным причинным фактором. Побуждение исходит из ситуации, которая возникает объективно, независимо от желания больного. Определенная психическая неполноценность (неспособность критической оценки ситуации и своего поведения, прогнозированию дальнейшего хода событий, интеллектуальная несостоятельность, нарушения волевой сферы и сдерживающих механизмов) в таких случаях делает больного неспособным противостоять тем или иным импульсам из внешней среды и, следовательно, уязвимым в отношении определенных ситуаций. Если пациент не попадает в такую ситуацию, то он может никогда не совершить ООД. Если же, напротив, больной постоянно сталкивается с условиями, включающими в себя провоцирующие моменты, он может совершать опасные действия систематически.

Группа больных, правонарушения которых носили инициативный характер, отличалась главным образом тем, что имеющиеся психопатологические расстройства обуславливали такие изменения поведения, наклонности, моральных и целевых установок, которые становились непосредственной причиной ООД. У представителей этой группы опасные действия были мало связаны с объективными обстоятельствами, они совершались активно, больные сами создавали условия для совершения деликта.

В связи с этим психокоррекционные мероприятия у пациентов с непсихотическими синдромами наряду с общими принципами проведения имеют и

ряд отличительных моментов, обусловленных причинными факторами совершенного ООД.

Подавляющее большинство среди группы лиц с непсихотическими синдромами, как уже отмечалось, составили **пациенты с психопатоподобными синдромами**, у которых реабилитационные мероприятия осуществлялись по следующей схеме.

Уже на *1 этапе* принудительного лечения для объективной оценки личностных расстройств, потенцирующих совершение деликта, наиболее перспективно использование “Клинико-диагностического интервью для оценки расстройств личности” (IPDE), которое основано на диагностических критериях классификаций психических и поведенческих расстройств ICD-10 и DSM-III-R и адаптировано к применению на Украине (А.О.Фильц, А.И.Коцюба, 1994). Помимо всесторонней клинической и психологической диагностики и медикаментозной терапии целесообразно также проведение интенсивной психотерапевтической работы. В связи с отсутствием продуктивной симптоматики пациенты уже с первых дней пребывания в стационаре доступны психокоррекционным воздействиям.

Большое значение для выработки правильного отношения к факту пребывания на принудительном лечении, приему лекарств и других видов терапии имеет индивидуальная психотерапия с акцентом на образовательный подход, особенно у больных, совершивших *инициативные ООД*.

В отличие от пациентов психотической группы, эти больные легко и быстро адаптировались в отделении. Подавляющее большинство среди них неоднократно лечилось в психиатрических больницах, а 38,9% поступало на принудительное лечение повторно или многократно. (Среди наблюдаемых нами встречались пациенты, поступающие на принудительное лечение девятый раз).

Помещение на лечение с ограничением режима воспринималось большинством из них с бравадой, негативизмом или благодушием. Часть пациентов полностью отрицала у себя психическое заболевание и не скрывала того, что считает принудительное лечение “наказанием”. Общеизвестна тенденция этих больных под любым предлогом избегать приема лекарственных препаратов, их ухищрения в этом плане достигают степени искусства. Эта тенденция усугублялась предшествующим криминальным опытом, который имелся у 47,8% больных. Эффективность такого лечения сводилась к минимуму, ибо психологический фактор превышал эффект психофармакотерапии.

Антитерапевтические установки усугублялись еще и тем, что большинство больных злоупотребляло психоактивными веществами. Анозогнозия, свойственная больным с этими расстройствами, в данном случае являлась еще одним отрицательным фактором, затрудняющим успешную психотерапевтическую работу и снижающим реабилитационный потенциал данной группы больных.

Часть пациентов, у которых деликт был *ситуационно спровоцирован*, в большинстве своем более адекватно относилась к лечению. Особый психотерапевтический подход был необходим тем из них, кто впервые находился на принудительном лечении, так как их реакция на это напоминала таковую у пациентов психотической группы. Таким больным показана индивидуальная седативная психотерапия.

Наряду с этим всем пациентам уже на 1 этапе принудительного лечения целесообразно начинать проведение разнообразных методов косвенной психотерапии: включать их в трудовые процессы и культурные мероприятия, поощрять занятость предпочитаемым делом.

Как и в предыдущей группе, необходимо выяснить социальные проблемы больного и очередность их решения.

На *2 этапе* принудительного лечения психическое состояние пациентов, совершивших *инициативные действия*, неустойчиво. Они периодически аффектно напряжены, угрюмы, раздражительно озлоблены, конфликтны, отказываются от медикаментозного лечения. У них выражена тенденция к частым колебаниям настроения, агрессивности, импульсивности, расторможенности низших влечений. В большинстве наблюдений их отношение к медицинскому персоналу носило оппозиционный характер с некритичными защитными тенденциями, имела место аффективная фиксация на факте помещения на принудительное лечение. “Масштаб переживания болезни и криминала” менее выражен, чем у пациентов психотической группы.

Однако феномен “неопределенности конца лечения” является психогенным для них и усиливает психопатоподобные расстройства. Этим, по-видимому, объясняется максимальное количество побегов, аутоагрессий и агрессий именно в этой группе больных в первые полгода принудительного лечения, причем около 20% побегов совершалось из наблюдательной палаты и около 70% - из отделения.

Если у пациентов, совершивших ООД в психозе, интеграция с больными отделения происходила, как правило, на третьем этапе, то у больных с преобладающими психопатоподобными расстройствами спонтанное объединение в группы осуществлялось уже на 1 или 2 этапах. Причем, в специфических условиях отделения эти группы четко контурируются, образуя относительно устойчивые микроструктуры, где формируется система ролей, иерархия отношений, в основе которых, в некоторых случаях лежат ценности криминального мира. В этих группах роль лидера, в основном, принадлежит больным с доминирующим в клинической картине заболевания психопатоподобным синдромом и имеющим криминальный опыт. В роли отверженных чаще всего находятся больные, в клинической картине которых преобладают либо неврозоподобные астенические проявления (сензитивные, ранимые), либо лица с апато-абулическим типом дефекта.

Как и на 1 этапе, пациенты, совершившие *ситуационно-спровоцированный деликт*, требовали дифференцированного психотерапевтического подхода, т.к. “масштаб переживания болезни и криминала” у них более выражен. Целесообразно продолжение индивидуальной седативной терапии и проведение логотерапии, способствующей коррекции жизненных ценностей и поиску смысла в изменившейся жизненной ситуации.

С учетом особенностей 2 этапа всем больным показана косвенная терапия, которая должна быть интенсивной, занимающей значительную часть времени. Пациентам с ведущим психопатоподобным синдромом предпочтителен не однообразный монотонный труд, а процесс со сменой операций, деятельность, удовлетворяющая их уровень притязаний и носящая престижный характер.

Трудовая терапия проводится с учетом индивидуальных особенностей больного, ибо неадекватный вид труда отрицательно сказывался на его психическом состоянии. Негативная реакция у больных шизофренией с преобладающим на

данном этапе психопатоподобным синдромом на неприемлемый вид труда, выражалась в напряжении, раздражительности, расторможенности, недержании аффекта и в связи с этим легко возникающей конфликтности и озлобленности.

Помимо обязательной трудовой терапии эти пациенты охотно занимались интересующим их видом работы. Многие хорошо и охотно выпиливали, выжигали, выполняли переплетные работы, помогали персоналу. Терапия занятостью и трудовая терапия были успешны, если медицинским персоналом соблюдался один из основных принципов реабилитации - принцип партнерства.

Как уже отмечалось ранее, во время трудовых процессов и терапии занятостью происходило спонтанное формирование групп по интересу. Психолог, принимающий участие в проведении косвенной психотерапии, начинал подготовку к групповой терапии.

Наряду с этим проводилась индивидуальная коррегирующая терапия, направленная на установление более правильного отношения к унижаемым больным, на коррекцию ролевого поведения, на создание социально приемлемой системы ценностей.

Эта работа, по сути, носила характер коррекционно-воспитательной и требовала большого такта, умение найти правильный тон, завоевать доверие пациента. Что касается социопсихотерапевтических мероприятий, то пациенты участвовали в них по желанию, т.к. любая попытка навязать им участие в собраниях, культурных мероприятиях и других видах этой работы наталкивалась на сопротивление и негативизм.

На 3 этапе принудительного лечения пациенты повторно исследовались психологическими методиками, данные которых позволяли выявить особенности мотивационно-ценностной сферы личности и оптимизировать психокоррекционные мероприятия.

Под воздействием медикаментозной терапии состояние больных стабилизировалось, поведение становилось более упорядоченным и организованным, что давало возможность проведения групповой психотерапии. Целесообразность применения этого метода обоснована в предыдущих разделах, где описаны специфические особенности формирования групп и уровней решаемых в них задач, а также методики, которые чаще всего применялись.

Следует еще раз подчеркнуть, что больные с ведущим психопатоподобным синдромом совершали правонарушения по негативно-личностным механизмам, т.е. в их основе лежали антисоциальные установки пациентов, их личностная дисгармония, неумение решать свои проблемы социально приемлемым путем, нарушениями межличностных отношений. Этим, по-видимому, объясняется тот факт, что среди лиц с повторными деликтами, в 75% случаев механизмы их совершения идентичны предыдущим ООД.

В связи с этим личностно-ориентированная групповая психотерапия у больных, совершивших деликт по негативно-личностным механизмам, является одним из ведущих методов в реабилитационных программах.

Из 76 пациентов с преобладающим психопатоподобным синдромом, групповая психотерапия была показана 62 (81,5%). Как и в психотической группе часть больных (16 человек) покинуло группу на 1-2 стадиях ее функционирования. Полный курс групповой психотерапии прошло 46 больных (60,5%). По уровню,

которого удалось достигнуть в процессе занятий, эти больные распределились следующим образом: 1 уровень - 4 человека (8,7%), 2 уровень - 15 человек (32,6%), 3 уровень - 10 человек (21,7%), 4 уровень - 17 человек (37%).

Психотерапевтический процесс строился по стадиям, описанным в предыдущем разделе.

Основными целями групповой психотерапии у этих пациентов были следующими: ослабление асоциальных форм реагирования и коррекция характерологических особенностей, среди которых преобладали эгоцентризм, агрессивность, импульсивность, уязвимость самооценки, фрустрация потребностей в равенстве и неуверенности в себе.

Во время проведения групповой психотерапии решались следующие задачи:

- **исключение стихийности в межличностных отношениях и импульсивности реагирования;**
- **умение анализировать ситуацию и корректировать неадекватные формы психологической защиты и компенсации;**
- **изменение внешнеобвиняющей позиции на поиски причин конфликтов в себе.**

Использование различных методов и техник психотерапии зависело как от динамики пациентов, так и от динамики ситуации в группе. Чаще всего для достижения поставленных целей использовались когнитивная, личностно-ориентированная и рациональная психотерапия, с применением техник трансактного анализа, нейролингвистического программирования, гештальттерапии, групповой дискуссии. Широко применялись методы, опирающиеся на невербальную активность.

При проведении психотерапевтической работы с больными, наряду с общеизвестными показаниями к различным видам психотерапии, также принимался во внимание и фактор латерализации функциональных изменений в головном мозге. Пациенты с функциональными изменениями в правом полушарии, склонны к конфликтам, не прогнозируют свои действия при решении сложных ситуаций, легко уязвимы, не склонны к самоанализу. Им свойственно эмоциональное реагирование на ситуацию.

В связи с этим с такими пациентами целесообразно использование приемов эмоционально-стрессовой терапии, что соответствует данным литературы (Б.Ф.Карвасарский, С.Ледер, 1990). Акцент при проведении занятий с этими лицами в группе делался на эмоциональном обыгрывании ситуации, отработке решения конфликтов в группе “здесь и теперь”. Только после этого происходило обсуждение и рационализация поведения больных в группе. У таких пациентов на 1 стадии групповой терапии целесообразно проведение арттерапии, которая позволяет выявить подсознательные конфликты и внутренние переживания, скрываемые больными, при вербальных формах психотерапии, представляет возможность для выражения агрессивных тенденций в социально приемлемой форме поведения.

Творческая продукция больного использовалась для интерпретации и диагностической работы в процессе принудительного лечения. Она позволяла развить и усилить внимание пациентов к своим чувствам, показывала пути контроля

над эмоциями, усиливала ощущение собственной личностной ценности, способствовала преодолению аутизации, кроме того, являлась безопасным способом разрядки эмоционального напряжения.

Больные с доминирующими функциональными изменениями в левом полушарии головного мозга склонны к самоанализу, логическому мышлению, к рациональному улаживанию проблем. Они более устойчивы к стрессогенным ситуациям, менее импульсивны. В связи с этим при проведении групповой психокоррекции целесообразно использовать принцип проблемности, особенно техники когнитивной терапии.

С этими пациентами возможно проведение разговорной раскрывающей терапии. Более эффективным является использование приемов “психотерапевтического зеркала”, “рассказа автобиографии с акцентом на проблемах, приведших к ООД”.

Данный подход при проведении психотерапии позволяет выявить дезадаптивные установки личности, провести их коррекцию и формировать у пациентов способность к самостоятельному построению социально приемлемой жизненной линии.

Психокоррекционную работу с больными шизофренией, имеющими дисфункции в обеих полушариях, целесообразно основывать на клинических и личностных особенностях пациента.

