

В. В. Дукорский, Е. И. Скугаревская, А. Д. Балашов

ФАКТОРЫ РИСКА ПОВТОРНЫХ НАСИЛЬСТВЕННЫХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ У МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Общественно опасные деяния (ООД) насильственного характера, совершаемые пациентами с шизофренией, являются важной и актуальной проблемой здравоохранения. Насильственные ООД затрагивают самих пациентов, членов их семей, лечащих врачей и всё общество в целом. По мнению многих исследователей, наибольший удельный вес психически больных, совершающих насильственные ООД, составляют мужчины, страдающие параноидной шизофренией. В настоящее время связь между насилием и шизофренией, особенно с позиции социальной опасности, представляет собой тему для очень активных и непрерывных дискуссий. Шизофрения является клинически неоднородным психическим расстройством, что затрудняет четкое установление связанных с насилием переменных. Особое внимание специалисты уделяют поиску факторов риска повторных насильственных ООД. По данным нашего исследования, повышенным риском совершения повторных насильственных общественно опасных деяний среди мужчин, страдающих параноидной шизофренией, обладают лица со сниженной выраженностью позитивных и негативных симптомов шизофрении (PANSS) и сопутствующим «Синдромом зависимости» от психоактивных веществ. К значимым предикторам повторного ООД насильственного характера также относятся факторы «Лживость и изворотливость», «Неответственность за совершенное ООД» и наличие прежних судимостей за уголовные преступления.

Ключевые слова: оценка риска насилия, принудительные меры безопасности и лечения, насильственные общественно опасные деяния.

V. V. Dukorsky, E. I. Skugarevskaya, A. D. Balashov

RISK FACTORS OF REPEATED VIOLENT SOCIALLY DANGEROUS ACTS IN MEN SUFFERING FROM PARANOID SCHIZOPHRENIA

Acts of aggression committed by patients with schizophrenia is a major public health concern affecting patients, their families, treating clinicians as well as the community at large. Assessment of risk of violence is essential in the management of patients with schizophrenia admitted to secure hospitals. Correlations between violence and schizophrenia in terms of different aspects of social danger of mentally ill persons is the main topic of persistent discussions in contemporary psychiatry. Schizophrenia is clinically heterogeneous mental disorder. As a result there are many difficulties in recognizing with sufficient clarity the factors associated with violence. Our study revealed that men suffering from paranoid schizophrenia had a high risk of recidivism of violent crime in case they had low expression of positive and negative symptoms of schizophrenia (PANSS) and drug addiction. "Pathological lying", avoidance of punishment for committed crimes" and track records of previous convictions for criminal offences were among other important factors of recidivism of violent crimes.

Key words: risk assessment violence, compulsory treatment, violent socially dangerous acts.

Вопрос о том, делает ли само по себе психическое расстройство человека склонным к насилию, обсуждается уже много лет [4]. В оценке связи между шизофренией и общественно опасным деянием всё ещё нет определённости из-за сложностей с методикой подбора изучаемых совокупностей лиц и сравниваемых групп населения [2].

Цель исследования: установить факторы риска повторных общественно опасных деяний насильственного характера у мужчин, страдающих параноидной шизофренией. Задачи исследования: 1) определить клинические факторы риска повторных насильственных общественно опасных деяний у лиц мужского пола, страдающих параноидной формой

шизофрении; 2) установить личностные и социальные факторы риска повторных насильственных общественно опасных деяний у мужчин, страдающих параноидной шизофренией.

Дизайн исследования: в качестве объекта исследования были избраны мужчины, страдающие параноидной шизофренией, совершавшие и не совершавшие насильственные общественно опасные деяния. 1-я группа (основная группа) включала мужчин, страдающих параноидной шизофренией, совершивших насильственное ООД повторно (N = 90); 2-я группа (группа сравнения) – мужчины, страдающие параноидной шизофренией, совершившие однократное насильственное ООД (N = 90);

3-я группа (группа контроля) – мужчины, страдающие параноидной шизофренией, не совершившие насильственное ООД, но проходившие стационарное лечение в психиатрической больнице (N = 90). Под насильственными ООД подразумеваются уголовные деликты с применением физической силы или действия с явной действительной угрозой её применения.

