

В. И. Петров, Н. В. Пантелеева

ШИЗОФРЕНИЯ: ПРОБЛЕМА СОЦИАЛЬНОЙ ОПАСНОСТИ – МНИМАЯ ИЛИ РЕАЛЬНАЯ?

УО «Могилёвский государственный университет имени А. А. Кулешова»

Развитие любого государства как социально-правовой структуры всегда преследовало цель сохранения здоровья и жизни своего населения, в том числе от преступных посягательств. Общественно-опасные деяния могут совершаться как умышленно, так и по болезненным мотивам. Особенности протекания шизофрении в отдельных случаях создают условия для возникновения криминальных событий, прежде всего, при наличии у больных императивных слуховых галлюцинаций, бредовых идеях отношения, ревности и др. Вместе с тем, мнения учёных и практиков в отношении социальной опасности, исходящей от больных шизофренией, расходятся и они до сих пор не могут прийти к единому мнению по данному вопросу. Профилактика возникновения общественно-опасных деяний со стороны больных шизофренией – одна из актуальнейших задач современности.

Ключевые слова: шизофрения, право, экспертиза, общественно-опасное деяние.

V. I. Petrov, N. V. Panteleeva

SCHIZOPHRENIA: THE PROBLEM SOCIAL DANGER IS NOT REAL OR REAL?

The development of any state as a social and legal structure has always been aimed at preserving the health and life of its population, including from criminal attacks. Socially dangerous acts can be committed either intentionally or for painful reasons. Features of the course of schizophrenia in some cases create conditions for the occurrence of criminal events, first of all, if patients have imperative auditory hallucinations, delusional ideas of attitude, jealousy, etc. At the same time, the opinions of scientist and practitioners regarding the social danger emanating from patients with schizophrenia differ and they still can not come to a common opinion on this issue. The prevention of social danger acts on the part of patients with schizophrenia is one of the most urgent tasks of our time.

Key words: shizophrenia: law, expertise, social-danger action.

Удельный вес заболеваемости шизофренией в мире на сегодняшний день составляет около 1,0% населения. Применительно к Республике Беларусь количество лиц, имеющих признаки психических расстройств шизофренического спектра, таким образом, теоретически может составлять 90,0–95,0 тысяч человек. Данная категория лиц, в лучшем случае, диагностирована и находится на учёте в психоневрологических диспансерах, в худшем, особенно при вялотекущих формах шизофрении, «растворяется» в общей массе населения и, наверное, пытается соответствовать установленным социально-правовым нормам, не обращая на себя внимание специалистов соответствующих заинтересованных служб.

Проблема возможности совершения общественно-опасных деяний больными шизофренией не нова и большинством исследователей рассматривается с точки зрения их социальной опасности в отношении окружающих лиц» [2].

Она обостряется и в связи с увеличением времени нахождения таких пациентов среди населения в обычных жизненных условиях благодаря мировой тенденции сокращения стационарной психиатрической помощи и расширения стационарзамещающих

технологий (амбулаторное лечение, дневные стационары). Бытующие предрассудки среди населения о криминальном и непредсказуемом поведении в отношении больных шизофренией делают их жизнь более тяжёлой, порождают мотивированную агрессию с их стороны к социальному окружению. Состояние социальной дезадаптации на фоне психических нарушений нередко приводят к совершению общественно-опасных деяний, что является поводом для проведения в отношении этих лиц судебно-психиатрической экспертизы. По статистике судебно-психиатрической экспертизы Республики Беларусь более 50,0% освидетельствованных на СПЭ, признанных невменяемыми, это больные шизофренией, а 18,0% состоящих на диспансерном учёте в связи с шизофренией хотя бы раз, но совершают общественно-опасное деяние» [5]. Следует также учитывать и общую тенденцию, что 30,0% лиц, признанных на СПЭ невменяемыми, совершают повторные общественно-опасные деяния.

В контексте рассматриваемой темы хочется рассмотреть вопрос социальной опасности больных шизофренией по принципу подбора аргументов «за» и «против». Что же настораживает общественное мнение применительно к возможности противоправной активности больных шизофренией?

1. Да, часть общественно-опасных деяний совершается этими больными и это очевидный факт. Из числа исследуемых на судебно-психиатрической экспертизе, совершивших общественно-опасные деяния, их удельный вес в общей массе экспертиз составляет половину и более случаев.

