

ПОВТОРНЫЕ УБИЙСТВА, СОВЕРШЕННЫЕ БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ: К ВОПРОСУ О ПРИЧИНАХ НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

А.С. Бобков, В.А. Солдаткин

Ростовский государственный медицинский университет

Профилактика повторных общественно опасных деяний (ООД) у психически больных была, есть и будет оставаться сложным процессом имплементации представлений о механизмах формирования деликвентного поведения у душевнобольных; этот процесс непременно должен учитывать сложное взаимодействие всех факторов, предрасполагающих к формированию такого поведения [5, 6].

Медикаментозная терапия составляет одну из наиболее значимых частей профилактики рецидива особо опасного поведения больных шизофренией. На основании выставленного диагноза разрабатывается план терапевтических мероприятий, а в случае с больными, совершившими убийство – план лечебно-профилактических мероприятий. Этот план должен строиться на основе следующих принципов [7, 8]: клинической обоснованности, динамичности и интенсивности терапии, комплексности, минимальной достаточности.

При этом необходимо учитывать, что все психотропные препараты являются «мишень-ориентированными», поэтому для правильного подбора лекарственных средств следует учитывать их терапевтический профиль в соответствии с имеющимся синдромологическим состоянием больного [10].

Большое значение в профилактической работе имеет эффективность реализации потенциала амбулаторного звена психиатрической помощи, которое в качестве инструментов профилактики повторных ООД имеет и принудительное лечение, и активное диспансерное наблюдение, что позволяет проводить интенсивную первичную и вторичную профилактику [2].

Проблема эффективной профилактики повторных убийств, совершенных больными шизофренией, во всем мире остается далекой от разрешения [1, 12]. Выделяют несколько причин [4], по которым на сегодняшний день эту проблему не удастся разрешить: различные подходы к пониманию механизмов развития агрессивного поведения, оценке значимости предикторов, определению рисков, отсут-

ствие единого мнения в том, каков по длительности должен быть прогноз (краткосрочный или долгосрочный), и в отношении какого деяния он должен строиться. Насущная необходимость совершенствования мер превенции делает актуальным выполнение новых исследований, посвященных проблеме.

Цель настоящего исследования – выявление факторов недостаточной эффективности превенции повторных убийств, совершенных больными шизофренией.

Материал и методы

На основе анализа медицинской документации и клинического обследования 153 больных параноидной шизофренией, находившихся на лечении в Новочеркасском филиале ГБУ РО «ПНД», Ставропольской краевой психиатрической больнице №1, Волгоградской психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением, были выделены три группы сравнения:

ОГ, основная группа – больные шизофренией, совершившие повторные убийства (n=51),

К1 – первая контрольная группа – больные шизофренией, совершившие одно убийство (n=51),

К2 – вторая контрольная группа – больные шизофренией, не совершавшие убийства (n=51).

Необходимый размер выборки достаточный и рассчитывался, исходя из «пилотного» исследования, которое показало необходимость $n > 47$ в каждой группе. Для расчета размера выборки использовалась формула [3]:

$$n = [A + B] \cdot 2 \cdot [(p_1 \cdot (1 - p_1) + (p_2 \cdot (1 - p_2)))] / [p_1 - p_2]^2,$$

где n – размер выборки для каждой группы; p_1 – первая частота (в данном случае 0,50); p_2 – вторая частота (в данном случае 0,20; верхний и нижний предел частот определены на основе пилотного исследования, как наиболее вероятные); $p_1 - p_2$ – клинически значимые различия (в данном случае

0,30; по результатам пилотного исследования выбрана примерная разница по частотам между группами, имеющая клиническое значение); А – зависит от уровня значимости (в данном случае 1,96; при уровне значимости 0,05); В – зависит от мощности (в данном случае 1,28; при мощности исследования 90%).

Средний возраст пациентов основной группы на момент включения в исследование составил 48,9 лет. Распределение по возрастным группам имело следующий вид: от 21 до 30 лет – 2 (3,9%), от 31 до 40 лет – 8 (15,7%), от 41 до 50 лет – 13 (25,5%), от 51 до 60 лет – 26 (51,0%), выше 60 лет – 2 (3,9%).

По уровню образования пациенты группы ОГ стратифицировались следующим образом: 4 (7,8%) человека имели среднее неоконченное образование, окончили общеобразовательную школу – 14 (27,5%), получали образование по коррекционной программе – 4 (7,8%), с профессиональным образованием – 25 (49,0%), высшее неоконченное и высшее оконченное образование – по 2 (3,9%).

