

СОЦИАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИИ, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ВО ВРЕМЯ НЕДОБРОВОЛЬНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ И СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Хрящев А.В.^{1,2}, Петракова А.В.¹, Гришина Е.И.¹, Сероштанов М.В.², Яворская Е.В.²

¹ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет», e-mail: petrakova.astrakhan@mail.ru

²ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница», Астрахань

Недобровольная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь, считается первичной профилактикой совершения общественно опасных действий лицами с тяжелыми психическими расстройствами. Проведен сравнительный анализ социально-демографических, клинико-психопатологических характеристик пациентов с шизофренией, впервые выявленной в связи с недобровольной госпитализацией (1-я группа, n=25) и судебно-психиатрической экспертизой (2-я группа, n=26). Во 2-й группе в наследственности достоверно чаще встречалась алкогольная зависимость, у пациентов существенно выражена органически неполноценная почва, препятствующая социальной адаптации, значительный удельный вес лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, эти факторы играют важную роль в патогенезе и патоморфозе шизофрении, маскируют начальные проявления болезни. У пациентов первой группы чаще отмечалась аффективно-параноидная симптоматика (56,0%, p<0,05), второй группы - парафреническая (26,9%, p<0,05). Парафренический синдром отмечен у 57,1% лиц, совершивших особо тяжкие деяния, что еще раз подтверждает необходимость недобровольной госпитализации пациентов с тяжелым психическим расстройством, не представляющим опасности для себя и окружающих. Полученные результаты могут быть использованы для оптимизации лечебного процесса и системы профилактических мероприятий.

Ключевые слова: недобровольная госпитализация, впервые выявленная шизофрения, судебно-психиатрическая экспертиза

SOCIAL AND CLINICAL FEATURES FIRST IDENTIFIED SCHIZOPHRENIA DURING THE INVOLUNTARY HOSPITALIZATION AND FORENSIC PSYCHIATRIC EXAMINATION

Khryashchev A.V.^{1,2}, Petrakova A.V.¹, Grishina E.I.¹, Seroshtanov M.V.², Yavorskaya E.V.²

¹Astrakhan State Medical University, Astrakhan, e-mail: petrakova.astrakhan@mail.ru

²Regional Clinical Psychiatric Hospital, Astrakhan

Involuntary hospitalization in a medical organization, providing psychiatric care is considered to be the primary prevention of committing socially dangerous actions of persons with severe mental disorders. A comparative analysis of socio-demographic, clinical and psychopathological characteristics of patients with newly diagnosed schizophrenia in the context of involuntary hospitalization (group 1, n=25) and a forensic psychiatric examination (group 2, n=26). In the 2nd group heredity significantly more frequent alcohol addiction, greatly expressed organically inferior soil, preventing social adaptation, a considerable proportion of abusers surfactants, these factors play a significant role in the pathogenesis and pathomorphosis of schizophrenia, camouflages the initial manifestations of the disease. Patients of the first group was more frequent affective and paranoid symptoms (56,0%, p<0,05), the second group - paraphrenic (26,9%, p<0,05). Paraphrenic syndrome was observed in 57,1% of those who have committed heinous acts, which once again confirms the need for involuntary hospitalization of patients with severe mental illness, do not pose a danger to themselves and others. The results will help to optimize the healing process and the system of preventive measures.

Keywords: involuntary hospitalization, first identified schizophrenia, forensic psychiatric examination

Недобровольная госпитализация в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь, – чрезвычайная ситуация, обеспечивающая специализированное лечение лиц с тяжелыми психическими расстройствами [1]. В то же время недобровольная госпитализация считается первичной профилактикой совершения общественно опасных деяний (ООД) [2, 6]. Основания для недобровольной госпитализации изложены в статье 29 ФЗ РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее

Закон), и, если критерии «опасности» и «беспомощности» признаются бесспорно, то со стороны правозащитников отношение к критериям пункта «в» статьи 29 (наличие тяжелого психического расстройства, которое обуславливает существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи) неоднозначное. Клинические проявления у лиц с шизофренией, совершивших ООД, весьма вариабельны и определенной зависимости между ведущим синдромом и противоправным действием не выявлено, хотя подчеркивается, что чем тяжелее синдром, тем он представляет большую потенциальную опасность [6]. Значительная социальная опасность лиц с шизофренией отмечается многими исследователями [7, 9, 10], среди подэкспертных, обвиняемых в совершении ООД, они составляют от 8% до 20% случаев. Не составляют исключения пациенты с впервые выявленной шизофренией, их количество среди лиц с параноидной шизофренией, совершивших убийство, достигает одной трети. Сложности диагностики впервые выявленной шизофрении обусловлены рядом причин, в том числе ростом коморбидных поведенческих и иных расстройств [8]. Анализ социально-клинических особенностей пациентов с шизофренией, впервые выявленной во время недобровольной госпитализации и судебно-психиатрической экспертизы, позволит выделить факторы, способствующие совершению ООД, оптимизировать систему мер первичной профилактики.

