

DOI: 10.33454/1728-1261-2023-2-53-56
УДК 616.895.87-06:616.89-008.444.9-084

Возможности совершенствования профилактики агрессивного поведения у больных параноидной шизофренией

А. Ю. Кондратенко¹, А. В. Литвинов^{1,2}, Л. А. Громова¹

¹КГБУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница» им. профессора И. Б. Галанта министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск, Россия

²КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск, Россия

Possibilities for improving the prevention of aggressive behavior in patients with paranoid schizophrenia

A. Yu. Kondratenko¹, A. V. Litvinov^{1,2}, L. A. Gromova¹

¹I. B. Galant Regional Clinical Psychiatric Hospital of the Ministry of Health of the Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia

²Postgraduate Institute for Public Health Workers of the Ministry of Health of the Khabarovsk Krai, Khabarovsk, Russia

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

А. Ю. Кондратенко – ORCID: 0000-0002-7928-7168

А. В. Литвинов – ORCID: 0000-0001-6886-4273

Л. А. Громова – ORCID: 0009-0002-3203-3854

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

A. Yu. Kondratenko – ORCID: 0000-0002-7928-7168

A. V. Litvinov – ORCID: 0000-0001-6886-4273

L. A. Gromova – ORCID: 0009-0002-3203-3854

Резюме

Цель исследования состояла в выявлении индивидуально-личностных особенностей больных шизофренией, которые обуславливают совершение ими насильственных преступлений (убийства, нанесение тяжких телесных повреждений). Исследование проводилось на базе психоневрологического диспансерного отделения № 2 КГБУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница» МЗ ХК. В результате сравнения индивидуально-психологических особенностей, выявленных у контингента больных шизофренией, оказалось, что есть статистически значимые различия в личностных чертах у больных, находящихся на принудительном лечении после совершенных насильственных преступлений, и больных, лечащихся в связи с обострением психопродуктивной симптоматики. Полученные результаты могут быть использованы для совершенствования системы профилактики преступлений, совершаемых больными шизофренией.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, индивидуально-психологические особенности, спонтанная агрессия, реактивная агрессия, активное динамическое наблюдение

Abstract

The aim of the study was to identify the individual and personal characteristics of patients with schizophrenia, which determine the commission of violent crimes (murders, causing of grievous bodily harm in victims). The study was conducted on the basis of the psycho-neurological dispensary department No. 2 of the Regional Clinical Psychiatric Hospital of the Ministry of Health of the Khabarovsk Krai. As a result of comparing the individual psychological characteristics identified in the group of patients with schizophrenia, it turned out that there are statistically significant differences in personality traits in patients undergoing compulsory treatment after committed violent crimes and patients being treated due to an exacerbation of psychoproduktive symptoms. The results obtained can be used to improve the system of prevention of crimes committed by patients with schizophrenia.

Keywords: paranoid schizophrenia, individual psychological characteristics, spontaneous aggression, reactive aggression, active dynamic observation

Актуальность проблемы совершения общественно опасных действий (ООД) больными шизофренией не вызывает сомнения. Результаты многочисленных исследований подтверждают актуальность проблемы совершения пациентами, страдающими данной патологией, агрессивных общественно опасных действий. В последнее время перед специалистами в области судебной психиатрии, судебной и клинической психологии остро стоит вопрос профилактики повторных правонарушений у таких пациентов [1, 2].

Некоторые авторы находят, что само по себе опасное действие является следствием психопатологических феноменов. Это относится и к пациентам, страдающим шизофренией [1]. С позиции различных теорий, возникновение агрессии у больных параноидной шизофренией имеет различные причины. Психонаистики считают: агрессия – итог недостаточной развитости эго и суперэго, что приводит к неспособности подавления агрессивных побуждений. Ряд клинико-психопатологических исследований показал, что причиной агрессивного поведения также может быть дефицит мышления [3].