Состоял в браке на момент осмотра один пациент (2,0%). При этом у семерых (13,7%) были дети в браке и вне брака.

Трудовую устроенность и доход от трудовой деятельности непосредственно перед убийством имели 2 (3,9%) пациента, остальные 49 (96,1%) больных имели инвалидность и получали социальное пособие. Большинство пациентов (37 чел., 72,5%), имели трудовой стаж, из них двое были заняты умственным трудом, остальные занимались преимущественно физическим трудом. Средний стаж работы составил 3,4 года. Частая смена мест работы наблюдалась у 19 (51,4% от работавших) больных.

На основании анализа медицинской документации, клинического интервьюирования 28 (54,9%) больным группы ОГ был выставлен диагноз по МКБ-10: «Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения», остальным – «Параноидная шизофрения, непрерывный тип течения». Другие виды шизофрении в нашем исследовании не встречались.

В первую контрольную группу (n=51) вошли больные параноидной шизофренией (по МКБ-10), совершившие одно убийство.

На момент осмотра средний возраст пациентов оказался равным 44,7 лет, при медианном значении – 44 года. По возрастным категориям больные расположились следующим образом: от 21 до 30 лет – 4 (7,8%), от 31 до 40 лет – 17 (33,3%), от 41 до 50 лет – 14 (27,5%), от 51 до 60 лет – 11 (21,6%), более 60 лет – 5 (9,8%).

В первой контрольной группе имели неоконченное среднее образование 15 человек (29,4%), среднее – 11 (21,6%), профессиональным образованием овладели 23 (45,1%) пациента, получили неоконченное высшее образование 2 (3,9%) больных.

В браке непосредственно перед совершением убийства состояло 6 (11,8%) человек, дети есть у 20 (39,2%) пациентов.

Непосредственно перед деликтом 1 (1,9%) пациент средства для проживания добывал попрошайничеством, на иждивении у других лиц находились 3 (5,9%), работали – 11 (21,6%), получали пособие по инвалидности – 36 (70,6%). Имели опыт трудовой деятельности 36 (70,6%) больных, из них 3 (5,9%) занимались умственным трудом. Средний трудовой стаж у работавших больных первой контрольной группы составил 3,9 лет. Непродолжительное время на одном месте работали 20 (39,2%) пациентов.

«Параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения» по МКБ-10 была диагностирована у 22 (43,1%) больных первой контрольной группы, у остальных на основании имевшейся медицинской документации и клинического обследования выставлен диагноз «параноидной шизофрении, непрерывный тип течения».

Средний возраст, в котором больные шизофренией совершили убийство, в группе ОГ (речь идет о первом убийстве) составил 29,18 лет, в группе К1 – 34,86 лет. По данному критерию за счет большой дисперсии группы между собой не различаются. При этом продолжительность болезни в основной группе составила к моменту убийства 10,74 лет, а в контрольной группе – 13,36 лет. В группе ОГ у 14 человек (27,45%) заболевание манифестировало менее года до убийства, а в группе К1 – у 4 человек (7,8%). Данный критерий нельзя назвать характерным для основной группы, однако все же обращает на себя внимание короткий промежуток времени от начала заболевания до совершения убийства в группе ОГ, по сравнению с первой контрольной группой. После совершения первого убийства больные группы ОГ судом признавались невменяемыми и направлялись на принудительное лечение в стационаре, лишь за редким исключением (3 чел.) на период следствия больные оставались под подпиской о невыезде и совершали повторное убийство. Средняя продолжительность принудительного лечения составила для группы ОГ 4,7 лет, для группы К1 – 4,9. Для группы ОГ средний возраст совершения второго убийства составил 36,27 лет, а продолжительность болезни к моменту второго убийства – 18,18 лет, в подавляющем большинстве случаев оно происходило в течение года после окончания принудительного лечения в стационаре (n=41, 84%).

Во вторую контрольную группу вошли больные параноидной шизофренией (n=51), не совершавшие убийств, и не имевшие в анамнезе указания на агрессивное поведение, связанное с физическим насилием.

Средний возраст больных группы К2 составил 42,1 лет. По возрастным группам больные разде-

лились следующим образом: в интервал от 21 до 30 лет вошли 11 (21,6%) человек, от 31 до 40 лет – 15 (29,4%), от 41 до 50 лет – 7 (13,7%), от 51 до 60 лет – 14 (27,5%), более 60 лет – 4 (7,8%).

