

- психиатрических экспертиз страны): Автореф. дисс. на соискание ученой степени к.м.н. – М., 1984. – 20 с.
16. Кунафина Е.Р. Деадаптивное поведение с деликвентными проявлениями у психически больных старших возрастных групп (предрасполагающие факторы, клинические и социальные аспекты профилактики): Автореф. дисс. на соискание ученой степени д.м.н. - М., 2008. – 35 с.
  17. Наку А.А. Динамика в системе факторов риска опасного поведения больных шизофренией.- Автореф. дисс...к.м.н. М., 1988.- 24 с.
  18. Ростовцева Т.И. Особенности клиники и течения так называемой старческой шизофрении // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова.- 1973.- Вып. 3.- С. 424- 430.
  19. Сербский В.П. Судебная психопатология. – М., 1900. – 481 с.
  20. Шостакович Б.В., Кондратьев Ф.В. Современные судебно-психиатрические проблемы шизофрении // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. – М., 1999. – С. 163 – 178.
  21. Штернберг Э.Я. с соавт. Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте. - М., 1981. – 191 с.
  22. Щирин М.Г., Молчанова Е.К., Гаврилова С.И. и др. Некоторые результаты эпидемиологического изучения психически больных старше 60 лет, проживающих в одном из районов Москвы//Журнал неврол. и психиатрии. - 1975.- Вып. 11. - С. 1695-1704.
  23. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update / J.R. Bustillo, J. Lauriello, W.P. Horan, S.J. Keith // Am. J. Psychiatry. - 2001. - Vol. 158, № 2. - P. 163-175.
  24. Sreenivasan S., Kirkish P., Eth S., Minthz, Hwang S., Gorp W., Von W. Predictors of recidivistic violence in criminally insane and civilly committed psychiatric inpatients // Intern. J.of Law and Psychiatry/ -1997. – 2 - P. 279-291.
  25. Swanson J., Swartz M., Estroff S., Borum R., Wagner R., Hiday V. Psychiatric impairment, social contact and violent behavior: evidence from a study of outpatient – committed persons with severe mental disorder // Soc. Psychiatry Epidemiol. – 1998. – Dec. – 33. – Suppl. 1. – S. 86-94.
  26. Taylor. P., Gunn. J. Homicides by people with mentally ill: A dangerous misconception // British Journal of Psychiatry. – 1999. – Vol. 174. – P. 9-14.

**КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С КРИМИНАЛЬНЫМ И ПРАВОПОСЛУШНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ СТАРШЕ 50 ЛЕТ (часть 2-я)**

**С.Н. Осколкова**

Отделение эндогенных психозов ФГБУ «ГНЦ и ССП им. В.П. Сербского»  
Минздравсоцразвития, Москва, Россия

**Summary**

***Clinical social characteristics patients with paranoid schizophrenia with criminal and law-abiding behavior over 50 years old (part 2)***

The paper presents a systematic analysis (taking into consideration the dynamics of the leading syndrome, personal and situational characteristics) of removed step of specialized contingent with paranoid schizophrenia. Several connections between trends in the course of the disease, personality, environment and behavior were revealed. In fact, the role of the tendency to weakening or to the stop of the endogenous process with stabilization of condition and reduction of psychopathological symptoms and the tendency to preservation the activity and maintenance of schizophrenic process. The obtained results of the research may contribute

to perfecting the prognostic criteria of the dynamics of the disease and prophylactic treatment of extremely dangerous offences.

### **Rezumat**

Lucrarea prezintă o analiză amplă (dinamica sindromului de bază, caracteristicile situaționale și de personalitate) a etapei îndepărtate a pacienților cu schizofrenie paranoidă. Au fost evaluate un șir de corelații între tendința de evoluție a bolii, dinamica personală și tipul de comportament, în special, rolul în comportament a diminuării sau opririi procesului endogen, cu stabilizarea stării și reducerea simptomelor psihopatologice și stabilirea progredienței bolii. Studiul poate contribui la îmbunătățirea criteriilor de pronostic ale dinamicii bolii și de prevenire a comportamentului social periculos.