Следует отметить, что для пациентов с *психопатоподобными синдромами на 1 стадии* групповой психотерапии характерны напряжение, настороженность, удлинённый период ожидания. Затем наступала спонтанная активность с высокой степенью тревожности и агрессивности больных, выражающаяся в дезорганизующем влиянии переживаемых эмоций на характер выполняемых действий во время невербальных занятий.

В результате этого многие из них не понимали даже самых простых инструкций и, следовательно, не могли их выполнить. Участники группы раздражались, повышали голос, не подчинялись требованиям психотерапевта, некоторые из них покидали занятия. Следствием этого являлось нарушение режима работы группы и затруднения контроля над группой со стороны терапевта.

Только после 4-5 занятий, миновав этап “борьбы”, который сопровождался сильной эмоциональной разрядкой, в некоторых случаях агрессивностью, группа могла приступить к работе. Спланировать каждое последующее занятие было очень сложно, т.к. в условиях закрытого стационара работа в группе шла не только в течение нескольких часов собственно групповой терапии, но и постоянно в отделении.

В связи с этим оправдывает себя модус поведения психотерапевта с элементами директивности, имея однако в виду, что чрезмерно жесткая система ведения группы может вызвать реакцию протеста. Поэтому необходимо сочетать умеренную директивность с большим представлением активности и инициативы самим участникам.

На 2 и 3 стадиях работа была более продуктивной с использованием описанных ранее методов и техник психотерапии. Обязательному обсуждению в группах подвергались конкретные ситуации в отделении с особой фиксацией на анализе антисоциальных форм поведения, уклонения от трудовых процессов, унижения

слабых больных и т.п. В группе, по сути, осуществлялась и психопедагогическая работа.

Особого внимания заслуживали больные, общественно опасные действия которых были ситуационно спровоцированы. На этапе индивидуальной психотерапии, выяснялась ситуация, ставшая непосредственной причиной совершения деликта, и психические дефекты, обусловившие криминогенное поведение в данной ситуации. Соответственно этому, во время проведения групповой терапии в ситуации “здесь и теперь” обыгрывались подобные конфликтные моменты и возможные варианты социально приемлемого выхода из них. При этом на 1 стадии уделялось внимание тренингу невербальных компонентов общения, с разыгрыванием криминогенных для больного сюжетов, а затем на 2 и 3 стадиях осуществлялась функциональная тренировка поведения, а при достаточном интеллекте пациента и раскрывающая разговорная терапия.

Раскрывающее влияние групповой терапии позволяет использовать ее не только как реконструирующую личность, но и с целью более глубокого и всестороннего выяснения состояния пациента, т.к. степень компенсации состояния, качество ремиссии, тщательно скрываемые (а возможно и не осознаваемые) конфликты очень часто объективизируются в процессе групповой психотерапии.

Помимо психокоррекционной работы большой удельный вес на 3 этапе занимало дифференцированная трудовая терапия и терапия занятостью, основной задачей которых являлась организация целенаправленной деятельности, формирование сознательного отношения к общественно полезному труду, поощрение его и стимуляция.

Параллельно этому решались актуальные для больного социальные вопросы.

Таким образом, на 3 этапе принудительного лечения больной находится в состоянии ремиссии. На этом этапе осуществляется интенсивная психотерапевтическая работа с преобладанием групповой психотерапии, трудовой терапии и терапии занятостью, которые являются ведущими в схеме реабилитационных мероприятий и способствуют формированию социально приемлемого модуса поведения больного.

На *4 этапе* принудительного лечения поведение больных становится внешне упорядоченным. Они общительны, отсутствуют или минимальны колебания в эмоциональной сфере, проявляется активность в трудовых процессах.

Однако у этих пациентов не всегда нарастание дефектной симптоматики приводит к снижению общественной опасности. В ряде случаев в стадии ремиссии происходит восстановление адаптивных механизмов на уровне прошлых навыков и знаний, контактов с криминальным окружением, появляется способность к целенаправленной общественно опасной деятельности. Таким образом, “частичная психическая сохранность” может повышать в некоторых случаях общественную опасность. Поэтому при решении вопроса о прекращении принудительного лечения целесообразно учитывать не только клинические и социальные критерии, но и данные психологического тестирования.

Реабилитационная работа с пациентами строится на принципах, описанных выше. Медикаментозная терапия минимальна, акцент делается на окончательном решении социальных вопросов, психотерапевтической работе с пациентами и трудовой терапии.

Основной задачей психотерапии на этом этапе является ресоциализация больного и закрепление выработанных социально приемлемых стереотипов поведения. Как и на предыдущем этапе эти цели достигаются в процессе индивидуальной корригирующей терапии и групповой психотерапии.

В процессе проведения психокоррекционных мероприятий необходимо учитывать и реакцию больных на решение комиссии о целесообразности ходатайства перед судом о прекращении принудительного лечения. Часть больных (как правило, не имеющих определенного места жительства или прочных родственных связей) после такого решения комиссии пытается или совершает побег.

Поэтому на 4 этапе психокоррекционная работа должна быть нацелена на предотвращение подобных действий.

При решении социальных вопросов необходима действенная помощь по трудовому и бытовому устройству. При необходимости - подготовка к определению на работу в ЛТМ при ПНД, учреждения для лиц, утративших родственные связи и т.п. Эта работа на 4 этапе приобретает первостепенное значение, т.к. при отсутствии группы инвалидности, адекватного трудоустройства, приемлемого места жительства, достигнутая с помощью психокоррекционной работы, реконструкция личности и выработанные положительные социально-трудовые установки не находят точки приложения в социально не устроенной жизни больного, что может повлечь за собой повторные ООД.

Группа пациентов с выраженными изменениями личности была самой малочисленной. На этапах принудительного лечения предлагаемые реабилитационные программы были применены к 14 больным. Клинически их состояние соответствовало апато-абулическому синдрому. Все они совершили ООД по негативно-личностным механизмам.

Не останавливаясь на общих принципах построения реабилитационных программ, изложенных ранее, опишем специфические для данного контингента больных психокоррекционные мероприятия.

На **1 этапе** принудительного лечения в основе диагностики лежал клинический подход, т.к. провести полноценное, валидное исследование методиками ММРІ и ТАТ не удалось из-за низких интеллектуальных возможностей и сниженного энергетического потенциала больных. Общие принципы медикаментозного лечения этой категории пациентов изложены выше.

Период адаптации в отделении сопровождался реакцией либо реакцией негативизма с элементами злобности и дисфории, либо безразличным и недостаточным пониманием случившегося.

Включить пациента в какой-либо вид труда на 1 этапе практически не удавалось. Попытка проведения индивидуальной психотерапии во многих случаях не находила ответной реакции у этих больных. Установление степени необходимости и очередности решения социальных вопросов, осуществляемая на 1 этапе, чрезвычайно актуальна для этих больных.

На **2 этапе** принудительного лечения у этих больных, в силу интеллектуальных и эмоциональных нарушений, масштаб переживания болезни и криминала был мало выражен и не насыщен эмоциональными переживаниями. Эмоциональная сфера у них качественно изменена по сравнению с другими группами пациентов. В клинической картине на первый план выступает бедность эмоций, однообразие,

стереотипность поведения, нивелирование преморбидных личностных особенностей, снижение энергетического потенциала.

Однако несмотря на однотипность клинических проявлений, данная группа больных не однородна. Большинство исследуемых с ведущим апато-абулическим радикалом имела рудиментарную психопатологическую симптоматику, критика к которой отсутствовала. В клинической картине с признаками регресса личности, аутизации с эмоциональным волевым обеднением, психомоторной заторможенностью, сужением круга интересов определенное место занимали и продуктивные расстройства, медикаментозная коррекция которых описана ранее.

На этом этапе целесообразно приобщение больных к простым видам труда, направленным прежде всего на самообслуживание. Затем возможно приобщение пациентов к выполнению однообразных, несложных операций в мастерских отделения, которые постепенно необходимо усложнять и дифференцировать.

На *3 этапе* принудительного лечения пациенты монотонны, речь их бедна, маломодулирована, поведение носит внешне упорядоченный характер, они пассивно подчиняемы, выполняют простые инструкции. Эмоциональные связи с семьей у них практически утрачены или носят формальный характер. Критика к своему состоянию и ООД отсутствует или крайне формальна.

С больными, в клинической картине которых преобладают симптомы интеллектуального снижения, при отсутствии у них негативизма, возможно применение методов эмоциональной стимуляции, активации общения, налаживания коммуникативных связей. Основу данных методов составляет развитие невербальных компонентов общения и активации моторики. Этот наиболее простой уровень психотерапии осуществляется в психомоторных группах, где проводятся занятия пантомимой, групповыми формами лечебной физкультуры. Переход к тренировке вербальных форм поведения у данных больных, как правило, не удается или достигается с большим трудом в силу их интеллектуального дефекта.

Основные задачи, которые решались в психомоторных группах, заключались в предотвращении изоляции больных в отделении, в эмоциональной активации с целью обогащения эмоционального поведения и скудных мимических средств выражения, в улучшении навыков общения. В групповую терапию удалось включить лишь семерых из 14 больных, с которыми был достигнут лишь первый уровень задач групповой терапии.

Практика показала невозможность проведения групповой терапии в гомогенной (по синдромальному составу) группе, т.к. пациенты с абулическими проявлениями были пассивны, безразличны к происходящему в группе, разобщены. Как правило, 1-2 таких пациента включались в группы, где преобладали лица с психопатоподобной симптоматикой и больные, совершившие ООД в психозе. Помимо этого, эти пациенты активно привлекались к совместной деятельности, что способствовало некоторому оживлению и активации больных.

Дифференцированная трудовая терапия на этом этапе также имела большое значение, т.к. способствовала приобретению новых или утраченных навыков и предотвращала развитие госпитализма у этих больных. *На 4 этапе* принудительного лечения пациенты с апато-абулическим типом дефекта выделялись пассивностью, падением энергетического потенциала, малой подвижностью, отсутствием интереса к окружающему, плохой приспособленностью даже к простым

видам труда. У них практически отсутствовали интерес к родственникам, к своей дальнейшей судьбе, критика к ООД и своему состоянию была сниженной. Поведение внешне было пассивно-упорядоченным.

Среди реабилитационных мероприятий трудовая терапия и терапия занятостью преобладали. Наряду с этим целесообразно проведение групповых форм творческой деятельности (рисунок, прослушивание музыки), групповые формы лечебной физкультуры.

Одно из ведущих мест в системе реабилитации на 4 этапе занимает решение социальных вопросов: переосвидетельствование в МСЭК, оформление опекуна, паспортизация и т.п. От адекватного решения этих вопросов зависит и социальная адаптация, что является важным звеном в профилактике повторных общественно опасных действий.

Трудные ситуации.

1. Побег.

Немногочисленные исследования этого вопроса и собственные наблюдения позволяют констатировать, что вероятность совершения побега максимальна в первый год пребывания пациентов в стационаре. Более трети этих больных находились ранее на принудительном лечении, причем около половины из них - многократно. По данным М.С.Доброгаевой с соавт.(1994), проанализировавших истории болезни 444 пациентов, совершивших побег, в 61% случаев они были совершены из отделения с усиленным наблюдением. Криминальный анамнез отмечался в 55,6% наблюдений. Подавляющее большинство среди этих больных совершили ООД по негативно-личностным механизмам (инициативные действия). Преобладали правонарушения, направленные против государственной и личной собственности, а также против личности.

Среди этих лиц по нозологической структуре доминировали больные шизофренией (56,1%) и органическими поражениями головного мозга (23,5%). Значительно реже совершали побег лица, страдающие олигофренией (8,5%) и реактивными психозами (7,4%). Подавляющее число побегов было осуществлено с 8 до 20 часов, причем до 40% пациентов уходили непосредственно из стационаров, около 32% - с наружных работ, а 19% - из лечебно-трудовых мастерских. По данным историй болезни накануне побега у 90% больных психическое состояние соответствовало ремиссии либо ее становлению, либо компенсации психического состояния. Только в 3% случаев побег были обусловлены изменением психического статуса больных. В остальных случаях причины были различными, но чаще всего фигурировали следующие:

- **реакция больного на отрицательное решение врачебной комиссии или суда об отмене принудительного лечения;**
- **индуцирование другими больными;**
- **желание увидеть родственников (чаще всего жену);**
- **желание “развлечься”;**
- **решение социальных вопросов (как правило жилищных);**

- **протест против принудительного лечения;**

Следует отметить, что возвращение в больницу с помощью медицинского персонала было осуществлено лишь в 8,5% случаев. Чаще всего пациенты были возвращены милицией (35%), родственниками (5,1%), либо возвращались самостоятельно (14,9%). Около 7% психически больных, находясь в побеге, совершали повторные ООД. Тактика медицинского персонала, установившего факт побега больного, четко изложена в соответствующих инструкциях.

2. Нежелательный неформальный лидер.