Нигде не обучались двое (3,9%), получили образование в спецшколе – 1 (1,9%), в общеобразовательной школе – 18 (35,3%), в профессиональном училище – 18 (35,3%), овладели высшим неоконченным – 4 (7,8%), высшим – 8 (15,7%).

В браке на момент осмотра состояло 7 (13,7%). Дети имелись у 18 (35,3%) больных.

По критерию источника получения средств к существованию больные группы К2 разделились следующим образом: на иждивении находились 8 (15,7%) человек, получали социальное пособие по инвалидности – 33 (64,7%), имели постоянное место работы – 10 (19,6%). Хотя бы раз в жизни занимались трудовой деятельностью не менее месяца – 30 (58,8%), из них 9 (17,6%) были заняты умственным трудом. Средний трудовой стаж в группе К2 составил 5,1 лет. Непостоянная трудовая деятельность с частой сменой рабочего места наблюдалась у 10 (19,6%).

На основании медицинской документации и клинического интервью, диагноз «параноидной шизофрении с эпизодическим типом течения» был установлен у 26 (51,0%) больных. У остальных выявлена параноидная шизофрения с непрерывным типом течения.

Представленные эпидемиологические показатели обеих контрольных групп сопоставимы с аналогичными показателями основной группы.

Данные клинического интервью и медицинской документации анализировались с использованием клинико-статистического метода, с учетом того, что биологические системы имеют непараметрическое распределение: критерий χ^2 , тест Манна-Уитни, клинически достоверными признавались значения $p < 0,05$.

Полученные результаты и их обсуждение

В группе ОГ у 18 человек (35,3%) впервые выставленный диагноз не соответствовал даже диагнозу шизофрении, то есть на этапе выявления больного тактика его лечения строилась без учета эндогенного происхождения заболевания, в группе К1 таких больных оказалась в два раза меньше – 7 человек (13,7%), в группе К2 – 5 человек (9,8%). Отличие группы ОГ от контрольных групп достоверно ($p = 0,01$). Можно доказательно утверждать, что, воздействуя на начальных этапах развития шизофрении, как того требует диагностическая единица, у трети больных можно было бы снизить риск совершения убийства, за счет снижения риска обострения болезни.

Анализ психического состояния больных группы ОГ в момент совершения первого убийства показал, что ведущим синдромом в большинстве случаев

был параноидный (23 чел., 45,1%). Преобладали такие симптомы как слуховые псевдогаллюцинации комментирующего и императивного характера, острый персекуторный бред, у 7 человек (13,7%) он сопровождался религиозными и мистическими переживаниями о борьбе добра со злом, причем все больные сообщали, что они «волей-неволей находились на темной стороне». У 14 человек (27,5%) наблюдался депрессивно-параноидный синдром с идеями уничтожения и бессмысленности жизни. Еще у 5 человек (9,8%) были выявлены тревожно-депрессивные и депрессивные синдромы без выраженных параноидных включений, а также суицидальные попытки до совершения убийства (3 чел., 5,9%). Аффективно-бредовые состояния встречались в 5,9% случаев (3 чел.).

Надо отметить, что 22 человека (43,1%) имели в структуре синдрома аффективные включения. При этом нормотимики получали всего 3,9% пациентов группы ОГ, что ничтожно мало по сравнению с количеством больных с эпизодическим типом течения шизофрении в группе ОГ (54,9%). Такая особенность терапии пациентов группы ОГ должна оцениваться, как не отвечающая основным принципам медикаментозной терапии больных шизофренией. В данном случае нарушается принцип клинической обоснованности, медикаментозную терапию нельзя считать полной, не решается задача полного устранения психопатологической симптоматики, «недолеченным» остается аффективная составляющая психоза.

В группе К1 нормотимики также использовались крайне редко – 2 случая (3,9%). При том, что в момент совершения убийства 18 человек (35,3%) находились в психопатологических состояниях с аффективными включениями. Аффективная патология превалировала перед госпитализацией у 17 человек (33,3%) группы К2, а нормотимики получали 10 человек (19,6%).