На первом этапе исследования была произведена оценка психического состояния пациентов при помощи шкалы PANSS (из каждой группы было обследовано по 50 человек). Принимая во внимание, что точная оценка выраженности отдельных симптомов при одномоментном осмотре представляет сложности, семибалльная шкала PANSS была нами заменена на трехбалльную. При этом баллы 1, 2 – были обозначены как «0» – «признак отсутствует, либо от-

сутствует указание на его наличие»; баллы 3, 4, 5 – были обозначены как «1» – «признак присутствует, но выражен не сильно»; баллы 6, 7 – были обозначены как «2» – «признак выражен сильно». Результаты сравнения психического статуса пациентов исследуемых групп по выраженности психопатологической симптоматики с помощью шкалы PANSS показали, что все три исследуемые группы различаются по выраженности позитивных ($\chi^2 = 27,5$; $P < 0,001$) и негативных симптомов ($\chi^2 = 23,5$; $P < 0,001$) шизофрении.

Дальнейший анализ полученных данных (таблица 1) позволяет установить, что группа лиц, набравших меньшее количество баллов по шкале PANSS, относятся к группе пациентов с наличием повторных насильственных ООД.

Таблица 1. Результаты множественных сравнений между исследуемыми группами по выраженности психопатологической симптоматики с помощью шкалы PANSS

PANSS	4 : 3	Группа сравнения N = 50 Mean/SD	Основная группа N = 50 Mean/SD	Группа контроля N = 50 Mean/SD	4 : 5	3 : 5
	P				P	P
Позитивные симптомы	0,002	2,9±2,5	1,3±2,0	5,1±2,1	<0,001	<0,001
Негативные симптомы	0,01	5,1±3,7	3,5±3,1	7,1±2,8	<0,001	>0,05
Суммарный балл PANSS	0,006	8,1±5,8	4,8±4,7	12,2±3,1	<0,001	<0,001

Полученные данные о меньшей выраженности психопатологической симптоматики шизофрении у пациентов, совершивших повторные насильственные ООД, могут объясняться тем, что к указанным пациентам принудительные меры применяются годами (а в некоторых случаях и десятилетиями). Тогда как обычное стационарное лечение лиц с психическими расстройствами, в основном, осуществляется в период, не превышающий тридцати дней. Различия между группой сравнения и группой контроля также можно объяснить активным вниманием со стороны врачей-психиатров к пациентам, наблюдающимся по группе «спецучета». Еще одним важным и заслуживающим внимания являются утверждения практических психиатров о том, что лица, совершающие насильственные действия, изначально не имеют стойко выраженной психопатологической симптоматики. По нашему мнению, все три предположения могут быть значимыми, что и формирует полученные результаты.

Необходимо отметить, что в последние годы большинство исследователей демонстрируют единство взглядов относительно эффективности прогноза совершения ООД на основе диагностики ограниченной квалификации нозологической принадлежности, формы течения, выраженности симптомов и ведущего синдрома психического расстройства. Малоинформативность нозологических данных в контексте прогнозирования ООД подтверждаются также недавним исследованием отечественных учёных (А. Д. Балашов, Е. И. Скугаревская, 2008) [1, 3, 8].