Также агрессия рассматривается как следствие особенностей клинической картины заболевания и динамики его течения. В данной парадигме причинами агрессивного поведения являются бредовые расстройства, аффективная насыщенность эмоциональных переживаний, расторможенность влечений при эмоционально-волевом снижении [4].

В последние годы мы всё чаще узнаем из средств массовой информации о громких преступлениях, совершаемых лицами, наблюдающимися у врача-психиатра. Это и массовые расстрелы в детских садах и школах, и пособничество в террористической деятельности запрещенных на территории Российской Федерации организаций. Поэтому вопросы профилактики преступности среди лиц, страдающих психическими заболеваниями, как никогда актуальны. Существующая в настоящее время система профилактики преступности среди психически больных в виде кабинетов активного динамического наблюдения при психоневрологических диспансерных отделениях психиатрических больниц не является достаточно эффективной. В группу активного динамического наблюдения зачастую попадают пациенты уже после того, как совершили преступление, были судом признаны невменяемыми и направлены на принудительное лечение в психиатрическую больницу. В условиях же современных реалий очень важно находить способы и методы выявления лиц, потенци-

ально склонных к совершению преступлений, но еще не реализовавших свой преступный замысел. Цель нашего исследования – выявление индивидуально-психологических особенностей больных шизофренией, которые обуславливают их поведение в момент совершения преступлений насильственного характера.

Материал и методы исследования

Экспериментальное исследование было проведено на базе психоневрологического диспансерного отделения № 2 КГБУЗ «Краевая клиническая психиатрическая больница» им. профессора И. Б. Галанта МЗ ХК.

В исследовании приняло участие 40 человек в возрасте от 19 до 58 лет, находящихся на лечении с диагнозом «параноидная шизофрения». На момент проведения патопсихологического исследования все испытуемые находились в состоянии медикаментозной ремиссии. Все обследуемые имеют образование не ниже среднего: 19 человек – среднее специальное, 11 человек – среднее, 10 человек – высшее образование. Период наблюдения у врача-психиатра – от 3 лет и выше. Минимальное число госпитализаций в психиатрический стационар среди данной группы испытуемых – 2. В контрольную группу вошли 20 человек, находящихся на лечении добровольно, с письменного информированного согласия, в связи с обострением психического заболевания. Экспериментальную же группу составили 20 испытуемых, которые поступили на принудительное лечение в связи с тем, что были признаны судом невменяемыми в отношении совершенных преступлений. Из них 5 испытуемых совершили убийства, 13 – нанесли тяжкие телесные повреждения потерпевшим (двое из которых впоследствии скончались) и 2 – покушались на убийство. Из анализа медицинской документации удалось узнать, что 17 человек экспериментальной группы совершили преступления, находясь в состоянии острого психоза (под воздействием бредовых и галлюцинаторных переживаний), а 3 человека на момент противоправного деяния были в ремиссии, но личностный дефект был столь выражен, что лишил их способности критически оценивать и понимать совершаемые действия.

С целью изучения индивидуально-личностных особенностей испытуемых был использован опросник FPI, состоящий из 114 вопросов. В структуру данной методики заложены следующие шкалы:

1. Невротичность: высокие показатели по этой шкале свидетельствуют о высокой тревожности, возбудимости в сочетании с быстрой утомляемостью. Лицам с повышенными

значениями по шкале «невротичность» свойственна боязливость, неуверенность в себе, ранимость, ипохондричность.

2. Психотизм: высокие оценки по данной шкале характеризуют аутизм, обособленность от событий данного мира. Их поступки, мысли, эмоции в большей степени подчинены внутренним, эндогенным законам, чем влиянию со стороны окружения, поэтому зачастую кажутся немотивированными, странными, парадоксальными. Мышление часто отличается своеобразием. Аналогично и в отношении эмоциональной жизни: переживания сложны, мало зависят от реального хода событий, каждая эмоциональная реакция вступает в сложные отношения с общим фоном настроения. Поэтому психотическая личность находится в постоянном внутреннем конфликте, всё время возбуждена и напряжена, вне зависимости от степени напряженности реальной ситуации. Это хроническое напряжение без внешнего повода прорываться в неожиданных реакциях озлобления, ярости, страха и т.п.