В группе К2 в 9 раз чаще (27,5%) применялись методы общебиологической терапии (электросудорожная терапия и инсулинокоматозная терапия) по сравнению с группой ОГ (2 чел., 3,9%). В группе К1 данные методы вообще не применялись. С одной стороны, этот факт может быть обусловлен особенностями типа течения шизофрении у больных в группе К2, с другой стороны, возможно, именно применение общебиологических методов в преодолении резистентных форм шизофрении помогло вовремя оборвать психотическое состояние, сформировать достаточный уровень критики к болезни, создать предпосылки для стойкой ремиссии, тем самым предупреждая социально опасное поведение у больных шизофрений из группы К2. Применение общебиологических методов имеет свои ограничения, врачи не всегда имеют достаточный опыт использования таких методов, в связи с отсутствием достаточных

регламентирующих документов, рекомендаций по использованию данной терапии, что снижает частоту применения их в повседневной практике. Редкое применение методов общебиологической терапии, в сочетании с применением более мягких в фармакологическом профиле препаратов, нарушает принцип интенсивности терапии, не решается задача быстрейшего и полного купирования острой психопродукции.

Три фармакологических препарата составили основу лечения в обеих группах (ОГ и К1) при исполнении принудительного лечения: зуклопентиксола пролонгированная форма, клозапин, левомепромазин. Ни одному больному в условиях принудительного лечения не проводилась общебиологическая терапия. Последнее можно объяснить достаточно просто – обычно стационары специализированного типа находятся в определенной удаленности от оживленных городских массивов и магистралей, что затрудняет транспортировку больных в случае возникновения осложнений общебиологической терапии, а сами больные могут использовать возникшее либо симулированное осложнение в целях побега. Но это никак не объясняет низкую частоту: в ОГ – 5 случаев (9,8%), в К1 – 2 случая (3,9%), – использования нормотимиков и антидепрессантов в лечении шизофрении. Такую психофармакотерапию нельзя назвать комплексной и динамичной. Цель принудительного лечения заключается в излечении больного либо достижении такого состояния, при котором он не способен причинить иной существенный вред себе и окружающим, при этом лечащим врачам необходимо руководствоваться основными принципами терапии эндогенных расстройств, от реализации которых будет зависеть результат принудительного лечения.

В пользу того, что медикаментозная терапия в группе ОГ проводилась недостаточно эффективно, указывает низкий процент (15,6%) ремиссии и послаблений после стационарного лечения в группе ОГ по сравнению с группой К2 (45,1%). Разница между группами достоверна, $\chi^2=11,65$, при $p=0,0006$. Если состояние ремиссии не достигается, то и не решается задача по восстановлению прежнего уровня социального, психологического функционирования, сохраняются предпосылки для повторных правонарушений.

Статистически различия между группами по длительности пребывания в стационаре и по количеству госпитализаций в год выявлено не было. Средняя продолжительность пребывания составила в группе ОГ 22,9 дней, в группе К1 – 42,2, в группе К2 – 57,7. Отсутствие статистической разницы между группами обусловлено большой дисперсией значений. Средняя частота госпитализаций за год составила в группе ОГ 0,49 раз, в группе К1 – 0,53, в группе К2 – 1,34, и также

наблюдалась достаточно сильная дисперсия, не позволявшая выявить значимые различия. Таким образом, средние значения не дают реального представления о характере стационарной психиатрической помощи таким больным, так как 28 пациентов (54,9%) из группы ОГ до совершения первого убийства вообще ни разу не получали стационарного лечения, и диагноз им был установлен после совершения деликта. В группе К1 таких больных оказалось в два раза меньше – 15 человек (29,4%). $\chi^2=7,6$ при $p=0,006$, что указывает на недостаточную обеспеченность потенциально опасных больных психиатрической помощью. Это связано с рядом причин: сами больные могли уклоняться и скрываться от своих родственников, родственники пациентов могли недооценивать опасность состояния, имела место отдаленность первичного звена психиатрической помощи от получателя (некоторые населенные пункты проживания больных располагались за несколько десятков километров от врача-психиатра).

Сами пациенты из групп ОГ и К1 не были мотивированы на лечение, что отражалось в их комплаенсе к проводимой терапии. Пациенты условно были нами разделены на три группы по уровню комплаенса:

0 – группа (низкий уровень) – пациент не посещает врача-психиатра, не принимает рекомендованное лечение, либо самостоятельно его прекращает;

1 – группа (средний уровень) – пациент нерегулярно посещает врача-психиатра, самостоятельно меняет схему приема лекарственных препаратов;

2 – группа (высокий уровень) – пациент регулярно посещает врача-психиатра, консультируется по поводу доз и групп препаратов, необходимых для лечения.