Среди психически больных, находящихся на принудительном лечении, каждый четвертый ранее привлекался к уголовной ответственности и отбывал наказание в местах лишения свободы (М.М.Мальцева,1987). В больнице со строгим наблюдением сосредотачиваются больные с криминальным прошлым, представляющие по своему психическому состоянию и характеру совершенного ООД особую опасность для общества. При изменении меры медицинского характера большинство этих пациентов поступают в отделение с усиленным наблюдением, где пытаются установить порядки, характерные для мест лишения свободы. В клинической картине этих лиц преобладают психопатоподобные состояния с расторможенностью, эксплозивностью, брутальностью, нередко сочетающейся с аффективной напряженностью, конфликтностью, агрессивностью, негативной установкой на лечение. Как правило, психическое заболевание осложнено у них сопутствующей наркогенной патологией. Лексикон этих пациентов богат специфической уголовной терминологией, по их инициативе среди больных создаются группировки (так называемые “семьи”), которые возглавляются неформальными лидерами. Отличительными особенностями доминирующей фигуры, помимо вышеизложенных, являются истеро-возбудимые черты характера, способность вызывать страх у других больных, морально-этическое снижение, обусловленное эмоционально-волевыми расстройствами.

В исследовании В.В.Захарова (1994), посвященном уголовным традициям в среде больных, находящихся на принудительном лечении, отмечается, что неформальные лидеры, часто оставаясь в тени, становятся инициаторами различных нарушений режима в отделении, конфликтов больных с медицинским персоналом, побегов. По их требованию больные накапливают и потом отдают им транквилизаторы либо корректоры, которые они используют для достижения одурманивающего эффекта. Более опытные учат новичков различным способам утаивания лекарств. Вновь поступившие больные подвергаются давлению с целью получения от своих родственников денег, чая, спиртных напитков.

Нельзя не коснуться темы гомосексуальных связей в среде больных, находящихся на принудительном лечении. Лица, выполняющие роль пассивных партнеров, согласно требованиям отрицательных лидеров обязаны придерживаться специфического ритуала поведения: они имели свою посуду, которую мыли отдельно от других, сидели на отведенных для них стульях, спали на самых неудобных кроватях.

Задачей медицинского персонала является раннее выявление нежелательного неформального лидера, не дожидаясь дезорганизации работы отделения. В специализированных отделениях обученный персонал легко идентифицирует эту личность. Однако, как правило, этот больной не дает формального повода для изменения меры медицинского характера. По мнению исследователей,

занимающихся этой проблемой, наиболее успешной тактикой в этой ситуации оказывается создание “противофигуры”. Речь идет о выдвижении среди больных другого, положительного лидера, на которого возлагаются определенные почетные обязанности. Например, руководство советом больных, право решения некоторых вопросов распорядка в отделении, участие в “политике жетонов”.

Для коррекции неадаптивных форм поведения целесообразно также применять психотерапевтические методы воздействия, среди которых бихевиористически ориентированная терапия занимает одно из ведущих мест.

“Token economy” (политика жетонов) является одним из методов поведенческой терапии, направленной на формирование желаемых адаптивных форм поведения на основе принципов научения (А.Б.Холмогорова,1993, Corey,1986). Этот метод широко используется как средство реабилитации хронических психически больных, длительно находящихся в стационаре. Принцип метода сводится к тому, что за всякое действие, способствующее развитию поведения в нужном направлении, больной получает жетоны, которые затем можно обменять на нечто, выступающее в качестве положительного подкрепления (например, сладости, сигареты).

Для психотерапевтической коррекции неадаптивных форм поведения больных R.Cohen (1982)предлагает еще ряд бихевиоральных методов:

- **“Time out” (удаление) - применяется при агрессивном поведении у больных, которые с трудом поддаются положительному мотивированию;**
- **Сверхкоррекция - сразу после совершения поступка следует требование его немедленного исправления;**
- **“Response cost” (плата за проступок): больной лишается каких-либо привилегий на определенный период времени.**

Все вышеперечисленные меры уменьшают риск отрицательного влияния на больных пациентов с криминальным стереотипом поведения. Но для более успешного решения этой проблемы, по-видимому, необходим более дифференцированный подход к направлению пациентов в то или иное отделение с учетом не столько тяжести совершенного ООД, сколько с наличием или отсутствием у больного в анамнезе судимостей, срока пребывания в местах лишения свободы, кратности и длительности предыдущих принудительных госпитализаций.

3. Конфликтные отношения между больными.

Чаще всего конфликты возникают спустя некоторый период совместного пребывания больных в отделении и носят, как правило, бытовой характер. В большинстве случаев эта ситуация решается самими больными без вмешательства медицинского персонала. При обращении за помощью к врачу необходимо вникнуть в детали конфликта, так как возможны бредовые мотивы поведения больного, которые требуют не столько психотерапевтического вмешательства, сколько фармакологической коррекции.

Трудная ситуация возникает тогда, когда обнаруживается давний конфликт между находящимися на принудительном лечении пациентами с криминальным прошлым и сопутствующей основному психическому заболеванию наркогенной патологией и вновь поступившим пациентом с аналогичными преморбидными особенностями. В клинической картине этих больных, как правило, доминировали

психопатоподобные состояния типа “возбудимых” с патологией влечений. Конфликтные отношения в подобных случаях могут быть глубокими и завершиться очень серьезно. Вмешательство персонала и врача в этой ситуации необходимо. Наиболее продуктивным является сочетание психотерапевтических бесед (порознь с каждым и совместных) и медикаментозной коррекции поведения. Если подобным образом не удастся разрешить ситуацию, целесообразен перевод одного из конфликтующих в другое отделение.

Специфика работы в отделениях для принудительного лечения требует от медицинского персонала определенных личностных качеств. Научно обоснованная и апробированная на практике система психологического отбора (Т.А.Котова, 1994) позволяет рекомендовать ее использование при приеме кандидатов на ту или иную должность в отделение, где осуществляется принудительное лечение. В качестве примера приводим перечень профессионально важных качеств для профессии “медицинская сестра отделения со строгим наблюдением” (И.Л.Богатырев, Е.В.Попович, 1994), которые необходимы для всех медицинских работников, занимающихся принудительным лечением.

1. Коммуникативные свойства личности.

- **Умение донести до собеседника свои мысли и намерения.**
- **Способность найти нужный тон, соответствующую форму обращения в зависимости от психологического состояния и индивидуальных особенностей собеседника.**
- **Умение быстро установить контакт с новыми людьми.**
- **Способность разумно сочетать деловые и личные контакты с окружающими.**
- **Умение согласовывать свои действия с действиями других людей.**
- **Умение дать объективную оценку действиям других людей.**

2. Наблюдательность

- **Способность вести наблюдение за большим количеством переменных исследуемого объекта, а также за большим числом объектов одновременно.**
- **Умение подмечать самые незначительные изменения в исследуемом объекте.**
- **Умение отбирать при наблюдении материал, необходимый для решения данной проблемы.**

3. Аттенционные свойства личности

- **Способность длительное время сохранять сосредоточенность, несмотря на усталость и посторонние раздражители.**
- **Умение распределять внимание при выполнении нескольких действий или задач.**
- **Способность быстро переключаться с одного вида деятельности на другой.**

4. Мнемические свойства личности.

- Хорошая память на внешность и поведение человека.
- Способность точно воспроизводить требуемый материал в нужный момент.

5. Эмоциональные свойства личности.

- Эмоциональная устойчивость при принятии ответственных решений.
- Уравновешенность, самообладание во время конфликтов.
- Способность переживать то, что переживают и чувствуют другие.

В заключении следует отметить, что описанные этапы принудительного лечения и специфические для каждого из них методы воздействия, которые отражены в таблице 15, динамичны, временная протяженность этих периодов индивидуальна, больные могут и не проделать всех этапов или возвращаться на предыдущие. Для индивидуализации реабилитационных мероприятий необходимо учитывать сочетание клинико-психопатологических, социально-психологических и биологических факторов, лежащих в основе ООД больных шизофренией. Удельный вес каждого из перечисленных показателей в патогенезе индивидуален, в связи с этим и терапевтический подход должен быть различным. Интенсивность медикаментозного лечения должна быть максимальной у больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия по продуктивно-психотическим механизма и снижается по значимости и интенсивности у больных шизофренией, совершивших криминальные деяния по негативно-личностным механизмам.



Этапы принудительного лечения

Методы воздействия	I этап - адаптационно-диагностический	II этап - стабилизации процесса	III этап - рехонвалесценции	IV этап - закрепления и подготовки к выписке	Примечания
Особенности лечебных режимов	Охранительный режим с ограничением деятельности	Щадящий	Лечебно-активизирующий с ограничением деятельности	лечебно-стимулирующий	Самая высокая вероятность побегов, агрессий и аутоагрессий в первые 6 месяцев
Медикаментозное лечение	Интенсивная фармакотерапия, адекватная психопатологической симптоматике. Оптимальные дозировки с учетом их спектра действия и побочных эффектов. Симптоматическая терапия.	Динамические изменения спектра психотропных препаратов соответственно терапевтическим преобразованиям в психопатологической структуре.	Своевременное применение адекватных методов преодоления терапевтической резистентности. Медикаментозное лечение, соответствующее психическому статусу.	Дифференцированный выбор методов поддерживающей терапии (предпочтительнее препараты пролонгированного действия, ноотропы).	Больным с психопатоподобным дефектом прерывистой поддерживающей терапия с различными интервалами. С апато-абулическим - ноотропы и др. препараты со стимулирующим действием (IV этап).
Методы психотерапии	Индивидуальная с акцентом на образовательный подход.	Индивидуальная с акцентом на седативную и корригирующую (кутирование "травмы выздоровления", масштаба переживания боли и криминала). Логотерапия.	Индивидуальная. Групповая, направленная на ремотивацию просоциальных установок.	Индивидуальная. Групповая, направленная на ресоциализацию больного. Семейная психотерапия.	
Трудовая терапия	Определение диапазона возможностей и степени квалификации. Определение наклонностей.	Включение в трудовую деятельность различной степени сложности, поощрение активности.	Формирование сознательного отношения к общественно полезному труду, его стимулирование.	Формирование и закрепление целенаправленной социальной деятельности.	

Этапы принудительного лечения

Методы воздействия	I этап - адаптационно-диагностический	II этап - стабилизации процесса	III этап - реконвалесценции	IV этап - закрепления и подготовки к выписке	Примечания
Терапия занятостью	Определение диапазона возможностей. Определение склонностей	Установление режима благоприятствования для реализации увлечений, "хобби", поощрение их.	Установление режима благоприятствования для реализации увлечений, "хобби", поощрение их. Психопедагогическая работа.	Повышение самооценки с помощью реализации своих увлечений.	
Социальные мероприятия	Установление степени необходимости и очередности решения актуальных для больного социальных вопросов.	Решение социальных вопросов (МСЭК, паспортизация, опекунство и др.)	Дальнейшее решение социальных проблем.	Оказание действенной социальной помощи по трудовому и бытовому устройству.	В зависимости от качества ремиссии подготовка к определению на работу в промышленное предприятие, учреждение.

Глава 6. Клинические и социально-психологические показания к прекращению принудительного лечения.

По мнению многих исследователей вопрос о прекращении принудительного лечения является наиболее ответственным и сложным на заключительном этапе его проведения. Изменение режима содержания пациента, адекватное его клиническому состоянию, рассматривается ими как важное лечебно-реабилитационное средство воздействия на больного (В.П.Котов, 1990; В.Б.Первомайский, 1992 и др.). В этой связи особую значимость приобретает вопрос о продолжительности пребывания больных на принудительном лечении. Во всем мире широко дискутируется вопрос о влиянии длительного стационарирования на процесс хронификации шизофрении, предпринимаются попытки к выведению больных из психиатрических стационаров, в связи с чем была выдвинута идея амбулаторного принудительного лечения, как альтернатива длительной принудительной госпитализации (L.L. Bachrach, 1980; R.D. Miller, P.V. Fiddleman, 1984; R.D. Miller, 1985 и др.).

Средняя продолжительность принудительного лечения в Болгарии составила 3 — 4 года (И. Стоименов, Ив. Рачев, 1981), в Англии — 6 лет (П. Дончев, 1981), в ФРГ — 10 лет (У. Раш, 1975). Такие же длительные сроки, вплоть до пожизненного содержания в психиатрической больнице, характерны для ряда западноевропейских стран (Б.В. Шостакович, 1987).

В нашей стране закон не устанавливает срока пребывания психически больных на принудительном лечении, но предусматривает гарантии, препятствующие его содержанию более длительное время, чем необходимо. На это направлены надзор прокуратуры, освидетельствование не реже одного раза в 6 месяцев. В США психически больные имеют право на гарантии против неопределенно длительной госпитализации в результате признания их вменяемыми (Jackson V. Indiana, 1972; Wald & Friedman, 1978; S. Brakel et al., 1985; Melton et al., 1987 и др.). Средняя продолжительность госпитализации психически больных, находящихся на принудительном лечении, в США равна 23 месяцам (по данным J. Manahan, S.A. Shah, 1991), хотя в штате Нью-Йорк она достигает 21,7 лет (П. Дончев, 1981). Авторы подчеркивают, что основным условием, на основании которого суд выносит решение о выписке больного из стационара, является достижение положительного эффекта лечебных и реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление просоциальных стереотипов поведения. Вторым условием является обоснованное убеждение суда в том, что больной и после выписки из стационара будет продолжать получение поддерживающей терапии и участвовать в реабилитационных мероприятиях в амбулаторных условиях.

