

*А.Д. Балашов, Е.И. Скугаревская*

**Длительные госпитализации пациентов (страдающих шизофренией) в связи с совершенным общественно опасным деянием (клинический, социальный и судебно-психиатрический аспекты)**

*Белорусский Государственный медицинский университет*

Проведено исследование, направленное на выявление особенностей пациентов, страдающих шизофренией, к которым длительно применялись принудительные меры безопасности и лечения стационарного типа. Выявлено, что такие лица чаще совершали агрессивные деяния, со временем большинство из них утратили социальные связи, их психическое состояние характеризовалось редкими обострениями шизофрении с нерезко выраженной продуктивной, но резко выраженной негативной симптоматикой либо у них отмечались стойкие бредовые идеи агрессивного содержания, направленные на конкретных лиц. Для успешного воздействия на эти факторы авторами отмечена важность постоянства и систематичности терапевтических вмешательств, разумная смена условий оказания помощи, своевременное начало реабилитационных мероприятий, восстановление семейных и дружеских отношений, возвращение пациенту ощущения ответственности за самого себя. Использование методик оценки риска опасного поведения могло бы в ряде случаев заменить собой необходимость эмпирической оценки риска с возможными «перестраховочными» последствиями, а также уменьшить число обвинений в адрес врачей-психиатров в недоучете риска совершения общественно опасного деяния пациентом, в случае если он его совершит после выписки. Ключевые слова: общественно опасное деяние, шизофрения, психическое состояние, принудительные меры безопасности и лечения

Сложившаяся к настоящему времени ситуация с контингентом лиц, находящихся в общих отделениях психиатрических стационаров, требует как минимум трех различных методологических подходов. Первый - это обеспечение активной медикаментозной терапии; второй - обеспечение коррекционных воздействий с развитием у пациента социальных навыков; третий - избавление пациента от общественно опасных форм поведения, что сопровождается обеспечением соответствующего режима наблюдения и неопределенным по времени пребыванием пациентов в психиатрическом стационаре.

Нами проведено исследование, направленное на выявление особенностей пациентов, страдающих шизофренией, к которым длительно применялись принудительные меры безопасности и лечения (ПМБЛ) стационарного типа с целью оптимизации сроков применения ПМБЛ.

Цель исследования: провести аналитический обзор продолжительности применения принудительных мер медицинского характера к невменяемым за рубежом и оценить особенности пациентов, страдающих шизофренией, с длительными сроками применения ПМБЛ на территории Республики Беларусь.

Задачи исследования:

- 1) провести аналитический обзор аспектов продолжительности применения принудительного лечения пациентов, страдающих шизофренией, в связи с совершенным общественно опасным деянием (ООД) в различных странах мира;
- 2) выделить характеристики пациентов, страдающих шизофренией, к которым длительно применялись ПМБЛ стационарного типа на территории Республики Беларусь;
- 3) исходя из полученных данных, наметить пути оптимизации сроков применения ПМБЛ.

Материал и методы исследования: Исследование основано на изучении лиц, страдающих шизофренией, проживающих/проживавших на территории Могилевской области, которые по разным причинам длительное время непрерывно находились в психиатрическом стационаре. Исследуемая когорта лиц была разделена на три группы: 1) основная группа - невменяемые лица, страдающие шизофренией, к которым ПМБЛ применялись 5 лет и более (группа с длительным применением ПМБЛ); 2) группа сравнения – лица, страдающие шизофренией, к которым ПМБЛ применялись менее трех лет (группа с непродолжительным временем применения ПМБЛ), 3) контрольная группа – лица, страдающие шизофренией, не совершившие ООД, но находившиеся/находящиеся в психиатрическом стационаре в гражданском порядке более 5 лет. Психиатрическими стационарами, рассматриваемыми в настоящем исследовании, в которых применялись ПМБЛ, являлись: УЗ «Могилевская областная психиатрическая больница» и Могилевская Республиканская психиатрическая больница специального типа в период времени с 1976 по 1990 год включительно. (N=211). Основными методами исследования явились клинико-психопатологический, клинико-катамнестический и клинико-статистический. Различия в частотном распределении внутри признака между группами оценивались с помощью критерия Пирсона  $\chi^2$  и Манна-Уитни.