Такое разделение обеспечило простоту каталогического анализа данных и удобство в оценке данного параметра.

Хотя статистически значимых различий между группами обнаружено не было – больные всех групп характеризовались низким комплаенсом – медианное значение для групп ОГ и К1 составило низкий уровень комплаенса, а для группы К2 – средний уровень, что позволяет судить о более низком комплаенсе больных, совершивших убийства.

После совершения убийства больным проводилась судебно-психиатрическая экспертиза. Комиссией экспертов выносилось решение о наличии признаков невменяемости пациента, рекомендовалась принудительная мера медицинского характера.

Далеко не всегда постановление суда о применении мер принудительного характера совпадало с рекомендацией о типе принудительного лечения комиссии экспертов. Таких случаев в группе ОГ оказалось 14 (27,5%), а в группе К1 – 2 (3,9%). В последнем случае речь шла об утяжелении типа принудительного лечения (применение принудительного лечения в медицинской организации,

оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа с интенсивным наблюдением). В группе ОГ в 5 случаях суд назначал принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа, в остальных случаях утяжелял тип лечения до максимального. Стоит также отметить, что трое больных (5,9%) из группы ОГ на период следствия находились под подпиской о невыезде, и за период следствия совершали повторные убийства.

По параметру несовпадения рекомендаций СПЭ и постановления суда было обнаружено значимое статистическое различие, $\chi^2=11,97$ при $p=0,0005$, что указывает на высокую вероятность того, что этот параметр не случайный и может иметь значение в прогнозе дальнейшей социальной опасности больных.

В группах ОГ и К1 суд назначал принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа, чаще, чем любые другие виды принудительного лечения. В группе ОГ такой тип лечения был назначен при первом убийстве 28 больным (54,9%), в группе К1 – 45 (88,2%), разница между группами достоверна $p=0,005$, $\chi^2=7,1$. В 5 случаях (9,8%) в группе ОГ был назначен общий тип, во всех остальных случаях назначался специализированный тип с интенсивным наблюдением. При повторном же убийстве во всех случаях назначался специализированный тип с интенсивным наблюдением.

Выявленное расхождение в процентном соотношении типов принудительного лечения может показаться странным лишь на первый взгляд. Ступенчатость принудительного лечения подразумевает, что больной после завершения лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа или специализированного типа с интенсивным наблюдением, не выписывается сразу под амбулаторное наблюдение, а продолжает лечение в стационаре, но уже другого типа, где смягчается режим наблюдения за больным (п. 32 Приложения №18 к действующему Приказу Минздрава СССР № 225 от 21.03.88). Таким образом, хотя сроки принудительного лечения не определены законодательно, больные, попадая в стационар с максимально усиленным наблюдением, как правило, проходят все типы стационарного принудительного лечения, прежде чем выпишутся домой. Это увеличивает продолжительность их стационарного лечения. В группе ОГ средняя продолжительность стационарного лечения после первого убийства составила 5,3 года, а в группе К1 – 3,8 года. За счет довольно сильной дисперсии (тем более, что несколько

больных проходили лечение только в стационаре общего типа) разница между группами не является статистически достоверной, при этом не сложно заметить, что все же в группе ОГ определенная часть больных получала принудительное лечение в стационарных условиях гораздо дольше, чем остальные больные.

Влияние продолжительности лечения на вероятность повторного убийства статистически не доказано ($\chi^2=2,1$; $p>0,05$), тем более что, возможно, не сама продолжительность имеет значение, а тип принудительного лечения. Стационары специализированного типа с интенсивным наблюдением имеют отличающийся от других стационаров источник финансирования, они располагают другим штатным расписанием, что идет им на пользу и увеличивает возможности в проведении психокоррекционных и реабилитационных мероприятий. При этом стационары специализированного типа зачастую не имеют ни средств, ни достаточного количества помещений и инвентаря для проведения коррекционных и реабилитационных мероприятий на том уровне, на котором проводились такие мероприятия в стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением. Диссонанс между разными уровнями принудительного лечения имеет значение в формировании дальнейшего поведения больных, это хорошо видно по динамике занятости пациента после проведенного в стационаре лечения. После принудительного лечения в стационарных условиях в группе ОГ 41 пациент (80,4%) не изменил свой привычный уклад жизни (не устраивались на работу, не меняли микросоциальное окружение, не занимались работой в быту и т.д.), а в группе К1 – 44 (86,3%). Вне зависимости от типа лечения, назначенного судом, больные помещались в стационар специализированного типа и общего типа, что, судя по цифрам, нивелировало усилия по коррекционной работе, проводимой в стационарах специализированного типа с интенсивным наблюдением. Это явление можно объяснить отсутствием развитой системы занятости больных (после ликвидации трудовых мастерских в большинстве психиатрических больниц), оно по своей сути схоже с «пенитенциарным аутизмом», характерным для осужденных [9].