2. Характерные изменения психических функций больных шизофренией создают предрасположенность для возникновения криминальных ситуаций, которые практически касаются изменения структуры почти всех психологических процессов. В частности, расстройства восприятия, прежде всего в виде галлюцинаций, нарушают правильное отношение больных к внешнему миру и могут вести к действиям, представляющим социальную опасность, когда наступает дереализация (утрата контакта с внешним миром), чреватая совершением криминальных действий, например, при устрашающих, зрительных галлюцинациях возможны попытки гетероагрессии; расстройства мышления в виде различных бредовых идей императивного плана также могут вызвать ответные агрессивные действия в отношении кого-либо (действующего лица бредовых переживаний больного), они же не дают больному возможности полезно использовать прошлый личный опыт; нарушение антиципационной способности (возможности предвидеть результат своих действий и ход дальнейших событий, чтобы в соответствии с этим выстраивать «линию» своего поведения не в ущерб собственным интересам в будущем) исключают правильное планирование поведения; эмоциональная тусклость, апатия нередко заставляют больных искать пути получения новых ощущений, часто идущих в разрез с принятыми социальными нормами, например, с использованием алкоголя; абulia приводит к нарушению волевого контроля произвольного поведения; постепенное снижение интеллекта делает больного шизофренией более внушаемым для других лиц и в силу этого склонным к алкоголизации, совершению асоциальных поступков: алкоголь у таких лиц растормаживает инстинкты, провоцируя противоправную активность, в том числе в плане сексуальных эксцессов; расстройства сознания больных по глубине характеризуются разной степенью отрешенности от внешнего мира, прекращением деятельности и потерей контактов, что может быть причиной беспомощности человека, а он сам становится при определенных обстоятельствах потенциальной жертвой преступления, а расстройства сознания по содержанию в виде галлюцинаторных переживаний часто бывают причиной общественно-опасных деяний в связи с якобы имеющейся, а на самом деле мнимой, необходимостью «защититься», «нападать», «разрушать» и даже «убивать» [1].

3. Проблема рецидивов общественно-опасных деяний больных с психическими расстройствами продолжает оставаться актуальной ввиду «размытости»

и неопределённости критериев по прекращению принудительных мер безопасности и лечения, которые даже при внешней структурированности и логичности не гарантируют на 100,0% повторных противоправных действий, в том числе с тяжёлыми исходами у пострадавших. Недаром судьи, особенно в отношении больных, находящихся в психиатрических больницах специального типа, например, находящихся в отделениях со строгим режимом наблюдения, не всегда выносят определение на прекращение принудительных мер безопасности и лечения несмотря на медицинское заключение психиатров-наркологов о возможности его прекратить в связи с достижением стойкой ремиссии психического расстройства.

4. Отсутствие постоянного контроля («ведения пациента») после прекращения стационарного лечения или принудительных мер безопасности и лечения, когда большую часть времени больные предоставлены сами себе, а возможности плановой госпитализации при ухудшении психического состояния ограничены ввиду сокращения коечного фонда психиатрических стационаров как материальнозатратного вида медицинской помощи.

5. Статус психически больного человека несёт в себе негативную социально-правовую, профессиональную, семейную и индивидуальную нагрузку. В частности, больные шизофренией ущербны в своём желании жить «как все», ибо «жить со всеми» у них не всегда получается. Это касается вопросов полноценной и полной социальной реализации, диапазона правового статуса, успешного трудоустройства и получения достойной заработной платы, выбора спутника жизни, который бы принял бы на себя заботу о больном, межличностной коммуникации с существующей стигматизацией со стороны социального окружения в отношении больных.

6. Характер течения шизофрении нередко носит непрерывно-прогрессирующий характер, когда «светлые промежутки» с нормализацией психических функций практически исключаются, а характер поведения больных частично или полностью зависит от остроты галлюцинаторно-бредовых переживаний. Как итог болезненного процесса развивается шизофреническое слабоумие, которое ещё больше ухудшает актуальную ситуацию, которая практически уже критически не оценивается, а поведенческие акты могут носить импульсивный и непредсказуемый характер.