Дизайн исследования: сравнительное, про-ретроспективное, когортное

Обсуждение результатов исследования. Вопросы оптимальной продолжительности пребывания пациентов, к которым применяются ПМБЛ в психиатрическом стационаре, являются до конца нерешенными во всем мире. Вместе с этим в разных странах публикуются результаты исследований, в которых прямо указывается на имеющую место тенденцию накопления пациентов судебно-психиатрического профиля с длительными сроками пребывания в психиатрическом стационаре. Так, из отчета Британского министерства внутренних дел следует, что число пациентов, на выписку которых наложено ограничение министерством внутренних дел в Британии за последние 10 лет выросло на 5 % (P. Sugarman, 2002) [9]. В своем исследовании M. Butwell, E. Jamiesson выдвигают тезис, что лица, которые не подлежат выписке, составляют постоянно возрастающую популяцию, создающую чрезвычайные трудности для ее содержания в стационаре при тех стандартах, по которым функционируют больницы системы здравоохранения [5]. По их сведениям средняя продолжительность пребывания пациента, совершившего преступление,

в психиатрической больнице в Англии составляет 6,3 года [5]. При этом авторами отмечено, что лица, попавшие в больницу на основании уголовного преследования в среднем находились там короче, чем пациенты, которые совершили проступок, но на них не было заведено уголовное дело. Последнее объясняется авторами, излишней перестраховкой врачей-психиатров при выписке пациентов без уголовного преследования, т.к. ответственность за контроль над их поведением после выписки возлагается на службу охраны здоровья [5]. Особо описывается группа пациентов с длительными сроками госпитализаций, против которых не велось уголовного преследования, но которые были переведены в спецпсихбольницу из других психиатрических учреждений из-за насильственных действий, направленных на пациентов отделения и персонал гражданских психиатрических больниц. Достаточно длительные сроки их госпитализаций объясняются тем, что такие пациенты наименее желательны в больницах с меньшим уровнем безопасности, особенно в условиях сокращения коечного фонда [5]. Непосредственно посвящена рассматриваемой нами теме работа Р. Taylor (2002) [10]. Автор исследовал на протяжении 12 лет когорту лиц, выбывших из английских спецпсихбольниц в 1984 году (всего 223). Оказалось, что из них 20% в общество не вернулось – они в последующем постоянно находились других психбольницах, тюрьмах, спецпсихбольницах или умерли в перечисленных учреждениях [10]. В Канаде средняя продолжительность пребывания пациентов в психиатрической больнице составляет 57 дней, а средняя продолжительность госпитализации лиц, признанных невменяемыми – 299,8 дней (диапазон от 15 до 2509 дней) [6]. В Австралии средняя продолжительность пребывания пациента на принудительном лечении по количеству дней в 27 раз превышает среднюю продолжительность пребывания в больнице пациента общепсихиатрического профиля [2]. В России в 2004 году средняя продолжительность пребывания на принудительном лечении в стационаре составила 566,8 дня, при этом в стационаре общего типа – 413 дней, специализированного типа – 570 дней, специализированного типа с интенсивным наблюдением – 1197, 8 дней [1]. Специальную проблему длительного пребывания в психиатрическом стационаре лиц с шизофренией в условиях максимальной безопасности изучала L.D.J. Thompson (2000) [12]. Такие пациенты составляют по ее данным 70,1% в спецпсихбольницах Шотландии. По ее мнению, в данной популяции выше доля больных с резистентными формами. Она также отмечает, что у пациентов, находящихся в спецбольницах более 4-х лет, высок риск развития госпитализма, который значительно снижает возможность ресоциализации [12]. С.О'Neil и соавторы (2003) исследовали эту проблему в Ирландии [8]. По состоянию на 2000 год в судебно-психиатрической больнице в Дандраме, обеспечивающей все три уровня безопасности (высокий, средний, низкий) находилось 88 человек с разным правовым статусом. 48% пациентов пребывали в стационаре более 10-ти лет, из них половина – более от 10 до 20 лет, а вторая половина – более 20 лет. Авторами подчеркивается, что у этих пациентов по сравнению с теми, кто находился в судебно-психиатрическом стационаре до 2-х лет, была слабее

выражена позитивная симптоматика, они чаще не могли назвать адрес, по которому их можно было выписать [8].