Вопрос о целесообразности длительной госпитализации для профилактики повторных ООД неоднократно поднимался в психиатрии. В обзорах работ, посвященных оптимальным срокам пребывания больных в психиатрических стационарах (R. Mendelsohn, 1977; P. Braun, G. Kochanski, R. Shapiro et al., 1981; J.A.

Matters, 1982; L. Appleby, P.N. Desai, 1985 и др.), показано, что качество ремиссии (степень рецидивирования психопатологической симптоматики, число повторных госпитализаций и т.д.) не зависит от длительности нахождения в стационаре. Оптимальными сроками госпитализации авторы считают от 4 месяцев до 1 года, т.е. срок, когда еще сохранено адаптивное поведение.

Многими исследователями высказывается мысль о том, что дефицитарная симптоматика у больных шизофренией во многих случаях является "больничным артефактом", проявлением госпитализма, который способствует хронификации психического заболевания (J. Pawlus, K. Trembla, 1983; H.R. Lamb, 1984; A. Gralnick, 1985; J.M. Kruzich, S.J. Kruzich, 1985 и др.). В некоторых случаях под воздействием нейролептической терапии возникает не только негативная, но и продуктивная симптоматика, в частности, депрессии.

Вследствие длительного пребывания в относительной изоляции возникает социальная депривация, эмоциональная изоляция от близких людей и тем самым усиливается уже имеющаяся десоциализация больного (С.А. Гиатуллина, 1985; Э.С. Наталевич, В.К. Ахмерова, В.И. Посохова, 1989; D.L. Cutler, J.D. Bloom, J.H. Shore, 1981). В литературе даже высказывается мнение, что чем дольше срок пребывания в психиатрической больнице, тем меньше шанс на выписку (О.Н. Brook, 1985).

Е.М. Холодковская и С.В. Торубаров (1970), изучая вопрос о психосоциальной депривации больных шизофренией в условиях принудительного лечения в психиатрических больницах специального типа, пришли к выводу, что она способствует непрерывному течению процесса и утяжелению психопатологической симптоматики. По мнению Б.В. Шостаковича (1988) длительные сроки проведения принудительного лечения неоправданны, так как они представляют собой "эквивалент наказания в его самой неудачной форме неопределенного приговора". Вместе с тем, ряд авторов подвергает этот тезис сомнению, отмечая, что одной из причин повторных ООД является кратковременность принудительного лечения (Е.И. Кузнецова, 1979; Б.В. Семенов, 1984).

В докторской диссертации М.М. Мальцевой (1987) "Общественно опасные действия психически больных и принципы их профилактики" на основании 8-летнего катамнеза показано, что вид и продолжительность принудительного лечения не оказывают прямого влияния на вероятность совершения повторных ООД.

Невзирая на различные точки зрения относительно генеза повторных противоправных деяний, большинство исследователей едины во мнении, что качество принудительного лечения в наименьшей степени зависит от его вида и продолжительности, а определяется в первую очередь адекватно подобранными лечебно-реабилитационными мероприятиями на этапе принудительного лечения, максимальной преемственностью в работе психиатрических учреждений и полноценным динамическим амбулаторным наблюдением (Г.М. Румянцева, 1984; S. Hodgins, J. Hebert, 1984 и др.). Недостаточная эффективность принудительного лечения больных шизофренией многими авторами расценивается также как результат недостаточной разработанности объективных прогностических критериев индивидуального социального поведения больных (И.А. Кудрявцев, 1982; G. Huber, E. Zerbin-Rüdine, 1979; H.C. Modlin, 1983; J. W. Livesly, 1986 и др.).

Анализ литературных данных и собственные наблюдения позволили обосновать необходимость комплексного подхода к решению вопроса о прекращении принудительного лечения, включающего в себя клинические, психологические и

социальные критерии. Каждая из описанных групп больных имеет как общие, так и специфические показания для изменения мер медицинского характера.

Клинические критерии отмены принудительного лечения.

При анализе психопатологических изменений у больных шизофренией, совершивших ООД по *продуктивно-психотическим механизмам*, было выделено два основных варианта клинической динамики шизофренического процесса во время принудительного лечения. Каждая подгруппа пациентов на IV этапе лечения имела различную психопатологическую структуру, соответственно этому и клинические критерии отмены принудительного лечения имеют свои особенности.

В I подгруппе психическое состояние больных на заключительном этапе соответствовало ремиссии "В". Данные проведенного исследования позволяют рекомендовать прекращение принудительного лечения у этих пациентов при стойком улучшении психического состояния с редукцией галлюцинаторно-параноидной симптоматики, повлекшей за собой ООД. Одним из важных условий является отсутствие аффективных колебаний настроения и ситуационной лабильности.

Чрезвычайно важен "отрыв" бредовых идей от сопряженных с ними бредовых мотиваций, утрата их конкретности, актуальности и аффективной насыщенности, а также адекватное отношение к объекту бреда. Рекомендую снятие принудительного лечения, необходимо учитывать критическое осмысление больным своего психического состояния, совершенного деликта и взаимосвязи этих явлений. Важным показателем является также адекватное, без радикала агрессии, вербально корригируемое поведение больных по отношению к родственникам, медицинскому персоналу, пациентам отделения.

Особого внимания на этом этапе заслуживает проблема диссимуляции, ибо только при ее отсутствии возможно решение вопроса о прекращении принудительного лечения. Кроме того, немаловажным фактором являются изменения в мотивационной сфере пациента. Необходимо помнить, что описываемая подгруппа больных представлена наиболее сохранными личностями, что осложняет клиническую диагностику диссимулятивных тенденций, которые носили характер психологически понятных объяснений, а поведение характеризовалось, как внешне упорядоченное, адекватное ситуации.

Вторая подгруппа больных представлена пациентами, состояние которых соответствовало ремиссии "С" с параноидным, психопатоподобным, апато-абулическим или смешанным типами дефекта. Наличие в клинической картине симптомов шизофренического дефекта личности уменьшает общественную опасность больных в силу нарастания эмоционально-волевого и интеллектуально-мнестического снижения.

Прекращение принудительного лечения у пациентов с *параноидным типом дефекта* было возможно при распаде бредовой иерархии мотивов, приведшей к деликту. При этом бред становится полиморфным, теряет свою конкретность, аффективную насыщенность и актуальность. Поведение больного уже не определяется бредовыми переживаниями, хотя диффузная подозрительность, настороженность и недоверчивость, повышенная готовность к бредообразованию присутствует в структуре этого дефекта. Нарастающие эмоционально-волевые нарушения в виде вялости, аспонтанности, амбивалентности, аутизма, отсутствия

эмоционального резонанса вызывают перестройку мотивационной сферы и разрушают бредовую иерархию мотивов. Появляющиеся взамен другие, более слабые и актуальные бредовые мотивы легко вытесняются реально-бытовыми потребностями, что способствует снижению общественной опасности больных. Как и в предыдущей группе пациентов, рекомендуя снятие принудительного лечения, целесообразно исключить диссимуляцию, которая, как правило, проявляется отрицанием бредовых переживаний или информации о некоторых подробностях совершенного деликта.

Таким образом, распад бреда с проявлением несистематизированных параноидных переживаний, разрушение бредовой иерархии мотивов, снижение волевых потенций, аффективное оскудение, нарастание аутизма, отсутствие диссимулятивных тенденций, упорядоченное, без радикала агрессии поведение, а также достаточная критика к своему состоянию и совершенному ООД могут служить клиническими показаниями для снятия принудительного лечения больным с параноидным типом дефекта.

У больных со сформировавшимся *психопатоподобным типом дефекта* клиническими критериями для снятия принудительного лечения являются следующие: отсутствие рудиментарной психопатологической симптоматики, колебаний в эмоциональной сфере, феномена диссимуляции, формальная критика к своему состоянию и совершенному криминалу, упорядоченное, адекватное ситуации поведение, а также сформировавшиеся трудовые навыки и установки на социально приемлемые формы поведения. В случаях, отягощенных алкоголизмом и наркоманией — отсутствие зависимости от психоактивных веществ.

У больных с *анато-абулическим типом дефекта* в силу доминирования в клинической картине пассивности, падения энергетического потенциала, аутизма общественная опасность значительно снижается. Поэтому основными клиническими критериями для снятия принудительного лечения у этих пациентов являются отсутствие активной продуктивной симптоматики, колебаний в аффективной сфере, пассивно-упорядоченное поведение без проявлений негативизма.

Решение вопроса о прекращении принудительного лечения у больных, совершивших ООД по *негативно-личностным механизмам* с доминирующими психопатоподобными синдромами может быть осуществлено на IV этапе в случае отсутствия у пациентов процессуальных расстройств (рудиментарной, отрывочной продуктивной симптоматики), ситуационной лабильности, диссимулятивных тенденций, а также наличия частичной или полной критики к содеянному, то есть, когда клиническая картина представлена сформировавшимся психопатоподобным дефектом с упорядоченным, адекватным поведением в отделении, на трудовых процессах и на свидании с родственниками.

Однако исследования Ф.В. Кондратьева (1985), Ю.А. Ильинского и соавт. (1989), С.Н. Осколкова (1994) и др. свидетельствуют о том, что отсутствие признаков процессуальности, ситуационной лабильности и наличие критики (формальной или частичной) к своему состоянию и совершенному ООД у больных с психопатоподобным уровнем поражения не всегда приводит к снижению их социальной опасности. Более того, в некоторых случаях достижение такого состояния увеличивает вероятность противоправного поведения. В связи с этим у данной группы больных при решении вопроса об отмене принудительного лечения, помимо психопатологических особенностей, должны анализироваться

характеристики, имеющие большое значение в реализации их общественно опасного поведения, среди которых наиболее значимыми являются положительная установка на труд и адаптация к определенным видам работ. Если за период, предшествовавший ООД, у больных не было положительной личностной социально-трудовой ориентации, то принудительное лечение может быть отменено только в случае выработки у больных первичной социально-трудовой адаптации.

Вторым немаловажным фактором является отсутствие синдрома зависимости и влечения к психоактивным веществам, если таковые имели место в период, предшествовавший ООД. Особенно важно учитывать этот фактор у лиц, общественно опасные деяния которых связаны с незаконным хранением и распространением наркотиков. Косвенными признаками сохранившейся зависимости может служить викарная наркотизация (чаще всего это употребление "чифира"), поисковые формы поведения с целью приобретения спиртного или суррогатов, навязчивые просьбы назначения транквилизаторов, корректоров и т.п. без объективной потребности к этому.

В связи с этим целесообразно выносить вопрос о прекращении принудительного лечения больных с "микстной" патологией только после прохождения ими курса медикаментозного и психокоррекционного лечения, направленного на устранение зависимости от наркотических препаратов. Целесообразно обучение этих больных психической саморегуляции, представляющей собой комплекс разноплановых тренировочных упражнений, выполняемых самостоятельно (А.К.Напреенко, К.А.Петров, 1994).

Помимо вышеперечисленных факторов, в реализации общественно опасного поведения большое значение имели личностные установки пациента. В связи с этим целесообразно не только клинически оценивать состояние больного на время освидетельствования, но и прогнозировать его. При решении этого вопроса большое значение имеют психологические исследования и социальные перспективы больного, которые будут изложены ниже.

Вопрос об отмене принудительного лечения у больных с *апато-абулическим состоянием* может быть поставлен в случае отсутствия признаков процессуальности, то есть при сформировавшемся собственно апато-абулическом дефекте. Клинически это выражается эмоционально-волевым снижением, аутизацией, регрессом волевого компонента поведения, холодностью, утратой физической и психической активности. Поведение у пациентов монотонно, внешне упорядочено, с отсутствием аффективных колебаний настроения и выраженных явлений негативизма, с формальной критикой к совершенному ООД и своему состоянию.

По мере нарастания апато-абулического дефекта и дезинтеграции психической деятельности социальная опасность этих больных значительно уменьшалась и теряла свою сюжетную конкретность. В этой связи представляется актуальным мнение, высказанное Т.П.Печерниковой (1978) и В.П.Беловым (1987) о том, что больные подчас становятся менее социально опасными не в результате выздоровления, а в результате перехода заболевания в другую стадию. Нарастающий регресс личности и беспомощность пациентов обуславливают первостепенное значение полноценного решения социально-бытовых проблем этих больных, после чего возможна постановка вопроса о прекращении принудительного лечения.

Социально-психологические критерии отмены принудительного лечения.

На заключительном этапе, когда решается вопрос о прекращении принудительного лечения, особенно четко видно, что возможности традиционного психопатологического исследования при всей его универсальности и глубине имеют свои пределы в объективизации клинических данных.

В связи с этим на IV этапе принудительного лечения целесообразно повторное экспериментально-психологическое исследование, главной целью которого является объективизация психического состояния больного с акцентом на выявлении диссимулятивных тенденций, оценке степени выраженности эмоционально-волевого и интеллектуального дефекта, а также, что особенно важно, его социальной направленности.

Полученные с помощью психологических методик данные и их анализ в динамике дополняют анализ клинико-психопатологического обследования и могут служить одним из критериев при решении вопроса об изменении мер медицинского характера. В связи с тем, что диссимулятивное поведение обнаруживает определенную зависимость от преморбидной структуры личности, сохранности интеллекта, динамики шизофренического процесса, а также доминирующей мотивации, проведение психологической диагностики особенно информативно для больных с сохранным интеллектом, асоциальными преморбидными установками и повторными ООД. Именно у этой категории больных клиническая диагностика диссимулятивных тенденций затруднена в силу диссоциации между внешне упорядоченными формами поведения и истинной картиной внутреннего мира больного.