7. Наверное, ни из какой другой отрасли медицины так не живучи сленговые обозначения людей, как извлечённые из психиатрии, касающиеся особенностей поведения психически больных: «истеричка», «дурак», «шизик», «идиот», «психопат» и т.п. Мы легко обращаемся с этими «терминами», нисколько не задумываясь о том, что их употребление (к месту или нет) косвенно порождает отрицательное отношение к об-

щей совокупности душевнобольных, указывает на их ущербность и социальную несостоятельность.

8. Нищенское существование части психических больных и неприятие их частью общества создаёт определённую социальную напряжённость в удовлетворении ими привычных житейских потребностей (в еде, одежде, наличии крова над головой, самосохранении и самореализации, адекватного понимания окружающими их чаяний и надежд на лучшее будущее, признании родственниками), создают условия для гетероагрессивного поведения больных шизофренией как по бытовым и межличностным мотивам вне обострения заболевания, так и в ходе реализации болезненных переживаний при окончании ремиссии.

9. Медикаментозная терапия шизофрении при её правильном использовании улучшает состояние больных, но должна проводиться под контролем медперсонала, с учётом медицинских показаний, часто длительно, с учётом соматической отягощённости и противопоказаний для применения психотропных препаратов. К сожалению, она не является «панaceей» и не всегда в плане эффективности результатов «попадает в десятку». В ситуации с психиатрической патологией особое место занимает вопрос «комплаенса» медицинского персонала с больными, что на практике, по известным причинам, достигается не всегда.

10. Бытует мнение, что насморк – это болезнь, которая проходит быстро, а шизофрения – это «проклятие на всю жизнь», и не только для самого больного, но и для его потомства. Скептики убеждены, что заболевания шизофренического спектра – это тупиковая ситуация, из которой практически нет выхода.

Кроме вышеперечисленных доказательств социальной опасности больных шизофренией существуют и другие аргументы учёных и практиков, развенчивающие мифы о криминогенности шизофрении, заставляющие задуматься о том, что «не так страшен чёрт, как его малюют...». Приведём некоторые из них:

1. Проблема общественной опасности лиц, страдающих шизофренией, во всём мире остаётся далёкой от своего разрешения ввиду отсутствия единых подходов к учёту их криминогенной активности, конфиденциальности подобной информации ещё до недавнего времени, относительно небольшого количества научных работ, посвящённых этой проблеме. Вместе с тем, анализ, проведенный к.м.н. Балашовым А. Д., основанный на изучении более чем 300 судеб-биографий пациентов, показывает, что распространённость общественно-опасных деяний у больных шизофренией при сравнении с такой же у психически здорового населения не выше частоты встречаемости преступлений среди психически здоровых людей, а порою даже в несколько раз ниже.

2. Индивидуальные психологические особенности больных шизофренией зачастую таковы, что при нахождении в благоприятной среде, они обеспечивают «определённый уровень толерантности» (терпимости) к внешним негативным воздействиям, не носящим хронический, изнуряющий характер и провоцирующим ответную агрессивную реакцию, что может отразиться в содержании слуховых галлюцинаций, формировании социально-опасных бредовых идей.

3. В 85,0% случаев, по данным диссертационного исследования А. Д. Балашова, больные шизофренией совершают общественно-опасные деяния по так называемым «реально-бытовым мотивам», т.е. по понятным мотивам, обусловленным межличностным общением в семье, с друзьями, соседями и т.п. Лишь 15,0% таких действий связаны с наличием у больных бреда и галлюцинаций, которые объясняются с точки зрения причины как элемент поведения, возникший на «болезненной почве». Кроме того, большинство противоправных поступков больных шизофренией – это кражи, чаще всего продовольствия, что неудивительно ввиду скудного материального положения таких лиц. Анализ тяжких преступлений этой категории лиц, в частности изнасилований, показал отсутствие статистически значимых различий между больными шизофренией и остальной популяцией населения (9 случаев изнасилований больными шизофренией в Могилёвском регионе и более 2500 случаев, совершённых остальными лицами, что в относительном выражении в обеих группах практически равно и составляет в среднем 1 преступление на 14 тысяч человек в год).