В Израиле (А. Bauer et al., 2006) Верховный Суд постановил, что лицо не может находиться на принудительном лечении дольше срока, который он бы провел в тюрьме, будучи осужденным за содеянное, а также предложил по истечению этого срока переводить пациентов на госпитализацию в гражданском порядке, как менее ограничивающую права [3]. Министерство здравоохранения Израиля в 2003 году инициировало мониторинг пациентов, длительно находившихся на принудительном лечении. Было установлено, что большая часть из таких пациентов страдали шизофренией или другими психотическими расстройствами, 40% из них совершили правонарушения в отношении членов семьи. В результате проведенного ими исследования не было выявлено какой-либо корреляции между типом ООД примененными мерами, тяжестью совершенного ООД, длительностью принудительного лечения и фактом очередного совершения ООД [3]. Авторы полагают, что на практике длительность принудительного лечения одинаково зависит как от объективной клинической картины заболевания, так и от субъективных и индивидуальных впечатлений, лиц, занимающихся выпиской [3].

Вопрос об обоснованности длительной госпитализации пациентов судебно-психиатрического профиля непосредственно связан с вопросом безопасности выписки такого пациента. Оценка же риска совершения ООД не имеет сама по себе никакого смысла без оценки существующих возможностей снижения вероятности повторения общественно опасного деяния [11]. Р. Lindquist и J. Skipworth (2000) предлагают учитывать не только такие клинически немодулируемые факторы риска как демографические показатели, пол и личностные особенности, но и те, которые могут быть в той или иной мере изменены [7]. К последним авторы относят 4 группы факторов:

- 1) характер самого заболевания, где психотическая симптоматика содержит агрессивный компонент и выражается ощущениями угрозы, насилия или принуждения к действиям;
- 2) семейные проблемы;
- 3) злоупотребления психоактивными веществами;
- 4) антитерапевтическая среда, формирующая стигматизированного, изолированного или непонятого пациента-изгоя, что ведет к конфликтам с окружающими, обществом и агрессии.

Нами проведено исследование, направленное на выявление причин продолжительно применяемых ПМБЛ к невменяемым лицам, страдающим шизофренией. На рисунке 1 показано разделение по срокам применения ПМБЛ стационарного типа за последние 30 лет на территории Могилевской области.

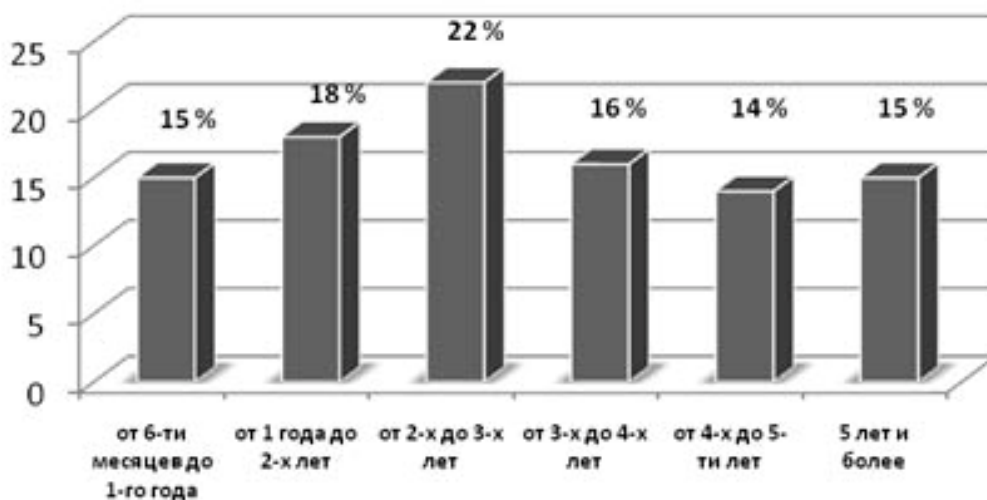


Рисунок 1. - Распределение по продолжительности примененных ПМБЛ стационарного типа

Как видно из рисунка 1, более чем к половине пациентов принудительные меры безопасности и лечения применялись не более 3-х лет. Вместе с тем, в 15% случаев пациенты непрерывно находились на ПМБЛ более 5 лет: изучению именно этой группы лиц и посвящено настоящее исследование.