У пациентов с апато-абулическим типом дефекта тестирование личностными методиками нецелесообразно из-за невозможности полноценного выполнения инструкций и недостоверности полученных результатов.

Для выявления диссимулятивных тенденций и динамики состояния больных в процессе лечения использовался опросник ММРІ.

Основываясь на полученных результатах и проведенных катамнестических исследованиях, прогностически благоприятными можно расценивать следующие изменения профиля ММРІ: изменение типа профиля с высоко расположенного до пограничного, снижение уровня шкал психотической тетрады (4,6,8,9) и шкалы F ниже 70-Т баллов, улучшение показателей по шкалам невротической триады (1,2,3) и шкале L.

Помимо снижения выраженности психотической симптоматики, при анализе данных ММРІ в каждом конкретном случае необходимо учитывать динамику интенсивности антисоциальных проявлений личности. Как было показано ранее, структура "ядра личности" представляет собой относительно стабильный показатель, мало изменяющийся под воздействием терапии. Однако интенсивность личностных проявлений корригируема. Поэтому снижение по шкалам, указывающим на антисоциальную направленность личности (прежде всего, по четвертой), расценивалось нами как прогностически благоприятное.

Помимо данных методики ММРІ, анализировались и результаты тематического апперцепционного теста. Описанные выше исследования позволяют рекомендовать применение этой методики для объективизации особенностей мотивационно-

ценностной сферы личности пациентам с сохранным интеллектом, имеющим асоциальные преморбидные установки, повторно совершающим ООД. Как показали катамнестические исследования, прогностически благоприятным было снижение внутренней конфликтности ниже 30%, смещение круга интересов с социальной сферы на семейную или профессиональную, уменьшение агрессивной позиции в поведении, включая как разрушительные намерения, так и прямую агрессию. Благоприятная динамика при анализе логических структур личности отмечалась при изменении асоциальных мотивов на социально приемлемые. При этом обращалось особое внимание на цели, которые ставил перед собой больной, их ориентацию и средства достижения. Следует подчеркнуть, что при решении вопроса об отмене принудительного лечения целесообразно использовать не одну методику, а целую батарею психологических тестов, ибо имеющиеся исследования В.В. Гульдана (1983), Е.П. Москаленко (1985), Х. Хекхаузен (1987), А.П. Корнилов (1994) и др. показывают отсутствие жесткой корреляции между данными психологических методик и проявлением агрессии в реальной жизни больных. Полученные в результате экспериментально-психологического исследования данные необходимо сопоставлять с поведенческими особенностями пациента, обращать внимание на такие свойства личности, как лидерство — зависимость, потребности, уровень притязаний, самооценка.

При решении вопроса о возможности отмены принудительного лечения, наряду с клиническими и психологическими критериями, важное место занимало решение актуальных для больного социальных вопросов.

Первостепенное значение имел анализ условий, в которые попадает больной после выписки, и его отношения с лицами ближайшего окружения. При рассмотрении микросоциальной ситуации пациента необходимо учитывать наличие семьи, изменение установок по отношению к нему в связи с совершенным ООД и принудительным лечением, жилищно-бытовые вопросы, материальную обеспеченность. С учетом того, что к моменту совершения ООД 31% пациентов были одиноки и проживали вне семьи (часть из них за время принудительного лечения утратила жилье), а 5,7% — не имели определенного места жительства, решение жилищно-бытовых проблем у этих лиц приобретало первостепенное значение на заключительном этапе принудительного лечения. Комиссия может рекомендовать его отмену лишь в том случае, когда решены все необходимые социальные проблемы больного: паспортизация, вопрос инвалидности, восстановление места проживания, оформление документов в специализированные отделения — общежития для психически больных, утративших жилье и социальные связи, куда они переводились после отмены судом принудительного лечения.

У части пациентов с сохранившимися семейными связями на первый план выступает решение вопросов адекватного трудоустройства после отмены принудительного лечения, для чего на заключительном этапе целесообразно проводить предварительную работу по переводу больного в дневные стационары и лечебно-трудовые мастерские при промышленных предприятиях.

Пациенты с апато-абулическим типом дефекта, как правило, признавались инвалидами II группы (редко I группы — при тяжелой степени регресса личности). Их беспомощность и неприспособленность во внебольничных условиях обуславливали необходимость решения вопроса об учреждении опеки. При отсутствии родственников или опекуна после отмены принудительного лечения

целесообразен их перевод в интернат системы социального обеспечения для хронических психически больных.

Следует отметить, что доля больных, лишенных дееспособности и нуждающихся в опеке среди пациентов, представляющих потенциальную общественную опасность, невелика и составляет около 4 %. Повторные ООД совершаются опекаемыми больными лишь в 10-15% случаев (как правило, это больные с преобладанием психопатоподобных расстройств на фоне выраженных дефицитарных изменений). Оптимальные результаты установления опеки дает в тех случаях, когда опекун содействует реадaptации больного, стимулируя его к адекватно подобранной трудовой деятельности, ограждает от психотравмирующих ситуаций, добросовестно осуществляет уход за больным и надзор за его имуществом (Л.А.Яхимович, Ю.А.Шапкин, 1995).

Таким образом, решение вопроса о прекращении принудительного лечения требует всесторонней, углубленной оценки психического состояния пациента, интегрирующей клинические, психологические и социальные характеристики больного. Недостаточно только оценивать психический статус пациента на время освидетельствования, необходимо прогнозировать его поведение на будущее.

Проведенный анализ литературных данных (А.А.Чуркин, 1994; С.Д.Вебстер, R.J.Menzies, 1987; J.Monahan, S.A.Shah, 1991) и собственные исследования позволили выделить ряд прогностических факторов, с помощью которых можно строить вероятностный прогноз поведения больного при решении вопроса о прекращении принудительного лечения. Валидность этих параметров подтверждена катamnестическими исследованиями, результаты которых показали, что практически у всех больных (96,7%) отмечалась положительная клиническая динамика: у 38,9% пациентов при выписке была отмечена ремиссия "В", у 57,8% — "С".

Среди 75 пациентов, длительность катamnеза которых составила в среднем $28,7 \pm 6,5$ месяца, 7 человек совершили повторные ООД. Среди остальных 68 больных работают 36,7%, не работают в связи с инвалидностью — 45,6%, без определенных занятий — 17,7%.

Все факторы были разделены нами на санкционирующие и лимитирующие противоправное поведение. Учитывались анамнестические сведения, клинические характеристики, социальный статус, личностные особенности в преморбиде и в период проведения принудительного лечения, успешность осуществления реабилитационных программ и данные психологических исследований. Прогностические критерии общественной опасности представлены в таблице 17.

Таблица 17. Прогностические критерии общественной опасности больных шизофренией.		
Признаки	Санкционирующие	Лимитирующие
Возраст	30-49	Свыше 50
Синдром в период совершения ООД.	Психопатоподобный с повышенной возбудимостью и патологией влечений, острый галлюцинаторно-бредовый синдром.	Неврозоподобный, изменения личности, паранойяльный.
Длительность	Свыше 5 лет	до 4 лет

Таблица 17. Прогностические критерии общественной опасности больных шизофренией.

Признаки	Санкционирующие	Лимитирующие
заболевания к моменту совершения ООД.		
Кратность ООД.	Наличие ООД в анамнезе (вероятность возрастает по мере увеличения их количества).	Отсутствие ООД в анамнезе.
Характер совершенного ООД.	Грабеж, разбой, кражи, насильственные действия.	Нарушение правил дорожного движения, паспортных правил, неумышленная агрессия.
Механизм.	Негативно-личностный, инициативный.	Продуктивно-психотический, косвенная бредовая мотивация.
Семейное положение.	БОМЖ, проживает один.	Проживание в родительской или собственной семье.
Образование.	Начальное, неполное среднее.	Высшее, неоконченное высшее, среднее специальное.
Занятость трудом.	Не работает.	Квалифицированный труд. При наличии инвалидности — работа в ЛТМ.
Социальная ориентация в преморбидном периоде.	Асоциальная с уголовно наказуемыми формами поведения, выраженная трудовая дезадаптация.	Социально приемлемая.
Сопутствующие заболевания.	Алкоголизм, наркомании, токсикомании и их сочетания. Органические поражения ЦНС.	
Преморбидные свойства личности.	Возбудимый.	Тревожный, аффективно-лабильный.
Длительность периода декомпенсации во время пребывания на принудительном лечении.	Более 12 месяцев.	До 3 месяцев.
Отношение к медицинскому персоналу и больным.	С радикалом агрессии, недоброжелательности.	Адекватное, социально одобряемое.
Отношение к лечебно-реабилитационным мероприятиям.	Негативное.	Положительное, заинтересованное.
Отношение к ООД.	Некритичное.	Адекватное.
Установка на дальнейшую терапию в амбулаторных	Отрицательная, формальная.	Положительная.

Таблица 17. Прогностические критерии общественной опасности больных шизофренией.

Признаки	Санкционирующие	Лимитирующие
условиях.		
Решение социально-бытовых проблем перед отменой принудительного лечения.	Не в полной мере, формальное.	Компетентное решение актуальных социальных проблем.
Синдром при отмене принудительного лечения.	Психопатоподобный.	Неврозоподобный, апато-абулический.
Данные ММРІ.	Код профиля 48, тип профиля "зубчатая пила", высоко расположенный (шкалы психотической тетрады 4, 6, 8, 9 превышают 70 Т баллов). Признаки диссимуляции (своеобразная конфигурация профиля с высокими показателями по шкале "F"). В процессе лечения динамика профиля отсутствует или незначительна.	Положительная динамика профиля в процессе лечения. Снижение показателей по шкалам психотической тетрады и невротической триады ниже 70 Т баллов. Отсутствие признаков диссимуляции.
Данные ТАТ.	Уровень конфликтности выше 50% с преобладанием внутренних конфликтов в доминирующей социальной сфере. Наличие агрессивной позиции и разрушительных намерений. Преобладание асоциальных мотивов.	Низкий уровень конфликтности (ниже 30%). Круг интересов ограничен семейной и профессиональной сферами. Достаточный контроль интеллекта над эмоциями. Преобладание просоциальных мотивов.
Данные нейropsychологических исследований.	Функциональные изменения средне- и глубинновисочных структур мозга и лобных образований справа.	Функциональные изменения в левом полушарии мозга.

В таблице требует пояснения пункт о длительности периода декомпенсации. Под "длительностью периода декомпенсации во время пребывания на принудительном лечении", согласно данным Ю.О.Мусаева и Л.Я.Яхимович (1989), понималась не только дезорганизация поведения больных, обусловленная психотической симптоматикой, но и наблюдавшиеся у пациентов с непсихотическими синдромами конфликты с медицинским персоналом и больными, нарушение режима отделения, совершение побегов, суицидальных попыток, употребление наркотических веществ, дезорганизация работы отделения, формирование и участие в группировках с антисоциальной направленностью, уклонение от реабилитационных мероприятий.

Кроме перечисленных в таблице параметров, прогностически значимым является фактор "ситуация", в которую попадает больной после выписки из больницы. Особенно важно это при решении вопроса о снятии принудительного лечения у лиц, совершивших ООД по *негативно-личностным, ситуационно спровоцированным*

механизмам, так как возврат в патогенную для больного ситуацию резко увеличивает вероятность повторного ООД.

Для пациентов, совершивших ООД по *продуктивно-психотическим механизмам*, первостепенное значение после отмены принудительного лечения приобретает контроль за динамикой их психического состояния и адекватная терапия, осуществляемая амбулаторной психиатрической службой. Для этого после отмены судом принудительного лечения, не позднее, чем за 10 суток до выписки, психиатрические больницы (отделения) направляют в психоневрологический диспансер по месту жительства больного эпикриз из его истории болезни. Одновременно извещение о выписке больного направляется его родственникам, а также в отделение милиции по месту жительства. Выписываются пациенты в сопровождении родственников, медицинских работников или самостоятельно.



В заключение необходимо еще раз подчеркнуть, что работа с больными шизофренией во время принудительного лечения не должна быть монотонной. Этот период подразделяется на этапы, для каждого из которых характерны, наряду с изменяющейся клинической картиной, определенные психологические, индивидуальные и групповые феномены, привносящие в патокинез шизофренического процесса ту или иную специфику, которую необходимо учитывать при построении лечебно-реабилитационных программ.

Признавая необходимость интенсивного, адекватного, комплексного медикаментозного лечения, необходимо отметить ограниченность возможностей биологической терапии как реального и действенного средства профилактики общественно-опасного поведения этих больных. Это связано с тем, что потенциальная опасность больных шизофренией хотя и определяется во многом психопатологическими особенностями пациентов, но реализация этой опасности (часто даже у больных, совершивших криминальное деяние в состоянии психоза) связана еще и с личностными установками больного, микросоциальным окружением и ситуационными факторами. В подавляющем большинстве случаев биологические методы лечения являются лишь “трамплином”, одним из звеньев непрерывной и взаимосвязанной системы мероприятий по лечебной реабилитации данного контингента больных.