### **Результаты**

В 1-й группе у 48,8 % изученных больных параноидной шизофренией отмечался средне прогрессивный тип течения заболевания, у остальных – мало прогрессивный, причем у 66,5 % - приступообразный. Во 2-й группе преобладало приступообразно-прогрессивное течение. В обеих группах дефект (негативные изменения личности) чаще нарастал сравнительно медленно (78,8 % всех больных), но быстрее в 1-й группе ( $p < 0,05$ ). К периоду изучения отдаленного анамнеза бытовые условия большинства больных обеих групп были относительно удовлетворительными. Однако семейное положение (адаптация) в 1-й группе была почти в два раза хуже: холосты были 18,2%, столько же разведены, из них 31,8% проживали с родственниками, 4,5% - одни. Больше половины больных жили с родственниками (63,6%), из них 40,9% в гражданском браке. Отношения с родственниками и супругами часто носили неприязненный характер, внутрисемейная атмосфера характеризовалась напряженностью и конфликтностью отношений, агрессией, в том числе, вербальной. Во 2-й группе 43,8 % имели свою семью, одинокие (16,7 %) имели круг общения. Отношения с близкими достоверно чаще были хорошими или удовлетворительными ( $p < 0,05$ ).

Длительность эндогенного процесса к моменту настоящего обследования составила от 18 до 50 лет (в среднем  $32,7 \pm 6$  лет в 1-й группе и  $35,7 \pm 7$  лет во 2-й группе, то есть практически не отличалась). Начало заболевания в обеих группах чаще относилось к возрасту 19-25 лет (36,4%) и к пубертатному периоду – 31,8%, после 25-ти лет заболевание начиналось в 27,3% случаев (в 17,8 % случаев больные относились ко 2-й группе). У 11,7 % больных 2-й группы первое манифестное психотическое состояние, квалифицированное как приступ шизофрении, развилось после 50 лет, в дальнейшем заболевание отличалось невысокой прогрессивностью. Анамнестически удавалось выявить на протяжении жизни патохарактерологические особенности и субпсихотические проявления при удовлетворительной адаптации.

Установлено, что наиболее частой причиной постановки на учет в ПНД в обеих группах явилось острое психотическое состояние (63,3%), психопатоподобный синдром был ведущим в 30% случаев, что по разным механизмам приводило к агрессивному поведению (физическому и вербальному) в отношении родственников (26,7%), других лиц. В 14,8 % случаев отмечались депрессивный синдром, аутизация и аутоагрессия. Важно отметить, что длительность временного периода от первичной госпитализации в психиатрический стационар до первичной диагностики шизофренического процесса в большинстве всех случаев составляла не менее 1 года. В течение первых 10 лет ежегодно госпитализировались 11,8% обследованных 1-й группы и 8,3 % 2-й; 70,6% больных всех больных - 1-3 раза; 16,6% больных 2-й группы впервые госпитализировались после 50 лет, хотя диагноз «параноидная шизофрения» устанавливался раньше (различие с 1-й группой статистически достоверно ( $p < 0,05$ )).

Многие больные 1-й группы всю жизнь нерегулярно посещали ПНД, в основном по принуждению родственников (46,7%), из них больше половины поддерживающую

терапию не принимали или принимали нерегулярно. Во 2-й группе почти все больные посещали ПНД, дневной стационар. Ремиссии в 1-й группе достоверно чаще имели психопатоподобное оформление дефекта, во 2-й – сопровождалась нарастанием апато-абулической симптоматики ( $p < 0,05$ ). Средний возраст последней госпитализации почти не отличался: в 1-й группе  $55 \pm 2$  года, во 2-й –  $53 \pm 6$  лет. В клинической картине у 69,8 % больных 1-й группы при этом преобладал аффективно-бредовой синдром (40%), с одинаковой частотой встречались синдром Кандинского-Клерамбо, психопатоподобный и парафренный (по 20%). У всех больных на момент обследования отмечалась соматическая отягощенность, в 72,7% случаев цереброваскулярная недостаточность, у 27,3% выявлялась органически неполноценная почва в связи с травмами головы и злоупотреблением алкоголем в анамнезе (75,5% случаев).

У 59,1% больных 1-й группы криминогенность при длительном катамнезе сначала определялась сохранением активности процесса с психотическими и/или психопатоподобными проявлениями; затем негативно-личностными изменениями (24,2% наблюдений) при неблагоприятной ситуации (провоцирующем, виктимном поведением потерпевших, алкоголизацией). Однако в 31,8% случаев все правонарушения детерминировались субъективно сложной ситуацией и эндогенно-экзогенным дефицитом когнитивной и эмоционально-волевой сферы. Как известно, значение ситуационного фактора увеличивается при невысокой прогрессивности шизофренического процесса, асоциальная среда трансформируется через психопатоподобные расстройства, а также преломляется через негативные изменения личности.