При сравнении криминалистических характеристик пациентов с длительными и недлительными госпитализациями (основная группа и группа сравнения) обращает на себя внимание, что группа пациентов с длительными госпитализациями чаще характеризовалась наличием совершенных тяжких преступлений агрессивного характера: убийства ( $\chi^2 = 16,86$ ;  $p < 0,05$ ), совершение общественно опасных деяний против половой неприкосновенности ( $\chi^2 = 7,13$ ;  $p < 0,05$ ) (рисунок 2). Вместе с этим, группа пациентов без длительных госпитализаций характеризовалась более частым совершением менее социально значимых преступлений, в частности – краж ( $\chi^2 = 27,61$ ;  $p < 0,01$ ). Различия по остальным видам ООД не носили статистически достоверного характера.

Рассматривая социальный аспект вопроса, у пациентов с недлительными сроками применения ПМБЛ чаще фиксировалось наличие позитивных социальных контактов (встречи, переписка позитивного содержания) ( $\chi^2 = 34,53$ ;  $p < 0,001$ ). Количество социальных контактов, зафиксированных в медицинских документах, у пациентов резко снижалось по мере нарастания их сроков пребывания в психиатрическом стационаре (рисунок 3). Примерно у 4% лиц, страдающих шизофренией, с продолжительностью примененных ПМБЛ дольше 5-ти лет в историях болезни были подшиты письма от близких родственников, содержание которых напрямую указывало на то, что родственники отказываются в дальнейшем поддерживать любые связи с пациентом.

Вместе с тем, при анализе динамики частоты клинически верифицированных обострений психотической симптоматики установлена обратная корреляция – по мере увеличения количества лет пребывания в психиатрическом стационаре

количество обострений шизофрении снижается, а межприступный интервал значительно увеличивается.

По мере увеличения числа лет пребывания пациента в психиатрическом стационаре отмечалось увеличение степени выраженности негативной симптоматики и снижение степени выраженности продуктивных симптомов клиники шизофрении. Примечательно, что группы лиц с длительными госпитализациями (совершившие и не совершившие ООД) имели сходную динамику клинической картины заболевания во время нахождения в психиатрическом стационаре и обе группы в равной мере имели различия с группой сравнения (таблица 1).

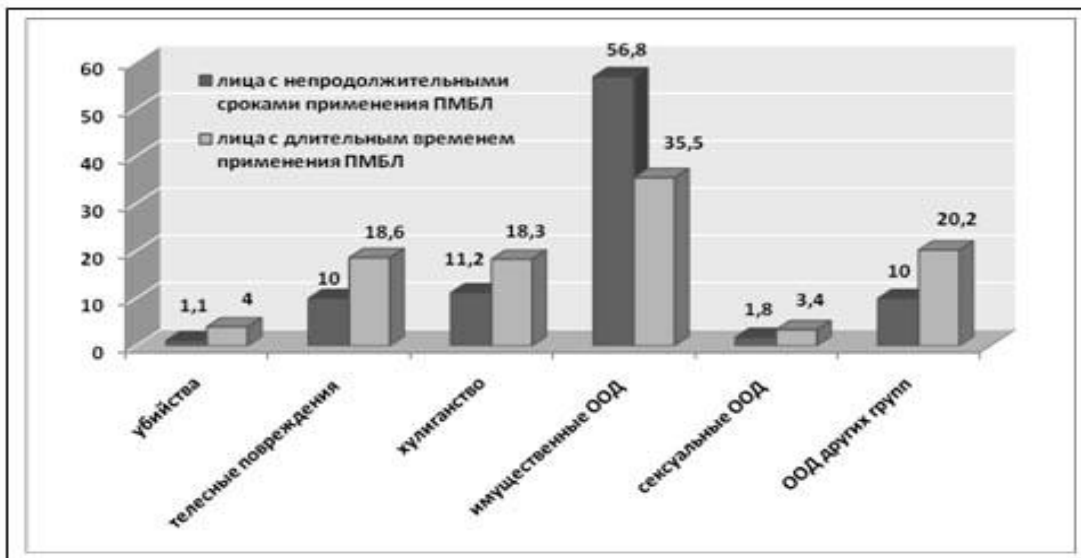


Рисунок 2. - Сравнение характера деликта в связи с которым были применены ПМБЛ (%)