Коморбидные расстройства были установлены 29 (10,7%) пациентам исследуемой совокупности. Самым распространенным сопутствующим психическим расстройством был «Синдром зависимости» от психоактивных веществ. Лиц с «Синдромом зависимости» от психоактивных веществ в группе пациентов с повторными насильственными ООД было значительно больше ($\chi^2 = 6,3$; $P = 0,01$). В частности, диагноз «Синдром зависимости от алкоголя» устанавливался пациентам первой группы в 18 (20%) случаях, что достоверно чаще ($\chi^2 = 4,6$; $P = 0,03$), чем в группе сравнения – 7 (7,7%) и в группе контроля ($\chi^2 = 8,7$; $P = 0,03$) – 4 (4,4%). В остальном статистически достоверных различий между группами выявлено не было. Двум пациентам был установлен диагноз «Синдром зависимости от опиоидов» (оба случая приходятся на основную группу).

Без исследования психологической структуры личности страдающих психическими расстройствами лиц невозможен всесторонний анализ проявляемого ими насильственного поведения. Несмотря на вспомогательную роль личностных методик и нераспространенность исследований с включением личностных опросников в изучение насилия у лиц с психическими расстройствами их потенциальную пользу нельзя недооценивать.

В своё исследование мы также включили современную личностную методику – «Пятифакторный личностный опросник» (5PFQ) [5]. Из каждой рассматриваемой группы в исследовании по данной методике участвовали по пятьдесят человек (N = 150). Результаты, полученные с помощью 5PFQ, представлены в таблице 2.

Таблица 2. Сравнение выраженности личностных черт между исследуемыми группами в соответствии с вторичными факторами «Пятифакторного личностного опросника»

Факторы	Группы (N = 150)			χ^2 , p-value
	Сравнения (N = 50)	Основная (N = 50)	Контроля (N = 50)	
	Mean / SD	Mean / SD	Mean / SD	
Экстраверсия – Интроверсия	46,6±7,3	46,7±7,9	44,7±7,0	P > 0,05
Привязанность – Отделенность	56,0±9,6	57,3±9,3	56,1±8,9	P > 0,05
Контролирование – Естественность	55,9±9,7	58,7±9,3	53,3±10,3	7,1 (P = 0,02)
Эмоциональность – Сдержанность	41,8±10,9	41,1±10,8	45,9±12,8	P > 0,05
Игривость – Практичность	50,6±8,2	50,6±9,4	50,1±7,0	P > 0,05

Из представленной таблицы видно, что из пяти вторичных факторов группы значимо различаются только по фактору «Контролирование – Естественность». В соответствии с концепцией разработчиков 5PFQ, суть данного вторичного фактора сводится к волевой регуляции поведения. Контролирующий себя индивид, как правило, проявляет целеустремленность, добросовестность, методичность и настойчивость. Естественный в своем поведении человек, напротив, стремится к гармоничным отношениям с природой, «плывет по течению жизни» [5]. Человек, имеющий низкую оценку по этому фактору, редко проявляет в своей жизни волевые качества, он живет, стараясь не усложнять свою жизнь, ищет «легкую жизнь». Это такой тип личности, для которого характерны естественность поведения, беспечность, склонность к необдуманным поступкам. Такой че-

ловек может недобросовестно относиться к работе, не проявляя настойчивость в достижении цели. Он не прилагает достаточных усилий для выполнения принятых в обществе требований и культурных норм поведения, может презрительно относиться к моральным ценностям. Человек, который имеет такую черту, склонен совершать асоциальные поступки. Ради собственной выгоды он способен на нечестность и обман. Такой человек, как правило, живет одним днем, не заглядывая в своё будущее [5].

При продолжении анализа было установлено, что по вторичному фактору «Контролирование – Естественность» различаются между собой основная группа с группой контроля и группа контроля с группой сравнения (P = 0,009 и P = 0,03). Далее подверглись анализу первичные факторы 5PFQ (таблица 3).