Таким образом, принудительное лечение не может быть ограничено только медикаментозным воздействием, ибо его основная цель — формирование просоциально направленной постпсихотической личности. Эта цель в значительной мере достигается психокоррекционными методами воздействия. Отделения, осуществляющие принудительное лечение психически больных, должны выполнять функции реабилитационного центра, в котором предусматриваются не только условия для наблюдения за пациентами и медикаментозная терапия психопатологических расстройств, но и обеспечивается лечебно-реабилитационный режим для разных категорий больных. Особое внимание должно быть уделено пациентам с психопатоподобным радикалом в поведении, так как они составляют большую часть больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении, а доминирующей в их реабилитационных программах должна стать коррекция личностных и морально-этических установок. Для реализации поэтапных реабилитационных программ необходим специально подготовленный коллектив

медицинских работников, в котором наряду с психиатрами должны работать психологи, социологи и социальные работники.

Однако, как бы хорошо ни была организована медикаментозная, трудовая терапия и лечебно-коррекционная работа в отделении, осуществляющем принудительное лечение, для полного раскрытия возможностей находящихся там психически больных на определенном этапе необходим переход к свободному режиму содержания и общение с окружающими, что практически невозможно или крайне затруднительно в условиях этих отделений.

Поэтому часть реабилитационных мероприятий должна осуществляться после снятия принудительного лечения и выписки больного в психоневрологическом диспансере по месту его жительства на амбулаторном этапе наблюдения и лечения. В связи с этим необходимо помнить, что принудительное лечение в свою очередь также является лишь этапом более широкого комплекса мероприятий, направленных на предупреждение повторных общественно опасных действий. Поэтому любая лечебно-реабилитационная программа должна учитывать характер и обязательность последующего амбулаторного ведения больного, для чего в диспансер необходимо сообщить сведения, освещающие общий замысел разработанной программы, характер и объем проведенной работы, план последующих действий медицинской службы.

Указатель литературы.

Авруцкий Г.Я., Недува А.А., Фотьянов Н.И. Современные тенденции психофармакотерапии в свете задач социальной психиатрии и реабилитации // Основы социальной психиатрии и социально-трудовой реабилитации психически больных.- М., 1981.- С. 29-54

Азеркович Н.Я., Наталевич Э.С. Организационные вопросы профилактики общественно-опасных действий психически больных //Организационные вопросы судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения.- М., 1984.- С. 39-47

Белов В.П. Принудительное лечение: терапевтическая тактика //Принудительное лечение в системе профилактики общественно опасных действий психически больных.- М., 1987.- С.149-164

Блейхер В.М., Крук И.В. Патопсихологическая диагностика. -Киев, Здоровье, 1986.- 280 с.

Блохина В.П., Лощенова О.К., Юрьева Л.Н. Модель реадaptации больных параноидной шизофренией на этапах принудительного лечения //Вопросы реабилитации психически больных, совершивших общественно опасные действия.- М., 1989.- С.78-82

Боброва И.Н., Демонова Д.П. Принципы социальной реабилитации больных с непсихотическими формами психических расстройств, совершивших общественно опасные действия //Вопросы реабилитации психически больных, совершивших общественно опасные действия.- М., 1989.-С.7-12

Боброва И.Н., Мохонько А.Р. Патоморфоз и судебно-психиатрическая оценка психических заболеваний //Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике.- М., 1985.- С.15-20

Борисов Н.А., Кузнецов Ю.И. О возможной связи между поведением в конфликте и функциональной асимметрией мозга //Нелекарственная (би- и унилатеральная) терапия в наркологии, психиатрии и неврологии: Тез. науч.-практ. конф. (16-17 ноября 1988 г.).- Донецк, 1988.-С.90-91

Василевский В.Г., Завидовская Г.И. Роль социально-психологических факторов принудительного лечения психически больных //Вопросы реабилитации психически больных, совершивших общественно опасные действия.- М., 1989.- С.66-71

Васильев В.Д., Колотилин Г.Ф. Общественно опасные действия больных шизофренией с галлюцинаторным вариантом синдрома Кандинского-Клерамбо //Профилактика общественно опасных действий психически больных. -Калуга, 1988.- С.35-37

Вишневская Н.Г., Аршава И.Ф., Воронин В.В. К вопросу о достоверности первичного психиатрического диагноза в профилактике общественно опасных деяний психически больных //Судебная и социальная психиатрия 90-х годов:

Материалы международной конференции. - Киев - Харьков - Днепропетровск, 1994. - Т.1. - С.54-55.

Влох І. Й., Губар З.В., Тростяна М.П. Аналіз агресивної поведінки пацієнтів у стаціонарних психіатричних відділеннях //Судебная и социальная психиатрия 90-х годов: Материалы международной конференции. - Киев - Харьков - Днепропетровск, 1994. - Т.1. - С.110-111.

Воронин В.С. Из опыта организации принудительного лечения больных в условиях психиатрической больницы общего типа //Профилактика общественно опасных действий психически больных.- Калуга, 1988.-С.111-114

Гавенко В.Л., Чугунов В.В. Системный подход к проблеме отклоняющегося поведения //Судебная и социальная психиатрия 90-х годов: Материалы международной конференции. - Киев - Харьков - Днепропетровск, 1994. - Т.2. - С.101-102.

Гизатуллина С.А. Клинические особенности и социальные характеристики больных шизофренией с длительными сроками пребывания в больнице (К проблеме реабилитации): Автореф. дис...канд.мед.наук. -Л., 1984.-18 с.

Гульдан В.В. Тактика поведения больных шизофренией и психотических личностей в вероятностной среде //Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.-1978.-Т.78, вып.12.-С.1845-1850

Гурович И.Я., Зайцев Д.А., Артамонов А.А. О динамике показателей специального учета и принудительного лечения психически больных //Вопросы реабилитации психически больных, совершивших общественно опасные действия.- М., 1989.- С.42-46

До аналізу суспільно небезпечних дій психічно хворих, що перебувають на спеціальному обліку /С.В.Жабокрицький, А.І. Коротенко, В.І. Мельник та ін. //Судебная и социальная психиатрия 90-х годов: Материалы международной конференции. - Киев - Харьков - Днепропетровск, 1994. - Т.2. - С.9-10.

Двирский А.Е. Частота леворукости при шизофрении и соотношение различных синдромов у право- и леворуких больных //Неврология и психиатрия.- Киев, 1984.- С.80-81

Дмитриев А.С. Некоторые принципы терапии больных шизофренией с психопатоподобным синдромом в условиях принудительного лечения //Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической практике.- М., 1982.- С.120-125

Дмитриева Т.Б., Гурович И.Я. Защитники пациентов в психиатрических больницах: одна из форм практической реализации закона в области психиатрии //Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.- 1991.- N11.- С.94-97

Дончев П. Особенности патологической мотивации общественно опасного поведения //Первый съезд психиатров социалистических стран.- М., 1987.- С.338-341

Ефимов О.Е., Андрейко М.Ф., Зарафян В.А. и др. Психолого-психиатрические аспекты юридического понятия “сильное душевное волнение” //Судебная и социальная психиатрия 90-х годов: Материалы международной конференции. - Киев - Харьков - Днепропетровск, 1994. - Т.1. - С.72-73.

Журакова О.И. Клинико-катамнестическое исследование больных шизофренией, совершивших особо опасные агрессивные действия: Автореф. дис...канд.мед.наук.- М., 1983.-13 с.

Заморенова З.Д., Кузьмичева Т.Е. Роль социометрических исследований в реабилитации психически больных, находящихся на принудительном лечении //Актуальные вопросы принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные действия.- М., 1983.-С.143-144

Зурабашвили А.Д. Теоретические вопросы патоперсонологии и проблемы этики в клинической психиатрии //7-й Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров: Тез.докл.- М., 1981.- Т.1.- С.57-60

Иваницкий А.М. Проблема “Мозг и психика” в норме и при психической патологии //Проблемы общей и судебной психиатрии.-М.,1981.- С.120-124

Ильинский Ю.А. О механизмах формирования общественно опасных действий больных приступообразно-прогредиентной шизофренией // Первый съезд психиатров социалистических стран.- М., 1987.- С.341-346

Кабанов М.М. Реабилитация психически больных.-Л.: Медицина, 1985.- 216 с.

Калашиник Я.М. Медицинские мероприятия в отношении психически больных, совершивших общественно опасные деяния: Автореф. дис...д-ра мед.наук.-М., 1955.-24 с.

Клинические аспекты реабилитации больных, находящихся на принудительном лечении /Е.Д.Красик, М.И.Петров, М.Г.Веселкова и др. //Проблема общей и судебной психиатрии.- М., 1981.- С.34-41

Кондратьев Ф.В. Роль личности в опасном поведении психически больных //Вопросы соотношения биологического и социального в психиатрии.- М., 1984.- С.83-93

Кондратьев Ф.В. Судебно-психиатрический аспект функционального диагноза и индивидуализированные программы профилактики общественно опасных действий психически больных //Профилактика общественно опасных действий психически больных. -М., 1986.- С.16-24

Кондратьев Ф.В. Системно-структурный подход как когнитивный базис судебно-психиатрического исследования //8-й Всесоюз. съезд невропатологов, психиатров и наркологов.- М., 1988.- Т.3.- С.343-353

Кондратьев Ф.В., Велигорский А.В. Роль личностного фактора в системе реабилитационных мероприятий в отношении больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия //Вопросы реабилитации психически больных, совершивших общественно опасные действия. -М., 1989.- С.26-34

Корнилов А.П. Психологическое исследование агрессивности у больных шизофренией //Судебная и социальная психиатрия 90-х годов: Материалы международной конференции. - Киев - Харьков - Днепрпетровск, 1994. - Т.1. - С.129-130.

Котов В.П., Мальцева М.М. Некоторые принципиальные вопросы организации принудительного лечения //Принудительное лечение психически больных.- М., 1981.- С.29-37

Котов В.П., Мальцева М.М. Особенности реабилитации больных с различными психопатологическими механизмами общественно опасных действий //Вопросы реабилитации психически больных, совершивших общественно опасные действия.- М., 1989.- С.12-26

Котова Т.А. Клинико-социальная характеристика больных, находящихся на принудительном лечении //Проблемы судебно-психиатрической профилактики.-М., 1994.-С. 58-61

Криминальная мотивация /под ред. В.И.Кудрявцева.- М.: Наука, 1986.- 302 с.

Кудрявцев С.В. Изучение преступного насилия: социально-психологические аспекты. Психологический журнал: М., Наука, 1988.-Т.9.-N2.- С.55-62

Куземко И.Ф. Клинико-катамнестическое исследование больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия (по материалам психиатрической больницы специального типа). - Автореф. дис... канд. мед. наук.- М., 1981.- 17 с.

Кутько И.И., Павленко В.В. Клиническая эффективность некоторых немедикаментозных методов лечения больных резистентной шизофренией в зависимости от культуральных факторов //Социокультуральные проблемы современной психиатрии.-М., 1994.-С.70-72

Куценко Б.И. Рецидивирующая шизофрения.- К., Здоровье, 1988.-152с.

Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность.- М.: Политиздат, 1975.- 304 с.

Лившиц С.И. Проблемы неосознаваемой мотивации в судебной психиатрии //7-й Всесоюз. съезд невропатологов и психиатров.- М., 1981.- Т.3.- С.334-336

Луниц Д.Р. О клинических и социальных факторах, формирующих общественную опасность психически больных //Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии.- М., 1976.- С.11-32

Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга.- М., Изд.МГУ, 1969.- 504 с.

Мальцева М.М. Общественно опасные действия психически больных и принципы их профилактики: Автореф. дис...д-ра мед.наук.- М., 1987.- 38 с.

Мальцева М.М., Кондратьев Ф.В., Котов В.П. Принципы проведения принудительного лечения психически больных (вопросы организации и преемственности): метод. рекомендации.- М., 1988.- 20 с.

Мальцева М.М., Котов В.П., Карпов А.С. О критериях дифференцированного проведения принудительных мер медицинского характера //Профилактика общественно опасных действий психически больных.- Калуга, 1988.- С. 14-18

Мегрбян А.А. О патологическом и криминальном развитии личности //Проблемы общей и судебной психиатрии.- М., 1981.- С. 218-223

Мецов П.Г., Щербина Е.А., Абрамов В.А. Реабилитация личности при шизофрении, эпилепсии и последствиях черепно-мозговой травмы. -Киев: Здоров'я, 1991.-176с

Морозов Г.В. Проблемы организационной перестройки принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные деяния //Профилактика общественно опасных действий психически больных.- Калуга, 1988.- С.5-9

Морозов Г.В. Реабилитация психически больных, совершивших общественно опасные действия //Вопросы реабилитации психически больных, совершивших общественно опасные действия.- М., 1989.- С.3-7

Москаленко Е.П. Исследование мотивации ООД у больных шизофренией с психопатоподобным синдромом и у психопатических личностей //Актуальные вопросы психиатрии.- М., 1985.- С.102-107

Мохонько А.Р. Клинико-эпидемиологический анализ опасных действий психически больных (по данным судебно-психиатрических экспертных комиссий) //XII съезд психиатров России: Материалы съезда.-М., 1995.-С.468-469

Напреенко А.К., Петров К.А. Профилактика криминальных тенденций у больных алкоголизмом и наркоманиями с помощью системы психической саморегуляции //Судебная и социальная психиатрия 90-х годов: Материалы международной конференции. - Киев - Харьков - Днепропетровск, 1994. - Т.2. - С.143-145.