4. Среди лиц, совершивших чудовищные, с известным социальным резонансом, преступления («террористы», «серийные убийцы», «сексуальные маньяки», «педофилы» и прочие) никто не был признан невменяемым не только в истории Беларуси, но и во всём мире, т.е. данные преступления совершались психически здоровыми лицами, либо имеющими психические нарушения, не выходящие за рамки возможности правильно осознавать свои действия и руководить ими посредством волевых усилий.

5. Поражает своей категоричностью общественная установка о необходимости «пожизненной социальной изоляции» больных шизофренией, ранее уже совершавших общественно-опасные деяния. Это точка зрения как крайняя форма снижения социальной опасности имеет право быть, но обратимся к реалиям нашей жизни. Каждый год в мире гибнут сотни людей в связи с авиационными катастрофами, происходят несчастные случаи на стройплощадках при падении людей с высоты, тысячами исчисляется число жертв дорожно-транспортных происшествий, и вместе с тем, никто не предлагает полностью прекратить пользование авиационным транспортом,

вместо небоскрёбов строить только одно- и двухэтажные дома или запретить пользоваться автотранспортом, перейдя всем на самокаты и велосипеды... Длительные сроки стационарного лечения больных в психиатрическом стационаре не отражают степень их социальной опасности, а больше указывают на нищенское существование таких больных, неспособность полноценно адаптироваться к реалиям современной жизни, отказ родственников забирать больных под свою опеку... Наряду с лечением, положительное решение этих вопросов зачастую позволяет больным вернуться в социум полноценными его членами.

6. Нельзя проводить прямую аналогию между количеством людей, попавших в поле зрения психиатров-наркологов и хоть раз принимавших психотропные средства, и распространённостью общественно-опасных деяний в обществе. По данным статистики, до 40,0% населения мира, так или иначе, получали психиатрическую или психологическую помощь, но это никак не сопоставимо с уровнем противоправной (преступной) активности населения, т.е. потенциальных преступников гораздо меньше.

7. В общественном сознании до сих пор существуют ложные стереотипы мышления, что психическое расстройство - это всегда социальный негатив, что порождает и определённое отношение к таким больным. Якобы «поход в психушку» может оставить человеку «вредную запись» на всю жизнь, ограничивая диапазон его жизнедеятельности. Поэтому, мировая тенденция борьбы с антипсихиатрическими ярлыками сегодня такова, что предпринимаются попытки отхода от старых, стигматизирующих названий болезней, наименований психиатрических учреждений в сторону более гуманных и благозвучно звучащих нозологий расстройств и наименований учреждений: вместо «истерии» употребляется «диссоциативное расстройство», вместо «умственной отсталости» – «деменция», вместо «психопатии» – «расстройство зрелой личности» и др., а Республиканская психиатрическая больница «Новинки» стала ГУ «РНПЦ психического здоровья».

8. Следует развенчивать ещё один миф о шизофрении как о расстройстве, которое не может быть излечено. Так, Р. Комер указывает, что полное выздоровление больных шизофренией при успешном лечении возможно в 25,0% случаев [3]. По другим данным, треть таких пациентов имеет одноприступную форму заболевания, ещё треть -выздоровливает, ещё одна треть - это лица с хроническим течением шизофрении, которые на фоне приёма психотропных средств достигают приемлемого уровня социальной адаптации (работают, живут в семьях, общаются и т.д.). И только лишь около 10,0% больных шизофренией получают группу инвалидности, нуждаются в социальной помощи и поддержке и могут представ-

лять собой «группу риска» совершения общественно-опасных деяний по болезненным мотивам» [4].

9. История цивилизации «пишется» выдающимися людьми, добившимися социального признания в разных сферах деятельности. Среди них было немало и страдающих психическими расстройствами, но которые не делали их социально опасными, а наоборот служили делу созидания и процветания в связи с нестандартностью восприятия мира, мышления, индивидуальным талантом и оригинальностью решения творческих задач: писатели, художники, политические деятели и др., имена которых достаточно известны, как и их произведения, результаты политических преобразований.

10. Как показывает последняя полувековая статистика, как минимум 30,0% преступников совершают повторные преступления равно как и такое же количество невменяемых, проходивших судебно-психиатрическую экспертизу, совершающих рецидив общественно-опасного деяния. То есть, рецидив криминального действия - это не медицинский феномен, он больше носит социальный оттенок и заставляет искать причину его в общественных отношениях.