Однако, и усилия амбулаторной психиатрической службы были невразумительными: 12 больных группы ОГ (23,5%) на этапе принудительного амбулаторного наблюдения и лечения не наблюдались участковым врачом-психиатром, не получали надлежащее медикаментозное сопровождение. Исходя из логики законодателя, таким больным следовало бы изменить тип принудительного лечения, что не было сделано ни в одном случае. Нам представляется возможным полагать, что четверть больных, совершивших повторные убийства, могла их не совершить

**Недостатки лечебно-профилактических мероприятий,
оказывающие влияние на повторное совершение убийства больным шизофренией**

Фактор	Возможное влияние	Ошибка в тактике
Ошибка в постановке первоначального диагноза (18 пациентов, 35,3%)	Формирование хронического течения заболевания, недостаточный контроль над симптомами	Нарушение принципа клинической обоснованности
Низкая частота ремиссий и послаблений (8 пациентов, 15,6%)	Формирование вторично резистентного течения	Нарушение принципа интенсивности лечения (либо обусловлено изначально резистентными формами шизофрении)
Первое обращение к психиатру только после совершения убийства (28 пациентов, 54,9%)	Формирование бредовой фабулы (при продуктивном механизме), углубление дефекта (при негативно-личностном)	Нарушение принципа интенсивности (наиболее раннего начала лечения)
Несовпадение мнения суда и СПЭ о необходимом типе принудительного лечения (14 пациентов, 27,5%)	Недостаточный объем помощи при проведении принудительного лечения	Нарушение принципа комплексности
Отсутствие изменения образа жизни после принудительного стационарного лечения (41 пациент, 80,4%)	Сохранение провоцирующих микросоциальных факторов	Нарушение принципа комплексности
Высокая частота «шаблонной» терапии (18 пациентов, 35,3%)	Неполное купирование психопатологической симптоматики	Нарушение принципа клинической обоснованности
Недостаточный объем психиатрической помощи в амбулаторном звене (12 пациентов, 23,5%)	Отсутствие контроля за обострениями	Нарушение принципа динамичности

при своевременной активности амбулаторной службы.

Как видно из таблицы, выявлены нарушения многих принципов успешного лечения пациента. Зачастую это связано с организационными аспектами. Конечно, необходимо учитывать, что лечебный процесс подразумевает и участие самого больного, который чаще всего проявляет нонкомплаенс, и заинтересованность родственников, что обнаруживается далеко не всегда. Цели принудительного лечения могут быть достигнуты только тогда, когда будут достигнуты цели лечения вообще, необходимо соблюдать принципы лечения тяжелого хронического расстройства вне зависимости от того, принудительно терапия проводится или нет, только в этом случае можно добиться положительных результатов.

Закключение

В результате исследования выявлен ряд недостатков профилактических мер по снижению потенциальной опасности больных шизофренией:

- неточности в постановке диагноза;
- нерациональное использование методов фармакотерапии и биологических методов лечения;
- недостаточный уровень обеспеченности больных амбулаторной психиатрической помощью;
- несовпадение типа принудительного лечения, рекомендованного комиссией экспертов, с решением суда;
- «перекося» в социально-реабилитационных мероприятиях: высокий уровень обеспеченности ими в стационарах специализированного типа с интенсивным наблюдением и низкий в других стационарах.