3. Раздражительность: высокие оценки выявляют неустойчивость эмоционального состояния со склонностью к аффективному реагированию.

4. Депрессивность: высокие оценки характерны для лиц со сниженным настроением, с тенденцией к волнениям, к моральному дискомфорту, с депрессивной реакцией на стресс. Такие люди часто мрачны, отгорожены, погружены в собственные переживания.

5. Общительность: характеризует как потенциальные возможности, так и реальные проявления социальной активности.

6. Уравновешенность: отражает устойчивость к стрессу, базирующуюся на уверенности в себе, активности, оптимистичности.

7. Шкала реактивной агрессивности. Для людей с высокими оценками характерны расторможенность, ассоциативно плохой самоконтроль и импульсивность. Обычно это связано с недостаточной социализацией влечений, с неумением или нежеланием сдерживать удовлетворение своих потребностей. Такие люди не задумываются о последствиях своих действий и поступков, а поэтому действуют импульсивно. Критику и замечания воспринимают враждебно, как посягательство на личную свободу, проявляют агрессию по отношению к тем, кто хоть как-то пытается управлять их поведением. При снижении духовных интересов витальные влечения усиленные, проявляется большая любовь к чувственным наслаждениям.

8. Застенчивость: отражает предрасположенность к стрессовому реагированию на

обычные жизненные ситуации, протекающую по пассивно-оборонительному типу.

9. Открытость: высокие оценки говорят о стремлении к доверительно-откровенному взаимодействию с окружающими людьми при высоком уровне самокритичности. Оценки по данной шкале позволяют в какой-то степени оценить искренность ответов обследуемого, что соответствует шкалам лжи других опросников.

10. Экстраверсия – интроверсия: высокие оценки свидетельствуют о выраженной экстравертированности, низкие – о выраженной интровертированности.

11. Эмоциональная лабильность: диагностирует неустойчивость эмоционального состояния, проявляющуюся в частых колебаниях настроения, повышенной возбудимости, раздражительности, недостаточной саморегуляции.

12. Маскулизм – феминизм: высокие оценки свидетельствуют о протекании психической деятельности преимущественно по мужскому типу, низкие – по женскому.

В результате анализа заполненного пациентом опросника и обработки результатов испытуемый получает оценку по каждой из 12 описанных шкал в диапазоне от 1 до 9 баллов. Баллы свидетельствуют о степени выраженности изучаемых индивидуально-психологических особенностей. В связи с этим выраженность изучаемых индивидуально-психологических особенностей можно условно разделить на 3 уровня выраженности: низкий (1–3 балла); средний (4–6 баллов); высокий (7–9 баллов). В итоге проведенного обследования получаем профиль личностного реагирования у каждого испытуемого с определенной выраженностью отдельных изучаемых индивидуально-психологических особенностей.

В результате проведенного исследования было выявлено, что и в экспериментальной группе, и в контрольной группе по шкале «психотизм» (спонтанная агрессия) преобладают испытуемые с высоким уровнем выраженности данного фактора. Соответственно, в экспериментальной группе высокий уровень психотизма (спонтанной агрессии) обнаружен у 16 человек из 20 (80 %), а в контрольной группе – у 14 человек из 20 (70 %). Вероятнее всего, полученные данные связаны с тем, что характеристики личности, исследованные шкалой «психотизм», являются отражением дефекта, формирующегося при течении параноидной шизофрении. А именно: аутизм, обособленность от событий внешнего мира, подчиненность поступков, мыслей, эмоций эндогенным законам, их странность, парадоксаль-

ность для окружающих, своеобразие мышления – всё это является характерными чертами человека, страдающего шизофренией.

Главные же отличия в экспериментальной и контрольной группах обнаруживаются по шкале «реактивная агрессия». Если в экспериментальной группе высокий уровень реактивной агрессии выявлен у 19 исследуемых, средний уровень – у 1 исследуемого и не было исследуемых с низким уровнем реактивной агрессии, то в контрольной группе показатели распределились так: 4 человека – высокий уровень реактивной агрессии, 3 человека – средний уровень, 13 человек – низкий уровень.