Цель – сравнение социально-демографических, клиничко-психопатологических характеристик пациентов с впервые выявленной шизофренией в связи с недобровольной госпитализацией и судебно-психиатрической экспертизой.

Материал и методы исследования. Проведено обследование 51 пациента с впервые выявленной шизофренией, диагностированной в соответствии с критериями рубрики F 20 МКБ-10. Первую группу составили 25 человек, госпитализированных в недобровольном порядке в ГБУЗ АО «ОКПБ» согласно постановлению суда. Основным критерием для недобровольной госпитализации являлась опасность для себя и окружающих (п. «а» ст. 29 Закона). Данный критерий указывался изолированно в 24% случаев и, с учетом прогрессирующего характера заболевания, в сочетании с критериями пункта «в» ст. 29 Закона - 64%. В 2/3 случаев у пациентов 1-й группы отмечались гетероагрессивные тенденции, в 1/3 - аутоагрессивные намерения. Основания пункта «в» были причиной недобровольной госпитализации в 12% случаев. У 26 пациентов 2-й группы шизофрения была выявлена во время проведения судебно-психиатрической экспертизы. Стационарная СПЭ проводилась в связи с совершением особо опасных противоправных действий против личности - 26,9%, правонарушений в сфере оборота наркотических средств - 23,1%, имущественными правонарушениями - 11,5%, иными деяниями небольшой тяжести - 38,5%. Основным

критерием исключения явилась ранее диагностированная шизофрения. Средний возраст в 1-й группе составил $35,7 \pm 12,2$, во 2-й - $32 \pm 8,6$.

Наиболее часто в обеих группах диагностировалась параноидная шизофрения с эпизодическим течением и нарастающим дефектом (68% и 50%), далее непрерывным течением (28% и 34,6%), с эпизодическим течением со стабильным дефектом (4% и 11,6%).

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психологический, статистический (критерий точной вероятности Фишера, односторонний) с использованием статистического пакета Microsoft Excel 7.0. Результаты считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Распределение обследуемых по половому признаку показало преобладание мужчин в обеих группах (15 чел. - 60% в 1-й и 22 чел. - 84,6% во 2-й, $p < 0,05$). Женщины с впервые выявленной шизофренией к уголовной ответственности привлекались реже, но они чаще совершали наиболее тяжкие агрессивные действия в отношении собственных детей [4] (25% из числа женщин).

В качестве наследственных факторов отмечены: шизофрения у 24% в 1-й группе и 15,4% во 2-й; алкогольная зависимость - 8% (2 чел.) и 30,8% (8 чел.) ($p < 0,05$); аффективные расстройства - 8% и 3,8%; странности в поведении и высказываниях у родственников по восходящей линии - 4% и 11,5% соответственно. Не отмечено в наследственности психической патологии в 52% случаев в 1-й и у менее половины (38,5%) во 2-й группе.

Злоупотребление алкоголем родителями рассматривается не только как биологический фактор, но и как психологический, социальный. Одной из психологических составляющих является «импринтинг» - неосознанное подражание, характерное для раннего детского возраста и в последующем являющееся триггером имитации аддиктивного поведения. Кроме того, алкоголизация в семье представляет источник психотравмирующих ситуаций. Социальным фактором является наличие «алкогольного быта», который в детском возрасте может восприниматься без критической оценки как вариант «нормы» [3]. Проблемы формирования личности в детском возрасте относятся к важным причинам, определяющим увеличение риска совершения насильственных действий.

Уровень образования пациентов в 1-й группе был значительно выше (табл. 1).