Представляется важным в медико-социальном плане, что из всех обследованных 1-й группы 71,8% больных впервые привлекались к уголовной ответственности до 30 лет, - 18,2% впервые после 50 лет (средний возраст  $54,8 \pm 7$  лет), при негативных изменениях смешанного генеза и психопатоподобной структуре дефекта.

В группе больных старше 50 лет, обследованных в ПНИ, в 68,7 % случаев особенностью психического состояния являлась редукция продуктивной симптоматики с рудиментарностью обманов восприятия и автоматизмов, дезактуализацией, инкапсуляцией бредовых идей на фоне негативных изменений личности. Достоверно чаще, чем в 1-й группе, на фоне цереброваскулярной недостаточности появлялась возрастная тематика психопатологических расстройств (преобладание идей материального и морального ущерба, ревности, мелкого вредительства), которые были направлены на лиц ближайшего окружения ( $p < 0,05$ ). У 14,3 % отмечались бредовые идеи величия, особого значения с гипертимным фоном настроения. В целом бредовые идеи в меньшей степени определяли поведение больных. Следует отметить, что в 77,2% случаев перед помещением в ПНИ у больных можно было констатировать нарушение семейно-бытовой адаптации (учащение конфликтов, изменение состава, материального положения семьи, иногда с провоцированием агрессивного поведения больных). В 22,8 % наблюдений больные при дезактуализации психотических нарушений обретали относительно адекватную оценку ситуации («просветление» в трактовке старых авторов В.Ф. Саблера, Ю.К. Каннабиха), осознавали себя как «обузу семьи» и сами просили поместить их в ПНИ, «надолго в больницу» или соглашались в этом с окружающими.

### **Заключение**

Несмотря на то, что члены семей больных шизофренией, как и других психически больных, нуждаются в помощи окружающих, игнорируя виктимность своего поведения, они редко обращаются за ней даже в сложных ситуациях, например, когда у больных формируется синдром «оппозиционной напряженности» (Ф.В. Кондратьев, 2010). Необходимо просвещение населения, развития программ совместных действий врачей, психологов и членов семей больных в плане оптимизации среды, повышения качества жизни с учетом реальных возможностей страны и опыта других стран.

## Выводы

1. У больных с правопослушным поведением помимо отличий с 1-й группой, приведенных выше, достоверно более частой, чем в 1-й группе, была выражена цереброваскулярная недостаточность, появлялась возрастная тематика психопатологических расстройств (преобладание идей материального и морального ущерба), которые были направлены на лиц ближайшего окружения ( $p < 0,05$ ). Эти данные тоже являются фактором риска правонарушения.
2. Следует отметить, что в 77,2% случаев перед помещением в ПНИ у больных можно было констатировать нарушение семейно-бытовой адаптации (учащение конфликтов, изменение состава, материального положения семьи, иногда с провоцированием агрессивного поведения больных), что является ещё одним, ситуационным, фактором риска ООД.
3. Только в 22,8 % наблюдений пожилые больные этой группы при дезактуализации психотических нарушений обрели более адекватную оценку ситуации и стремились жить отдельно от родственников при неоптимальных отношениях с ними. В остальных случаях негативные изменения личности не позволяли иметь такие стремления.
4. Системно-структурный анализ, интегрирующий психопатологический, личностный и ситуационный факторы риска совершения правонарушений больными параноидной шизофренией старших возрастных групп, показал их различную иерархию в сравниваемых группах.
5. Однако в обеих группах основой такого риска являлись аспекты ситуации и отношения к больным близким. Личность больных 1-й группы была более стабильным параметром, чем 2-й. Почти полностью ситуационно обусловленными были правонарушения против родственников у 23,2% обследованных со стабилизацией шизофренического процесса, но органической лабильностью, обидчивостью и конфликтами в семье по механизму «порочного круга».