Наталевич З.С. Принципы медицинской деонтологии в условиях принудительного лечения //Актуальные вопросы принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные действия.- М., 1983.- С.80-83

Оказание психиатрической помощи в принудительном порядке (концепция законопроекта Украины “О психиатрической помощи”) /С.Ф.Глузман, В.Н.Кузнецов, О.А.Насинник и др. //Судебная и социальная психиатрия 90-х годов: Материалы международной конференции. - Киев - Харьков - Днепропетровск, 1994. - Т.2. - С.3-4.

О межполушарной фармакологической асимметрии /Я.Б.Максимович, Е.Р.Кукуричкин, С.С.Рыбалова и др. //Фармакология и токсикология.- 1985.- N3.- С.22-25

Первомайский В.Б. Назначение, отмена и изменение принудительных мер медицинского характера в отношении психически больных, совершивших общественно опасные действия: Метод. рекомендации.- Киев, 1988.- 23 с.

Первомайский В.Б., Лейко В.Р., Кригіна Л.О. Вибір критеріїв примусового лікування неосудних. //8-й з'їзд невропатологів, психіатрів та наркологів Української РСР.- Харків, 1990.- Ч.2.- С.48

Печерникова Т.П., Бацон С.В. Некоторые аспекты реабилитации психически больных с паранойяльными расстройствами. //Вопросы реабилитации психически больных, совершивших общественно опасные действия.- М., 1989.- С.35-42.

Погади Й., Кочиш Л., Брайер Ш. Биологические факторы невменяемости. //Проблемы общей и судебной психиатрии.- М., 1981.- С.233-238.

Подрезова Л.А., Щукина Е.Я. Судебно-психиатрическая оценка больных шизофренией с гиперстеническим типом ремиссии. //Вопросы теории и организации судебно-психиатрической экспертизы.- М., 1989.- С.143-151.

Савченко В.И. Личность и ее отражение в содержании психоза. //Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.- 1991.- N1.- С.117-120.

Салаев А.С. Принудительное лечение больных приступообразно-прогредиентной шизофренией: Автореф. дис...канд.мед.наук.- М., 1987.-22 с.

Семенов Б.В. Повторные общественно опасные действия больных шизофренией: (клинико-катамнестическое исследование): Автореф. дис...канд.мед.наук.- М., 1984.- 18 с.

Системные механизмы мотивации /В.И.Бадиков, Б.В.Журавлев, В.Г.Зилов и др. Под ред. К.В.Судакова.- М.: Медицина, 1979.- 199 с.

Соколова Е.Т., Вавилов И.В., Реньге В.Э. Вариант теоретико-экспериментальной апробации ТАТ. //Экспериментальные исследования в патопсихологии.- М., 1976.- С.60-64.

Сосин И.К. Характеристика клинической картины и некоторых патофизиологических сдвигов при шизофреническом дефекте: Автореф. дис...канд.мед.наук.- Л., 1973.- 24 с.

Сыропятов О.Г. Повторные ООД психически больных и аномальных лиц и их профилактика //Криминологические проблемы преступного поведения. -М., 1991. - С.15-25

Фидлер В.Г. Роль системы медико-социальных мероприятий в профилактике общественно-опасных действий больных шизофренией. //Вопросы реабилитации психически больных, совершивших общественно опасные действия. -М., 1989.- С.106-112.

Фільц О.О., Коцюба А.І. IPDE клініко-діагностичне інтерв'ю для оцінки розладів особистості //Судебная и социальная психиатрия 90-х годов: Материалы международной конференции. - Киев - Харьков - Днепропетровск, 1994. - Т.2. - С.112-114.

Фрейеров О.Е. Особенности диагностики и судебно-психиатрической экспертизы психопатоподобных дефектных состояний при шизофрении. //Проблемы клиники, судебно-психиатрической экспертизы, патофизиологии и иммунологии шизофрении.- М., 1964.- Вып.15.-С.295-308.

Фрумкин Я.И., Лившиц С.М. Следовые влияния в психопатологии.- Киев: Здоров'я, 1979.- 112 с.

Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность: Т.1.- Пер. с нем.- М.: Педагогика, 1986.- 398 с.

Хмелевский Д.Л., Дмитриев А.С., Чирко В.В. Клиника и терапия затяжных адинамических депрессий у больных шизофренией в период принудительного лечения. //Профилактика общественно опасных действий психически больных.- Калуга, 1988.- С.117-119.

Хохлов Л.К., Савельев Л.Н., Рудаков Ю.М. Об условиях формирования общественно опасного поведения у психически больных. //Профилактика общественно опасных действий психически больных.- Калуга, 1988.-С.46-48.

Числов А.В. Диспансерное наблюдение больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия (по данным катамнестического исследования): Автореф. дис...канд.мед.наук. -М., 1984.-21 с.

Чуприков А.П., Линева А.Н., Мартенковский И.А. Латеральная терапия. -Киев: Здоров'я, 1994. -176с

Чуркин А.А. К проблеме недобровольной госпитализации психически больных //Судебная и социальная психиатрия 90-х годов: Материалы международной конференции. - Киев - Харьков - Днепропетровск, 1994. - Т.2. - С.5-6.

Шостакович Б.В. Принудительное лечение больных шизофренией. //Принудительное лечение в системе профилактики общественно опасных действий психически больных.- М., 1987.-С.50-74.

Шостакович Б.В. Современная криминальная ситуация и роль судебной психиатрии //XII съезд психиатров России: Материалы съезда. -М., 1995. -С.494-495

Шостакович Г.В. Опыт работы отделения для принудительного лечения с усиленным наблюдением //Проблемы судебно-психиатрической профилактики. -М., 1994. -С.61-64

Шумаков В.М. Клинические и социально-демографические характеристики больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия: Автореф. дис...д-ра мед.наук.- М., 1975.-44 с.

Шумаков В.М. Вопросы реабилитации, профилактики и общественной опасности психически больных. //Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии.- М., 1978.- С.18-27.

Юрьева Л.Н. Критерии оценки психического состояния больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении. //Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике.- М., 1990.- С.129-135.

Юрьева Л.Н. Этапы реабилитационно-терапевтических мероприятий при проведении принудительного лечения больных шизофренией: (метод. рекомендации).- М., 1991.- 21 с.

Юрьева Л.Н. Принудительное лечение больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия: Автореф. дис.... д-ра мед. наук. -М., 1992. -43с

Ястребов В.С. Организационные аспекты внебольничной и стационарной психиатрической помощи. //Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.- 1991.- N11.-С.4-6.

A model for understanding and managing cycle of aggression among psychiatric inpatients. /G.J.Maier, Z.J.Stava, B.R.Morrow et al. //Hosp.commun Psychiatry.- 1987.-v.38, N5.- P.520-524.

Andreasen N.C. Brain imaging: application in psychiatry. //Science.-1988.- V.239, N4846.- P.1381-1388.

Appleby L., Desai P.N. Documenting the relations hip between homelessness and psychiatric hospitalisation. //Hosp. Commun.Psychiatr.-1985.-V.36, N7.- P.732-737.

Bachrach L.L. Overview: model programs for chronic mental patients. //Amer. J.Psychiat.- 1980.- V.137, N9.- P.1023-1031.

Benezech M. La bio-medicocriminogenese. //Encephale.-1981.-V.7, N1.-P.65-82.

Brain morphology in schizophrenia: A 2- to 5-years CT scan followup study. /A.Vita, E.Sacchetti, G.Valvassori et al. //Acta psychiatr.scand.-1988.- V.78, N5.-P.618-621.

Bradford J.M.W. Forensic psychiatric aspects of schizophrenia. //Psych.J.of Univ.of Ottawa.-1983.-V.8, N3.- S.96-104.

- Brakel S.J., Parry J., Weiner B.A.* The Mentally Disabled and the Law. //Third Edition American Bar. Foundation.-Chicago, 1985.-P.311-314.
- Cummings J.L.* Clinical neuropsychiatry.- Orlando stc: Grune u.Stratton, 1989.- 264 s.
- Delgado J.M.R.* Psychohystological ragulation of social behavior. //31 Inf.Congr.Phsiol., Sci., Helsinki, 9-14 July, 1989: Abstr.-Oulu, 1989.-P.470-471.
- Flor-Henry P.* Cerebral basis if psychopathology.-Boston etc.: Wright, 1983.- P.357.
- Hodnes E.P.* Crime prevention bythe indeterminate semtense law. //Amer.J.Psychiat.-1971.-V.128.-P.291-295.
- Homicide by psychotics in France: A five-year study /M.Benerech, J.A.Vesavage, M.Addad et al. //J.Clin.Psychiat.-1984.-V.45, N2.-P.85-86.
- Huntingford Felicity, Turner Angela. Aggression a biological imperative? //New Sci.-1988.-V.119, N1624.-P.44-47.
- Ishigaki K.* Criminality in schizophrenics. //Iryc.-1984.-V.38, N12.-P.1160-1163.
- Kalichman S.C.* Empicically derived MMPI profile subgroups in of incarcerated homicide offenders. //J.clin.Psychol.-1988.-V.44, N5.-P.733-738.
- Klock I.S.* Schizophrenia and criminal behavior. //Psychiatr. Neurol. Neurochir. -1964. -V.67, N2.- P.176-181.
- Lamb H.R., Mills M.J.* Needed changes in low and procedure for the chronically ill. //Hosp.Communit.Psychiatry, 1986.-V.37, N5.-P.475-480.
- Maskay R.D., Wight R.E.* Schizophrenia and anti-social (criminal) behavior: Some responses from aufferers and relatives. //Med.Sci.Law.-1984.-V.141, N1.- P.10-15.
- Nadvornik F., Ondrejčakova G.* Prispěvok k funkcnemu vzfahu bimbickej sustavy a hypothalamu. //Cs.psychiat.-1984.-Roc.80, N2.-S.86-90.
- Reinke B., Greemley J.R.* Organizational analysis of three cjmunity support program models. //Hosp.Communit.Psychiatry.-1986.-V.37, N6.-P.624-629.
- Rosenbaum M., Bennett B.* Homicide and depression. //Amer.J.Psychiat.-1983.- V.143, N3.- P.367-370.
- Tantem D.* Idtelong escentricity and social isolation of psychiatric Social and forensic aspects. //Brit.J.Psychiat.- 1988.- V.153, N12.-P.777-782.
- The association between psychosis and violent crime: A study, of offenders evaluated at a court psychiatric clinil. /M.S.Heller, W.H.Traylor, S.M. Ehrich et al. //J.gen.Psychol.- 1984.- V.110, Half.- P.263-266.
- Tsitouridis S.G., Tsitouridis M.* Homicidal Behavior in Psychiatric Patients: a Clinical Study //Česka a Slovenská Psychiatrie Suppl. 2 -Ročník 91 - 1995, S.63-64
- Weinberger D.R.* Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. //Arch.gener.Psychiatry.- 1987.- V,44, N17.- P.660-669.
- Weinberger D.R.* Schizophrenia and the frontal lobe. //TINS.- 1988.-V.11, N.8.- P.367-370.

Wessely S. Psychopathology of violence. //Lancet.- 1987.- V.2, N8562.- P.801-802.

Yesavage J. Correlates of dangerous behavior by schizophrenics in hospital.
//J.psychiatr.Res.- 1984.- V.18, N3.- P.225-231.

Summary

During 5 years dynamic complex clinical, socio-psychologic and neuropsychologic studies of 300 schizophrenic patients who had committed socially hazardous actions and were undergoing compulsory treatment were carried out by the author. Findings obtained served the basis for developing differentiated pathogenetically oriented rehabilitation programs for this contingent of patients. While studying hazardous behavior genesis it was found out that in 63.3 per cent of patients studied hazardous actions were committed without psychosis and are caused by deficiency manifestation, post-process personality changes and situational factors (negative personality mechanism), in 36,7 per cent of cases socially hazardous actions were caused by psychotic disorders (productive psychotic mechanisms). For each of these groups of patients specific clinico-social characteristics were disclosed. Their description can be found in chapter 3.

Thus in the negative personality mechanisms group of patients who have committed criminal actions persons with non psychotic syndromes prevail. Antisocial tendencies and pronounced desadaptation are characteristic for 50.0% of these patients, psychoactive substance abuse- for 68,4%, previous convictions-for 41,6% recurrent socially hazardous actions-for 36,8%. In 72,6% of cases socially hazardous action were of initiative character and in the majority of cases they were connected with deficiency of higher emotions; in 27,4% of observed patients socially hazardous action were situation-provoked and caused by lack of emotional control or passive submittance of patients. Among law transgressions non-aggressive actions prevail, constituting 77,9% of general quantity of criminal actions in this group and having pronounced tendency to recurrence.

The group of productive psychotic mechanism is made of persons in whom psychotic syndromes dominated by the time of committing delinquency, 97,2% of syndromes being paranoid and hallucinatory-delirium ones. Social and personality structure of these patients in the majority of observed cases was characterized by pro-social vector: 13,6% of them had higher or incomplete higher education. Satisfactory socio-labour and family adaptation was preserved by almost half of the patients until their committing the delinquency which by 88,2% of patients was committed for the first time. For these patients aggressive actions against a person are characteristic (71,8%), but there is no marked tendency to recurrence. In most cases they were committed for delusion motives (85,5%), delusion of revenge and delusion of protection prevailing among them. In 14,5% of observed cases criminal actions were performed without delusion motivation, most frequently under the influence of imperative hallucinations.