Таблица 3. Сравнение выраженности личностных черт между исследуемыми группами в соответствии с первичными факторами «Пятифакторного личностного опросника»

Первичные факторы формирующие вторичный фактор «Контролирование – Естественность»	P	Группа сравнения (N = 50)	Основная группа (N = 50)	Группа контроля (N = 50)	P	P
	4 : 3	Mean / SD	Mean / SD	Mean / SD	4 : 5	3 : 5
Аккуратность – Неаккуратность	>0,05	11,6±2,7	12,1±2,2	10,5±2,7	0,007	0,05
Настойчивость – Слабоволие	>0,05	11,4±2,7	11,8±2,8	10,2±3,3	0,01	>0,05
Ответственность – Безответственность	0,05	11,4±2,3	12,3±1,9	10,9±2,8	0,01	>0,05
Самоконтроль – Импульсивность	>0,05	10,6±2,9	10,9±2,8	10,3±2,8	>0,05	>0,05
Предусмотрительность – Беспечность	>0,05	10,7±3,1	11,4±2,7	11,4±2,7	>0,05	>0,05
Контролирование – Естественность	>0,05	55,9±9,7	58,7±9,3	53,3±10,3	0,009	0,03

Если полученные результаты анализировать без критического осмысления, то создается парадоксальное впечатление о том, что мужчины с параноидной шизофренией, совершавшие насильственные действия, более ответственные, целеустремленные, добросовестные, аккуратные и настойчивые, чем лица, не совершавшие насильственных действий вовсе. В свою очередь пациенты группы контроля более склонны к асоциальным поступкам. Вместе с тем полученные результаты легко объяснить, если принять во внимание проявление установочного поведения у лиц, совершивших ООД, при условии, что негативная симптоматика выражена не столь значительно.

На протяжении всего исследования мы постоянно сталкивались с тем, что сведения из медицинской

документации и информация, представленная медицинским персоналом, значительно контрастирует с данными, которые предоставляют пациенты сами о себе. При обсуждении событий своей жизни, пациенты первой группы стараются себя представить «только в лучшем свете». Все свои жизненные конфликты и проблемы объясняют только внешними причинами, такими как неудачное стечение обстоятельств, «оговор заинтересованных лиц» либо просто несправедливое отношение окружающих. Часто они и вовсе отрицают негативно их характеризующие данные. В случае предъявления документально подтвержденных сведений, которые противоречат их утверждениям, они довольно быстро меняют свои утверждения либо, несмотря на явные противоречия,

продолжают настаивать на своей версии происходивших событий.

Для получения своей выгоды пациенты прибегают к обману как средству манипуляции над другими пациентами и даже пытаются манипулировать медицинским персоналом. Более того, некоторые из пациентов во время проведения исследования путем введения в заблуждение предпринимали попытки извлечь выгоду из общения с исследователями.

Описанный выше тип поведения является фактором риска повторных насильственных действий у мужчин, страдающих параноидной шизофренией, ($\chi^2 = 25,2$; $P < 0,001$) и под различными названиями («Патологическая лживость», «Мошенничество/манипулирование», «Неискренность/Лживость») входит в структуру некоторых методик оценки риска насилия [6, 7]. Ввиду статистической значимости данного фактора риска мы дали ему название «Лживость и изворотливость».

Большое значение для оценки риска насилия имеет проявление криминального поведения до дебюта психического расстройства. Из исследуемой совокупности ранее были судимы (признавались судом вменяемыми и им назначалось уголовное наказание) 62 человека (22,9%). В основной группе ранее судимыми были 45 (50%) человек, что достоверно больше в соотношении как с группой сравнения ($\chi^2 = 22,7$; $P < 0,0001$), где ранее были судимы 14 (15,5%) человек, так и с группой контроля ($\chi^2 = 47,8$; $P < 0,0001$), где ранее были судимы только 3 (3,3%) человека.

Что касается отношения к совершённым общественно опасным деяниям, то значительная часть отрицает свои противоправные действия вовсе. Другие исследуемые пытаются значительно минимизировать последствия совершённого ООД и даже возлагают вину или значительную её часть на потерпевших или на неблагоприятно сложившиеся внешние обстоятельства («хотели без причины положить в больницу», «просто был пьяным», «обзывались», «пристали и защищался», «осудили, так как не нашли настоящего преступника»). Отказ от пояснения ситуации совершённого общественно опасного деяния обычно включал в себя полную или частичную амнезию ситуации ООД либо утверждение о полной непричастности к деликту (с указанием на причастность лиц заинтересованных в его изоляции).