Для проверки достоверности полученных результатов были применены методы математической статистики: U – критерий Манна–Уитни равен $46 < 127$ ($p < 0,05$), следовательно, различия уровня признака в сравниваемых группах статистически значимы.

Результаты и обсуждение

Таким образом, испытуемые экспериментальной группы, по сравнению с испытуемыми контрольной группы, отличаются большей импульсивностью, расторможенностью, неумением или нежеланием сдерживать свои потребности, склонностью реагировать враждебно на критику и проявлять агрессию к тем, кто хоть как-то пытается управлять их поведением. У них усиленные витальные влечения, проявляется любовь к чувственным наслаждениям, влечение к острым переживаниям и возбуждающим ситуациям. Обследуемым экспериментальной группы доставляет особое удовольствие показывать свою власть, заставлять подчиняться тех, чьего расположения прежде они усиленно добивались. Чтобы удовлетворить свои желания и честолюбие, они готовы затратить немало сил и энергии, но не считают необходимым выполнять свои обязательства перед другими. Вероятнее всего, выявленные индивидуально-психологические

особенности неустойчивого круга реагирования были присущи данным людям изначально и не связаны с заболеванием шизофренией. Косвенно высказанное здесь предположение подтверждается данными клинической беседы и анализом имеющейся медицинской документации, из которых удалось установить, что большинство обследуемых имели судимость либо состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних еще до того, как попали в поле зрения врача-психиатра, то есть были психически здоровыми (17 человек из 20). Двое же из них были комиссованы со службы в армии врачом-психиатром в связи с демонстративно-шантажными попытками суицида. Вместе с тем, анализируя полученные в ходе исследования результаты и опираясь на современные научные концепции течения шизофрении, мы можем сделать вывод, что индивидуально-личностные особенности неустойчивого круга у испытуемых под воздействием эндогенного процесса трансформировались в психопатоподобный дефект личности.

Заключение

Таким образом, проведение медицинским психологом патопсихологического исследования можно использовать для профилактики преступлений, совершаемых больными, страдающими параноидной шизофренией. В нашем исследовании было доказано, что шкала реактивной агрессии личностного опросника FPI позволяет выявлять предрасположенность больных параноидной шизофренией к совершению насильственных преступлений. Эта предрасположенность связана с индивидуально-психологическими особенностями неустойчивого круга реагирования, на которые под влиянием шизофренического процесса наслаивается эмоциональная холодность, замкнутость, парадоксальность, амбивалентность, что приводит к их трансформации в психопатоподобный дефект личности.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Golenkov A., Large M., Nielssen O. A 30-year study of homicide recidivism and schizophrenia // *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2013. Vol. 23, iss. 5. P. 347–355. DOI 10.1002/cbm.1876.
2. Golenkov A., Nielssen O., Large M. Systematic review and meta-analysis of homicide recidivism and schizophrenia // *BMC Psychiatry*. 2014. Vol. 14. Art. 46 (7 pp.). DOI 10.1186/1471-244X-14-46.
3. Селезнёва Г. Н. Агрессивное поведение у больных шизофренией // *Науч. журн. «Дискурс»*. 2016. № 1. С. 176–180.

1. Selezneva GN. Aggressive behavior in patients with schizophrenia. *Scientific Magazine Discourse*. 2016; (1):176–180.
2. Абдуласаева С. М. Значение психотравмирующей ситуации в генезе общественно опасных действий больных шизофренией // *Практика судебно-психиатрической экспертизы: сб. науч. работ. М., 2005. Вып. 43. С. 64–72.*
3. Abdulasava SM. Significance of a traumatic situation in the genesis of socially dangerous actions of patients with schizophrenia. *Practice of forensic psychiatric examination: collection of scientific papers. M., 2005;(43):64–72.*