Таблица 1

Образовательный уровень обследуемых

Образование	1-я группа	2-я группа
Обучение во вспомогательной школе	-	2 (7,7%)
Неполное среднее	2 (8%)	6 (23%)
Среднее	3 (12%)	6 (23%)

Средне-специальное	11 (44%)	10 (38,6%)
Поступление и учеба в ВУЗе	4 (16%)	2 (7,7%)
Высшее	5 (20%)	-

Преморбидные особенности личности отличались разнообразием. Прослеживалась связь шизоидных черт характера с гипоксией при рождении: в 1-й группе в 12% случаев, во 2-й группе в 30,8% случаев. Эмоциональная неустойчивость сочеталась со злоупотреблением ПАВ и плохой успеваемостью, в 1-й группе в 8% случаев, во 2-й в 19,2%. У пациентов 1-й группы при манифестации процесса в возрасте старше 30 лет выявлялись в преморбиде черты ригидности, бескомпромиссности (28%).

Анализ трудового статуса показал существенные различия: в 1-й группе 36% имели постоянную и 4% временную работу, 8% учились, 4% находились на инвалидности по соматическому заболеванию, не работали 48% (12 чел.). Из пациентов 2-й группы лишь 11,5% работали эпизодически, 7,7% не работали в связи с объективными факторами (учеба, уход за ребенком), остальные 80,8% (21 чел., $p < 0,05$) находились на иждивении близких родственников. Семейные отношения, как показатель социальной адаптации, были следующими: 28% в 1-й группе имели полные семьи, 20% были разведены, 52% в брак не вступали (из них лиц в возрасте до 25 лет - 46,2%). Во 2-й группе лишь 11,5% состояли в супружеских отношениях, 7,7% были разведены, 80,8% (21 чел., $p < 0,05$) никогда в браке не состояли (из них лица до 25 лет - 40%). Таким образом, недобровольно госпитализированные пациенты с впервые выявленной шизофренией в отличие от подэкспертых имели более высокий уровень образования и социальной адаптации (трудовой статус, наличие семьи).

Обследуемые 1-й группы проходили службу в рядах ВС РФ в 40% случаев, во 2-й – в 65,4%. Несмотря на то, что количество служивших в армии во 2-й группе было больше, в 3,8% случаев они были комиссованы, в 15,4% отмечались конфликтные ситуации с сослуживцами. Среди причин, препятствующих службе, в 1-й группе - возрастной фактор, учеба, соматические и иные заболевания, во 2-й - умственная отсталость, шизоидное расстройство личности, зависимость от ПАВ, привлечение к уголовной ответственности.

Согласно полученным данным длительность предшествовавшего болезненного периода в 1-й группе варьировала от 1 месяца до 8 лет (средняя продолжительность 2,8 лет), во 2-й - от нескольких недель до 19 лет (средняя продолжительность 4,3 года). Определение давности заболевания у лиц, совершивших ООД, было затруднительным, в связи с социальной изоляцией пациентов, отсутствием собственной семьи, коллег по работе. Зачастую родственники без необходимой критики относились к болезненным проявлениям у близких, и даже немотивированные угрозы оставляли без должного внимания, либо сознательно скрывали проявления болезни, обращались к «знахарям» с целью «снятия

порчи». Подобные непродуктивные «стратегии» свидетельствуют о низкой психообразовательной грамотности населения и требуют прицельного внимания психиатров [5]. В отдельных случаях пациенты обеих групп попадали в поле зрения психиатров и ранее, в связи с военной комиссией, проведением СПЭ и даже в экстренном порядке. Ретроспективная оценка позволяет сделать вывод, что симптомы основного заболевания скрывались за проявлениями сопутствующей патологии, в том числе болезней зависимости, органического поражения головного мозга, психогенного расстройства.

При исследовании неврологического статуса в 80% случаев в 1-й и в 100% 2-й группы диагностирована полиморфная неврологическая симптоматика, в отдельных случаях достигавшая степени энцефалопатии. Среди причин - токсические, перинатальные факторы, ЧМТ (24,0% в 1-й группе и 46,2% во 2-й). Результаты ЭЭГ были вариабельны: у пациентов, госпитализированных недобровольно, преобладали легкие диффузные изменения (52%), у подэкспертных наиболее часто регистрировались умеренные изменения (65,5%) на ЭЭГ, в ряде случаев выявлена пароксизмальная активность без припадков.

Злоупотребление ПАВ отмечено у 12,0% (3 чел) 1-й и 57,7% (15 чел.) 2-й группы ($p<0,05$): 23,1% страдали зависимостью от алкоголя (в 7,7% случаев синдром зависимости сформировался в 15-летнем возрасте), 23,1% употребляли каннабиноды, 3,8% амфетамины, 7,7% сочетали алкоголь с другими ПАВ; в анамнезе 3,8% регистрировалась героиновая зависимость. Обращение к ПАВ, предшествовавшее развернутой клинической картине шизофрении, являлось попыткой справиться с начальными проявлениями процессуального заболевания как продуктивного, так и негативного характера.