Observed in dynamics results of clinico-psychopathologic and experimental-psychologic studies (by MMPI, TAT and neuropsychologic methods) described in chapter 4 were used for differentiated administration of pathogenetically oriented therapy. It is expedient to use these methods as a diagnostic instrument for rehabilitation process effectivity evaluation when taking decision on discontinuation of compulsory treatment.

MMPI method helped to reveal common for all patients observed profile structure and the leading code 48, thus indicating to the similarity of the personality nucleus of these

patients. At the same time statistically significant differences in profile level and in scales L, 1, 2, 4, 5, 7 ($p < 0,001$), F, 3, 8 ($p < 0,01$), 6,0 ($p < 0,05$) determined while analyzing averaged profiles of schizophrenic patients of the negative personality mechanism (1 group) and of the productive psychotic mechanism (2 group) allow to ascertain nonhomogeneity of these groups.

Specific traits of the 1 group patients at the onset of the compulsory treatment are pronounced psychopathization, spitefulness, emotional stress, disposition to antisocial acts and to contacts with antisocial persons. During the course of compulsory treatment affective rigidity and anxiousness decrease significantly, however personality structure remains the same.

In the 2 group of patients psychotic disorders, thought disintegration, nonadequate self-appraisal are manifested. During the process of treatment dynamics is more evident than in the 1 group. Antisocial personality manifestations decline along with significant decrease of psychotic disturbances.

Thematic apperception test-TAT (after H.A.Murray) used in the studies allowed to reveal the group of patients (the majority of whom committed socially hazardous action due to negative personality mechanisms) with pronounced dissociation of clinical and psychological indices. These patients were found to have latent signs of antisocial behavior stereotype, remission being not accompanied with appearance of socially positive aims. In these patients conflict level turned out to be over 50% with internal conflict prevalence in the dominating social sphere. Aggressive attitude, destructive intentions and prevalence of social motives were noted. Findings obtained make estimate this group as prognostically unfavourable in the aspect of socially hazardous actions recurrence.

Neuropsychological investigation was carried out by, methods proposed by professor A.R.Luria, using quantitative and qualitative analysis of test results.

In the studied group there were mainly the patients with early beginning of disease, that committed aggressive criminal actions in psychotic state. Psychopathologic syndromes were qualified in the following way: paranoiac, paranoid and hallucinatory-paranoid. No signs of acute psychosis were detected by the time of investigation.

Cerebral dysfunction in different brain regions have been revealed in all patients. Right hemisphere dysfunction was the leading squad of the neuropsychological syndrome in 68,3 % of patients. These changes were strongly pronounced in fronto-temporal region and in the striopallidal system. The analysis of neuropsychological investigation results the beginning of the forced cure revealed high trustworthy prevalence of patients with right hemisphere dysfunction (RHD, temporal lobe) as a leading squad of the neuropsychological syndrome. RHD caused the disturbances of perception and verbal-acoustic memory, altered the estimate of rhythmic structures. The following clinical symptoms were quite typical: emotional inadequacy, insufficient emotion control, impulsive actions, affected behavior prognosis. Bilateral functional changes were revealed in 25% of cases, left hemisphere dysfunction was found only in 6,7% of cases.

At the sometime the sings of frontal lobe affection with mainly intellectual disorders, were revealed in these cases. The analysis of sincipital lobes affection signs revealed prevalent disorders of the activities demanding purposeful intellectual control. The operations with logical-grammatical constructions were the most complicated for these patients. The deep brain structures dysfunction, prevailing in striopallidar system and deep temporal structures was also revealed.

Obtained data were corroborated by frequency analysis of cytoarchitectonic fields dysfunction. The disorders in the middle temporal region (field 21) and in the back parts of middle and lower frontal convolutions (fields 44 and 45) were revealed.

So, the investigation has permitted to reveal right hemisphere dysfunction (RHD) most pronounced in the temporal-frontal region and in the striopallidar system as a leading squad of the neuropsychological syndrome.

After 3 years of forced cure the patients displayed more expressed functional alterations in the phylogenetically more young brain structures - frontal lobes. These data were confirmed by the increasing of frequency and level of pathological finds in the neuropsychological tests, defining the syndrome of disturbed regulation of the activities, as reciprocal coordination and dynamic praxis tests. Besides, there were alterations in the syndrome of memory disturbances, testifying to increased rigidity and sluggishness of cognitive processes.

At the same time the positive evolution in functioning of the right temporal lobe was revealed. It was clinically displayed by diminution of impulsivity and aggressivity. The faculty of critical judgment and spatial orientation were also ameliorated.

Obtained data were used along with clinical characteristic for the creation of pathogenetically oriented rehabilitation programs. So, optimum choice of psychotropes included apart from traditional clinical criteria neuropsychological characteristic of higher cortical functions and data concerning interhemisphere pharmacological asymmetry, keeping in mind that some wide spread remedies /for example chlorpromazine/ after prolonged use activate right hemisphere. This effect potentates aggressivity, impulsivity, loss of emotion control, reducing antipsychotic influence of the drug.

The treatment of schizophrenic patients with right hemisphere dysfunction should include phenothiazine derivatives of piperazine series, which activate the left hemisphere functions and partially inhibit the right hemisphere activity.

The patients with left hemisphere dysfunction should be treated by phenothiazine derivatives of aliphatic and piperidine series which inhibit left hemisphere activities and stimulate the right hemisphere functions. The choice of psychopharmacological remedies for the patients with bilateral functional affections depended on clinical indications.

The choice of psychotherapeutic methods for studied patients was also connected with factor of dominating hemisphere. So, the patients with right hemisphere dysfunction should be treated with the aid of rational - emotional therapy, the cognitive problem therapy is more useful in patients with the left hemisphere dysfunction.

The method of occupational therapy should be chosen taking into account the results of neuropsychological investigation. So, the work associated with development of image thinking is indicated for patients with right hemisphere dysfunction. The patient should not do the monotonous work, the labors with change of operations is indicated.

The increase of organic brain symptoms during the forced cure (revealed by neuropsychological investigation) makes expedient to use the prolonged treatment by remedies, ameliorating brain metabolism.

Clinical and socio-psychological peculiarities of different groups of patients and their dynamics disclosed in the study provided a basis for separating the course of compulsory treatment into 4 stages, each with its specific clinical, psychologic, group and individual phenomena (see Ch.5). Each stage has its own tasks and special methodical approaches to

each of the groups singled out. The main tasks of the first stage-adaptation-diagnostic one- are to arrest psychotic symptoms, to give clinical, psychological and social qualification of the patient's state, to provide his adaptation to the conditions of the in-patient department and to devise medicamentous therapy and psychotherapy tactics.

The main task of the second stage-the stage of stabilization- is to arrest the psychotic process and to remove secondary reactive phenomena. Medicamentous therapy dominates in the treatment scheme, but as symptoms subside, the share of individual and indirect psychotherapy grows (business therapy and work therapy).

The third stage is the stage of reconvalescence. The main task here is to develop socially acceptable mode of behavior and to overcome asocial forms of adaptation. The central place in rehabilitation measures belongs to psychotherapeutic methods of influence, the behavioral method being the dominating one. Preference is given to group methods of treatment, such as training of social habits which allows to acquire the stereotype of socially acceptable behavior, to reduce stress and to introduce corrections into role behavior. Medicamentous therapy corresponds to the psychic status of the patient at the given stage; it is also aimed at overcoming therapeutic resistance and improving metabolism.

The fourth stage is the stage of consolidating of treatment results and preparing the patient for discharge. The main task is to develop the scheme of maintenance therapy, to objectivize patient's psychic state making accent on disclosing of dissimulative tendencies and of signs of antisocial personality orientation. Qualified solution of social problems of patients is also important at this stage. Psychotherapeutic and social measures are leading in the scheme of rehabilitation therapeutic measures. Medicamentous therapy is of supportive character and reduced to minimum. Family therapy is of great importance. Rehabilitation therapeutic measures carried out stage-by-stage are shown to have their specific peculiarities in each separate group of the patients (for detailed description see Ch.5).

The question of discontinuation of compulsory treatment is the most complicated and crucial one at the compulsory treatment final stage. Research literature review as well as author's own findings made it possible to substantiate the necessity of complex approach to the problem of cessation of compulsory treatment, with clinical, psychological and social criteria taken into consideration. A number of sanctioning and limiting factors that allow to make probability prognosis of the patient's hazardous behavior were found out (for detailed description see Ch.6)

Follow-up examinations allow to state that the treatment-rehabilitation programs suggested by the author may be considered as the initial stage of a wide complex of measures aimed at prevention of socially hazardous actions recurrence. For prevention to be successful continuity with the out-patient department link of the psychiatry service is required; common rehabilitation therapeutic tactics begun at the in-patient department will be thus guaranteed succession under outside the hospital conditions.

Оглавление

Предисловие.....	4
Введение.....	6
Глава 1. История развития и современные концепции принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные деяния.....	9
Глава 2. Системно-структурный подход к генезу общественно опасных деяний.....	17
Клинико-психопатологические предпосылки общественно-опасного поведения больных шизофренией.	17
Социально-психологические особенности пациентов, совершивших противоправные деяния.	19
Биологические детерминанты деструктивного поведения больных шизофренией.....	23
Глава 3. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния.	29
Глава 4. Комплексная характеристика больных шизофренией в процессе принудительного лечения.	41
Клиническая характеристика.	41
Клиническая динамика больных шизофренией, совершивших общественно- опасные действия по продуктивно-психотическим механизмам.	41
Клиническая динамика больных шизофренией, совершивших общественно- опасные действия по негативно-личностным механизмам.	49
Психологическая характеристика.....	62
Экспериментально-психологические исследования.....	62
<i>Методики многостороннего исследования личности.</i>	<i>64</i>
<i>Тематический апперцепционный тест.</i>	<i>69</i>
<i>Нейропсихологические исследования.</i>	<i>73</i>

Глава 5. Реабилитационно-терапевтические мероприятия при проведении принудительного лечения.....	82
Медикаментозное лечение	83
Особенности медикаментозной терапии больных шизофренией, совершивших ООД по продуктивно-психотическим механизмам.	84
Особенности медикаментозной терапии больных шизофренией совершивших ООД по негативно-личностным механизмам.	86
Реабилитационные мероприятия.	88
Особенности реабилитационной работы с больными шизофренией, совершившими ООД по продуктивно-психотическим механизмам.	94
Особенности реабилитационной работы с больными шизофренией, совершившими ООД по негативно-личностным механизмам.	101
Трудные ситуации.	110
Глава 6. Клинические и социально-психологические показания к прекращению принудительного лечения.....	117
Клинические критерии отмены принудительного лечения.	119
Социально-психологические критерии отмены принудительного лечения.....	122
Указатель литературы.	129
Summary.....	138
Оглавление	Ошибка! Закладка не определена.

Contents.

Foreword.....5

Introduction 7

Chapter 1. The history of development and modern conceptions of compulsory treatment of mental patients who have committed socially hazardous actions..... 10

Chapter 2. Systemic structural approach to the genesis of socially hazardous actions..... 18

 Clinico-psychopathologic prerequisites of socially hazardous actions of schizophrenic patients 18

 Socio-psychologic peculiarities of patients who have committed criminal actions..... 20

 Biologic determinants of destructive behaviour of schizophrenic patients 24

Chapter 3. Clinico-social characteristic of schizophrenic patients who have committed socially hazardous action..... 30

Chapter 4. Complex characteristic of schizophrenic patients during the course of compulsory treatment. 42

 Clinical characteristic 42

 Clinical dynamics of productive psychotic mechanism schizophrenic patients who have committed socially hazardous actions. 42

 Clinical dynamics of negative personality mechanism schizophrenic patients who have committed socially hazardous actions. 50

 Psychologic characteristic 62

 Experimental psychologic investigations..... 62

Methods of manysided investigation of personality 65

Thematic apperception test..... 70

Neuropsychologic investigations..... 74

Chapter 5. Rehabilitation therapeutic measures during the course of compulsory treatment. 83

 Drug therapy 84

 Rehabilitation measures..... 89

 Peculiarities of rehabilitation of productive psychotic mechanism schizophrenic patients who have committed socially hazardous actions. 95

 Peculiarities of rehabilitation of negative personality mechanism schizophrenic patients who have committed socially hazardous actions. 102

Chapter 6. Clinical and socio-psychologic indications for discontinuation of compulsory treatment..... 118

Reference list. 130

Summary..... 139

Contents 143

МОНОГРАФІЯ

Юрь'єва Людмила Миколаївна

**Реабілітація хворих на шизофренію,
скоївших суспільно небезпечні дії.**

Київ, Український НДІ соціальної та судової психіатрії
(Російською мовою)

Комп'ютерний набір і верстка — *О.Л. Пушкаш.*

Коректор — *В.К. Щербіна.*

Здано до складання 01.02. 1996 р. Формат А4. Гарнітура “Times”

Український НДІ соціальної та судової психіатрії

м.Київ-8, вул. Фрунзе, 103

Павлоградська міська типографія.

323000, м. Павлоград, вул. Степового фронту 5а. Ціна договірна.