11. Парадокс криминальной активности больных шизофренией, в т.ч. числе в плане превенции общественно-опасных деяний, по данным А. Д. Балашова, заключается и в том, что увеличение степени выраженности признаков шизофрении значительно снижает риск совершения больными общественно-опасных деяний. Получается, что чем лучше больного лечат психиатры-наркологи, тем большая вероятность, по мере исчезновения психотических нарушений, совершения им общественно-опасных деяний. Таким образом, а это подтверждает и клиническая практика, зависимости от продолжительности и вида принудительных мер безопасности и лечения, связанных с совершением предыдущего преступления больными шизофренией, в случаях его рецидива, нет. Т.е. проблема не в «недолеченности» пациентов, а в трудности предсказания их социально-опасного поведения после выписки из психиатрической больницы. В данном случае можно лишь высказать вероятность о том, как поведёт себя пролеченный человек в аналогичной ситуации: аналогичным или другим образом.

12. В контексте рассматриваемой темы при проявлении агрессии следует различать два понятия «реальная агрессия» и «ощущение опасности», которые абсолютно неравнозначны. В первом случае это связано с реальными, вербальными высказываниями, демонстрацией и использованием травмирующих предметов и т.п., во втором – с неправильной трактовкой странного, неправильного, но не агрессивного, поведения психически больного. Важным моментом является то, что чаще больные шизофренией совершают общественно-опасные деяния в отно-

шении «близкого круга общения» (родных, соседей, знакомых), а не посторонних и незнакомых лиц при отсутствии провоцирующего поведения с их стороны, т.е. шансов пострадать посторонним от действий больных шизофренией немного при условии правильной (не задевающей, не унижающей, не оскорбительной) коммуникации с ними. Как показывает судебно-психиатрическая экспертная практика, большинство преступлений против личности (хулиганство, тяжкие телесные повреждения, убийства), причинённые невменяемыми лицами, страдающими шизофренией, происходят после провоцирующего поведения со стороны будущей жертвы, причём характерно, что тяжесть агрессивных проявлений, даже если они совершаются в рамках галлюцинаторно-бредовых переживаний, зависит от степени циничности и обидных высказываний со стороны провоцирующего лица» [6].

Выводы

1. Распространённость общественно-опасных деяний, совершаемых больными шизофренией, является наибольшей по удельному весу в группе больных с психическими расстройствами, подвергнутых судебно-психиатрическому освидетельствованию в связи с криминальными событиями.

2. Степень социальной опасности больных шизофренией явно преувеличена и соответствует таковой в общей популяции населения, причём возможность рецидива преступления (общественно-опасного деяния) как среди здоровых лиц, так и среди больных шизофренией является не медицинским, а социальным феноменом, требующим комплексного подхода.

3. По-прежнему актуален вопрос отношения общества к психическим больным, постановка психиатрического диагноза которым на современном этапе несёт «социально-негативную нагрузку», ограничивая их возможности нормального функционирования «как все...».

4. Коммуникация социального окружения с больными шизофренией должна исключать провоцирующие моменты, которые могут привести к агрессии и совершению противоправных поступков, а принцип социальной справедливости в отношении душевнобольных должен неукоснительно соблюдаться: при вынесении судом вердикта «невменяем» в связи с совершением общественно-опасного деяния по болезненным мотивам их надо лечить, а не наказывать.

Литература

1. Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов. 239 с.

2. Жариков, Н. М. Судебная психиатрия: учебник / Н. М. Жариков, В. П. Котов, Г. В. Морозов, Д. Ф. Хритинин, – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Норма: ИНФРА-М, 2011. – 624 с.

3. Комер, Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики / Р. Комер. – СПб.: «Прайм-Еврознак», 2005. – 640 с.

4. Савченко В. И., Савченков В. Н., Балашов А. Д. Криминогенность невменяемых больных шизофренией. Российский психиатрический журнал, № 5, 2004, С. 20–23.

5. Руководство по судебной психиатрии / Под редакцией Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. – М.: Медицина, 2004. – 592 с.

6. Тришин, Л. С. Судебная психиатрия: учеб. Пособие / Л. С. Тришин. – Минск: Изд-во Гревцова, 2014. – 312 с.

Поступила 14.02.2020 г.