Криминальный анамнез значительно чаще встречался у пациентов 2-й группы. Возбуждение уголовного дела в прошлом отмечено у 8% пациентов 1-й группы и 26,9% 2-й (из них однократно - 11,5%, более 1 раза 15,4%). Из числа неоднократно привлекавшихся к уголовной ответственности в дальнейшем 40% совершили опасные деяния против личности.

Анализ клинических проявлений показал (табл. 2), что у пациентов 1-й группы по сравнению со 2-й достоверно чаще отмечалась аффективно-параноидная симптоматика (56,0%, $p<0,05$), во 2-й группе - парафреническая симптоматика (26,9%, $p<0,05$).

Таблица 2

Синдромальная структура впервые выявленной шизофрении

Синдром	1-я группа	2-я группа
Аффективно-бредовый	-	2 (7,8%)
Аффективно-галлюцинаторный	2 (8,0%)	4 (15,4%)
Аффективно-параноидный	14 (56,0%)	6 (23,0%)
Аффективно-парафренический	7 (28,0%)	6 (23,0%)

Параноидный	1 (4,0%)	1 (3,9%)
Парафренный	1 (4,0%)	7 (26,9%)

Синдромы с аффективными проявлениями в 1-й группе составили 92% (23 чел.), во 2-й - 69,2% (18 чел.) ($p < 0,05$). Можно предположить, что аффективная симптоматика способствует более раннему обращению за специализированной помощью, а ее отсутствие приводит к длительному скрытому течению заболевания. В рамках непрерывного течения шизофрении аффективные проявления отличались вторичным характером, которые достигали максимума накануне госпитализации и в период совершения ООД. В анамнезе у пациентов обеих групп в ряде случаев отмечались транзиторные психотические эпизоды, купировавшиеся самостоятельно.

Возникновению аффективно-параноидной симптоматики у пациентов 1-й группы в большинстве случаев предшествовали психотравмирующие ситуации (увольнение с работы, судебные тяжбы, служба в «горячих» точках и др.). Болезненный период до момента госпитализации в среднем длился около 3 лет, в редких случаях 1-2 месяца. Напряженность, повышенная раздражительность, нарушения сна первоначально сопровождалась сверхценными идеями, затем бредовыми высказываниями: «хотят отравить», «воздействуют приборами», «заколдовали», в результате «кожа ссыхается», «не работают печень и почки». Накануне госпитализации психомоторное возбуждение достигало максимума: пациенты испытывали выраженный страх, считали, что окружающие в сговоре, «кругом зашифровано», говорили сумбурно, порою сами с собой, пытались совершить гетеро- и аутоагрессивные поступки (выбрасывали вещи, пытались драться, броситься под машину). В процессе недобровольной госпитализации выяснялось, что первые признаки психического расстройства возникли задолго до поступления, помимо бредовых идей также отмечались идеаторные, сенсорные автоматизмы, слуховые псевдогаллюцинации.

Во 2-й группе развитию аффективно-параноидной симптоматики предшествовал период, во время которого суживался круг общения, возникала несвойственная замкнутость, раздражительность, настороженность. Пациенты не хотели общаться, работать, так как «истощились силы», занимались в домашних условиях псевдодеятельностью. После бессонных ночей возникали бредовые идеи преследования, отравления. Возникало ощущение, что за ними «следят спецслужбы», им грозит опасность, слышали «звуки техники слежения». Слуховые псевдогаллюцинации комментировали происходящие события, давали указания. Отношение к родственникам было двойственным: считали их источником смертельной опасности, затем просили прощение, жалуясь на то, что «сходят с ума». Бредовая интерпретация поступков окружающих, зрительные обманы восприятия, слабость критических функций являлись триггером совершения ООД. Механизм совершения ООД

продуктивно-психотический, связан с острым чувственным бредом. Усугубляли ситуацию и внешние факторы: пребывание в экстремальной ситуации, наличие оружия.