Эти недостатки имеют под собой разные причины, но результатом их становится недостаточная эффективность проводимого принудительного лечения, а значит, они требуют своего решения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В. Агрессия и психическое здоровье /под ред. Т.Б. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича. СПб., 2002. 349 с.
2. Кирилова А.В., Костюк Г.П., Нохуров Б.А. К вопросу о клинико-социальных критериях прекращения активного диспансерного наблюдения // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 3. С. 43–47.
3. Койчубеков Б.К., Сорокина М.А., Мхитарян К.Э. Определение размера выборки при планировании научного исследования // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014. № 4. С. 71–74.
4. Кулинич Н.И., Нестер Л.Н., Савченков В.Н., Чегерова Т.И., Балашов А.Д. К вопросу об опасности лиц, страдающих шизофренией // Российский психиатрический журнал. 2008. № 5. С. 22–27.
5. Кушнир А.Н. Факторы риска и антириска повторной реализации общественно опасных действий больными шизофренией // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2015. №3. С. 27–37.
6. Макушкина О.А. Система профилактики опасных действий психически больных в Российской Федерации: мониторинг показателей и оценка эффективности // Российский психиатрический журнал. 2015. № 5. С. 29–37.
7. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. М.: Восток, 1996. 288 с.
8. Мосолов С.Н. Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина – клинической практике). М.: Социально-политическая мысль, 2012. 1080 с.
9. Узлов Н.Д. Приговоренные к жизни: самооценка агрессивности и чувства вины осужденными к пожизненным срокам лишения свободы // Суицидология. 2015. Т. 6, №1. С. 42–53.

10. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. Психиатрия. Руководство для врачей. М.: Гэотар-медиа, 2011. 492 с.
11. Soyka M., Morhart-Klute V., Schoech H. Delinquency and criminal offences in former schizophrenic inpatients 7-12 years following discharge // Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neuroscience. 2004. Vol. 254. P. 289–294.
12. Wallace C., Mullen P.E., Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25 year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders // Am. J. Psychiatry. 2004. Vol. 161. P.716–727

ПОВТОРНЫЕ УБИЙСТВА, СОВЕШЕННЫЕ БОЛЬНЫМИ ШИЗОФРЕНИЕЙ: К ВОПРОСУ О ПРИЧИНАХ НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

А.С. Бобков, В.А. Солдаткин

Статья посвящено анализу причин совершения больными шизофренией повторных особо тяжких деяний – убийств. Тема эта многогранна и объемна; настоящее сообщение посвящено влиянию недостатков системы принудительного лечения. В результате исследования, в которое были включены 51 больной шизофренией, совершивший повторные убийства, 51 больной шизофренией, совершивший одно убийство, и 51 больной шизофренией, не нарушавший закон, выявлен ряд недостатков профилактических мер по снижению потенциальной опасности больных шизофренией: неточности в постановке диагноза; нерациональное использование

методов фармакотерапии и биологических методов лечения; недостаточный уровень обеспеченности больных амбулаторной психиатрической помощью; несовпадение типа принудительного лечения, рекомендованного комиссией экспертов, с решением суда; «перекос» в социально-реабилитационных мероприятиях: высокий уровень обеспеченности ими в стационарах специализированного типа с интенсивным наблюдением и низкий в других стационарах. Указанные факторы имеют значение в совершении повторных тяжких деликтов, что подтверждается методами доказательной медицины.

Ключевые слова: шизофрения, убийство, превенция.

REPEATED MURDERS COMMITTED BY SCHIZOPHRENIC PATIENTS: EXPLORING CAUSES OF INEFFECTIVE FORENSIC COMPULSORY TREATMENT

A.S. Bobkov, V.A. Soldatkin

The authors analyze the causes of repeated severe offences (murders) committed by schizophrenic patients. The subject is complex and multifaceted and this paper deals with faults of the forensic compulsory treatment system. Material: 51 schizophrenic patients that committed repeated murders; 51 schizophrenic patients that committed single murders and 51 schizophrenic patients that did not violate law. Investigation reveals a number of inadequate preventive measures that should originally be aimed at reduction of potential dangerousness of schizophrenic patients including

faulty diagnosis, inadequate use of medication and biological treatments, insufficient access to outpatient psychiatric care, difference between the type of compulsory treatment recommended by forensic psychiatric experts and the one ordered by the court, unequal availability of social-rehabilitation programs: well developed in high-security special hospitals and insufficient in other hospitals. The mentioned factors play an important role in repeated offences and their significance is confirmed by evidence-based medicine.

Key words: schizophrenia, murder, prevention

Бобков Алексей Семенович – заведующий отделением Новочеркасского филиала ГБУ Ростовской области «Психоневрологический диспансер», аспирант кафедры психиатрии и наркологии ФПК ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России; e-mail: alexey1984bobkov@mail.ru

Солдаткин Виктор Александрович – доктор медицинских наук, доцент ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФПК; e-mail: sva-rostov@mail.ru