Многие исследуемые всё же подтвердили имеющуюся в медицинских документах информацию о совершённых ими деликтах и даже заявляли о раскаянии за причинённые страдания. Но их раскаяние выглядело явно формальным и неискренним. Кроме того от собственного раскаяния исследуемые довольно быстро переходили к собственным страданиям, вызванным непропорционально долгой изоляцией за совершённое деяние («давно вылечился, а меня всё держат»).

Описанное выше отношение к совершённому ООД под различными названиями («Отсутствие раскаяния или чувства вины», «Бессердечие/Отсутствие сочувствия», «Безответственность», «Отсутствие угрызений совести или раскаяния», «Неспособность принять ответственность за свои поступки») входит в структуру методик оценки риска насилия [6, 7] и является фактором риска повторных насильственных действий у мужчин, страдающих параноидной шизофренией ($\chi^2 = 37,2$; $P < 0,001$). Ввиду статистической значимости данного фактора риска мы дали ему название «Неответственность за совершенное ООД».

Таким образом, повышенным риском совершения повторных насильственных общественно опасных деяний среди мужчин, страдающих параноидной шизофренией, обладают лица со сниженной выраженностью позитивных ($P < 0,002$) и негативных ($P < 0,01$) симптомов шизофрении (PANSS) и сопутствующим «Синдромом зависимости» от психоактивных веществ ($\chi^2 = 6,3$; $P = 0,01$). К значимым предикторам повторного ООД насильственного характера также относятся факторы «Лживость и изворотливость» ($\chi^2 = 25,2$; $P < 0,001$), «Неответственность за совершенное ООД» ($\chi^2 = 37,2$; $P < 0,001$) и наличие судимостей за уголовные преступления ($\chi^2 = 22,7$; $P < 0,0001$).

Литература

1. Балашов, А. Д. Общественно опасные деяния невменяемых лиц, страдающих шизофренией : (клинико-психопатологическое исследование) : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / А. Д. Балашов. – Минск, 2009. – 145 л.
2. Гельдер, М. Оксфордское руководство по психиатрии : в 2 т. ; пер. с англ. / М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо. – Киев : Сфера, 1999. – Т. 2. – 299 с.
3. Григорьев, И. С. Стандартизированные методы прогнозирования насильственных действий больных, находящихся на принудительном лечении / С. И. Григорьев, М. Ф. Денисов, Е. В. Снедков // Экология человека. – 2013. – № 12. – С. 52–54.
4. Основы судебной психиатрии : учебник Фолка : пер. с англ. / Д. Х. Стоун [и др.] ; под ред. С. Полуbinsкой, Б. К. М Раас. – Киев : Сфера, 2008. – 340 с.
5. Хромов, А. Б. Пятифакторный опросник личности : учебно-метод. пособие / А. Б. Хромов. – Курган : Курганский гос. ун-т, 2000. – 23 с.
6. *Evaluating the screening version of the Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL:SV): an item response theory analysis* / D. J. Cooke [et al.] // Psychol. Assess. – 1999. – Vol. 11, № 1. – P. 3–13.
7. *Hare, R. D. Manual for the Revised Psychopathy Checklist* / R. D. Hare. – 2nd ed. – Toronto : Multi-Health Systems, 2003. – 101 p.
8. *McGregor, K. Schizophrenia spectrum disorders, substance misuse, and the four-facet model of psychopathy: the relationship to violence* / K. McGregor, D. Castle, M. Dolan // Schizophr. Res. – 2012. – Vol. 136, № 1–3. – P. 116–121.

Поступила 24.06.2016 г.