## Литература

1. Гурович И.Я., Шашкова Н.Г., Висневская Л.Я., Худавердиев В.В. Особенности клиники и социальной адаптации больных шизофренией на этапе стабилизации (по материалам амбулаторной практики) // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. - М., 1999. - С.77 - 96.
2. Дворин Д.В. Особенности клинико-психопатологических расстройств у больных параноидной шизофренией в старости // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1979. - № 9. – С. 1378-1382.
3. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В., Ткаченко А.А. Психопатологические механизмы общественно опасных действий больных с психическими расстройствами: Руководство по судебной психиатрии.-М., 2004.- С. 434-435.
4. Казаковцев Б.А. Развитие служб психического здоровья. Руководство для врачей. – М., 2009.- 671 с.
5. Кондратьев Ф.В. Судебно-психиатрические аспекты качества жизни психически больных // Рос. психиатрический журнал.– 1999. - №4. – С. 10-14.
6. Кондратьев Ф.В. Судьбы больных шизофренией. Клинико-социальный и судебно-психиатрический аспекты. – М., 2010. – 401 с.
7. Наку А.А. Динамика в системе факторов риска опасного поведения больных шизофренией.- Автореф. дисс...к.м.н. М., 1988.- 24 с.
8. Swanson J., Swartz M., Estroff S., Borum R., Wagner R., Hiday V. Psychiatric impairment, social contact and violent behavior: evidence from a study of outpatient – committed persons with severe mental disorder // Soc. Psychiatry Epidemiol. – 1998. – Dec. – 33. – Suppl. 1. – S. 86-94.

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

## **ORDONAREA PROGRAMELOR DE TRATAMENT PSIHIATRIC CA PUNCT DE REPER ÎN PREVENIREA RECURENȚELOR DE SUICID**

**Oleg Țurcanu\*, Gabriela Melnic – Țurcanu\*, Oleg Cobîleanski\*\***

**\*IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie**

**\*\*Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală, USMF „Nicolae Testemițanu”**

### **Summary**

#### ***Ordering psychiatric treatment programs milestone in prevention of recurrence of suicide***

People with schizophrenia is a special quota among subjects with different types of psycho-physical disabilities and is a real challenge for health and social services authorized to be concerned with ensuring a favourable evolution existential less incisive as the morbid process. There are several factors that can darken the prognosis and increase the risk of suicidal schizophrenic subjects, to which suggest the authors of this study is to guide efforts to psychopharmacological medication and social support. Also how suicidal episode is treated as maintained stable phase of schizophrenia treatment and social means may be subject to coordinated management strategies with general psychiatric, and with consideration of individual variables.

### **Rezumat**

Persoanele cu dizabilități psihice constituie un contingent aparte printre subiecții cu diferite genuri de handicap psiho - fizic și reprezintă o adevărată provocare pentru serviciile medicale și sociale abilitate să se preocupe de asigurarea unui mediu existențial favorabil evoluției cât mai puțin incisive a procesului morbid. Există o serie de factori care pot întuneca prognosticul și accentua riscul suicidal al subiecților schizofreni, spre care, sugerează autorii acestui studiu, urmează să se dirijeze eforturile de medicație psihofarmacologică și de suport social. De altfel modul în care este tratat un episod suicidal și cum este menținută faza stabilă a schizofreniei prin mijloace terapeutice și sociale, poate reprezenta subiectul unei strategii de management psihiatric cu coordonate generale, dar și cu considerarea unor variabile individuale.

Din experiența acumulată, dar și din sugestiile și recomandările Ghidurilor de Management Psihiatric, ne-am convins de necesitatea elaborării unui plan curativ observațional de durată în raport cu fiecare bolnav cu schizofrenie, care întrunește condițiile riscului suicidal. Sub acest aspect este de primă valoare relația pe care psihiatrul o stabilește cu pacientul sau schizofren. Evident că nu se poate accepta doar o relație profesională, deoarece este vorba de contacte ce se vor extinde ca timp și implicare dincolo de limitele unei consultații sau a unui termen, fie și îndelungat, de spitalizare. Este cazul unei relații interpersonale, cu implicarea a numeroase coordonate individuale ce sunt legate de particularitățile bolii și întreg cortegiul de circumstanțe existențiale ce specifică traseul de viață ce o va urma persoana marcată de acest afect.

Din momentul diagnosticării bolii, ca motiv al ideatei suicidare, persoanele vizate și în special suicidenții cronici, devin totalmente dependenți nu doar de abilitatea profesională a medicului curant psihiatru de a adopta și reevalua periodic eficiența tratamentului psihofarmacologic predefinit pentru etapa asistenței de post-staționar, dar și de capacitatea acestuia de a se implica real și efectiv în asigurarea continuității intervențiilor specifice psiho - sociale.