У подэкспертных чаще встречался парафренный синдром. До совершения ООД они длительное время не работали, вели замкнутый образ жизни, в поведении явных отклонений не наблюдалось, несмотря на наличие галлюцинаторно-бредовых расстройств. По описанию близких были «слишком спокойные», «подолгу смотрели в одну точку, что-то обдумывая», соседи характеризовали их как замкнутых, угрюмых, необщительных. Поэтому совершение особо тяжких деяний для окружающих было непредсказуемым. В случае злоупотребления алкоголем пациенты были конфликтны, драчливы, на них поступали жалобы в полицию со стороны родственников и соседей. Как правило, произносимые ими нелепые высказывания списывались на алкогольное опьянение. В период СПЭ свои переживания раскрывали неохотно, к чему-то прислушивались, закрывали уши руками, вскользь отмечали, что общаются с Богом. Порой обнаруживали неологизмы «у меня ступорохождение и крайностибросание», паралогичные высказывания. На фоне предшествовавшего злоупотребления алкоголем бравировали, что в одиночку могут выпить 5-6 бутылок водки. Протестные реакции от беседы, обследования сопровождались нелепыми пояснениями: «Я с российским народом говорить не буду», «у меня нет ни кала, ни мочи - организм не вырабатывает, все тратится на энергию». Бредовые идеи величия «я сотрудник ФСБ, охраняю золотой прииск», «из-за меня начнется международная война», «я наведу порядок в Германии и Норвегии» сопровождались не характерным для этого состояния повышенным фоном настроения, а эмоциональной уплощенностью, индифферентностью к содеянному. Продуктивная симптоматика сочеталась с проявлениями апато-абулического дефекта: пациенты не тяготились судебной ситуацией, были безразличны к совершенному деянию, с окружающими не общались, предпочитали пребывать в одиночестве, следили за своим внешним видом после напоминаний. Парафренный синдром отмечен у 57,1% лиц, совершивших особо тяжкие деяния, что еще раз подтверждает необходимость недобровольной госпитализации пациентов с тяжелым психическим расстройством, не представляющим опасности для себя и окружающих.

Заключение. Впервые выявленная шизофрения во время недобровольной госпитализации и СПЭ в основном характеризовалась предшествовавшим длительным болезненным периодом. Пациенты отличались как по социально-биологическим характеристикам, так и преобладающим клиническим проявлениям. Во 2-й группе в наследственности достоверно чаще встречалась алкогольная зависимость, у пациентов существенно выражена органически неполноценная почва, препятствующая социальной адаптации, значительный удельный вес лиц, злоупотребляющих ПАВ, эти факторы играют

важную роль в патогенезе и патоморфозе шизофрении, маскируют начальные проявления болезни. Данные особенности, наряду с повышением уровня психообразовательной грамотности населения, целесообразно учитывать как для оптимизации лечебного процесса, так и для разработки системы профилактических мероприятий.

Список литературы

1. Анисимова Н.А. Терапия и психосоциальная реабилитация больных шизофренией, госпитализированных в недобровольном порядке: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Белгород, 2008. - 24 с.
2. Котов В.П., Мальцева М.М. Некоторые статистические показатели деятельности по профилактике опасных действий психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. - 2012. - Т. 22, № 3. - С.11-14.
3. Кравцова Т.В., Великанова Л.П. Алкогольная аддикция - современное состояние проблемы // Астраханский медицинский журнал. - 2012. - Т. 7, №2. - С. 13-18.
4. Никишкин Д.В., Гульдан В.В., Макаров Н.Н. Типология общественно-опасного материнского поведения женщин, больных шизофренией // Вестник ЮУрГУ. - 2015. - Т. 8, № 1. - С. 81-85.
5. Свиридов И.Г. Влияние психообразовательной работы на выявляемость психических расстройств // Российский психиатрический журнал. - 2013. - № 1. - С. 21-26.
6. Ткаченко А.А. Руководство по судебной психиатрии / А.А. Ткаченко. – М.: Юрайт, 2012. - 959 с.
7. Усов Г.М. Общественная опасность лиц, страдающих психическими расстройствами (клинико-патогенетические, реабилитационные аспекты): автореф. дис...докт. мед. наук. – Томск, 2008. - 47 с.
8. Fazel S., Lengstrum N., Hjern A. et al. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime // JAMA. - 2009. - Vol. 301, № 19. - P. 2016-2023. - doi: 10.1001 / jama. 2009.675.
9. Nielssen O.B., Yee N.L., Millard M.M., Large M.M. Comparison of first-episode and previously treated persons with psychosis found NGMI for a violent offense // Psychiatr. Serv. - 2011. - Vol. 62, № 7. - P. 759-764.
10. Scanda H., Storm T., Ortwein-Swoboda G. Increasing criminality in patients with schizophrenia: fiction, logical consequence or avoidable side effect of the mental health reforms? // Neuropsychiatr. - 2010. - Vol. 24, № 3. - P. 170-181.