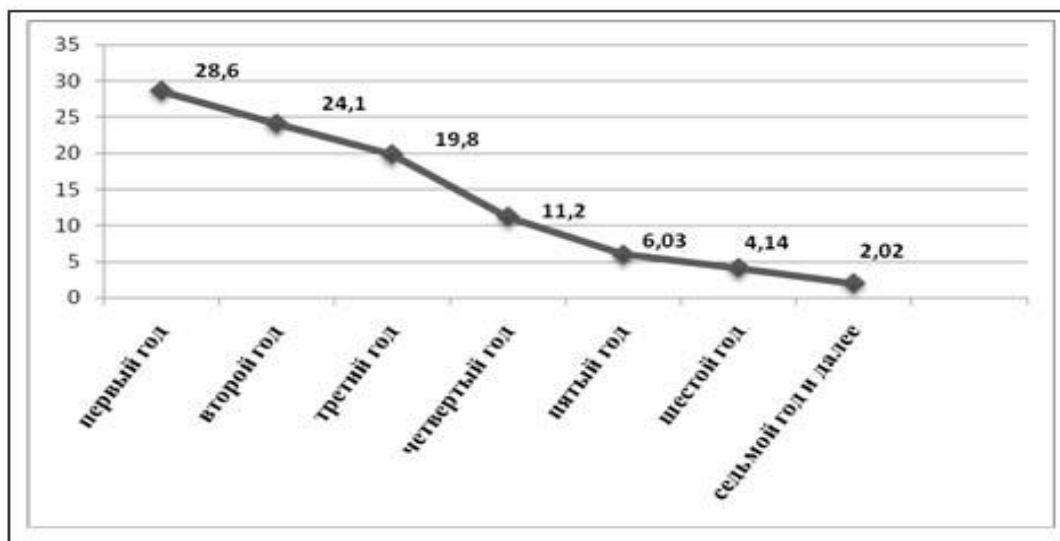


Рисунок 3. – Динамика количества контактов пациентов с родственниками во время применения ПМБЛ по годам

Таблица 1 – Сравнение значений средних баллов симптомов клиники шизофрении (PANSS) в группах лиц с длительными (более пяти лет) и недлительными (менее трех лет) сроками применения ПМБЛ

Симптом	Средние значения степени выраженности симптома		Достоверность различий	
	Группа с недлительными госпитализациями	Группа с длительными госпитализациями	критерий Колмогорова-Смирнова	критерий Манна-Уитни
<b>продуктивные симптомы</b>				
Бред	5,24	4,03	p < 0,001	0,0000
Расстройства мышления	4,60	5,05		
Галлюцинации	5,86	4,08	p < 0,001	0,005
Возбуждение	5,11	4,22		
Идеи величия	3,08	3,49		
Подозрительность и идеи преследования	4,22	4,68		
<b>негативные симптомы</b>				
Эмоциональная отгороженность	3,58	5,99	p < 0,001	0,0000
Трудности в общении	3,46	5,85	p < 0,001	0,0000
Социальная отгороженность	3,65	6,00	p < 0,005	0,0005
<b>общепсихопатологические симптомы</b>				
Чувство вины	3,56	4,06		
Напряженность	4,99	3,39		
Загруженность психическими	5,32	4,86	p < 0,005	0,0005
Моторная заторможенность	3,13	5,43	p < 0,005	0,0018

Как видно из таблицы 1, в группах лиц с длительными госпитализациями на пятом году пребывания в психиатрическом стационаре по сравнению с группой сравнения максимальная степень выраженности практически всех из рассматриваемых негативных симптомов клиники шизофрении была выше, а позитивных – ниже. Высокие значения симптомов «Эмоциональная отгороженность», «Трудности в общении» и «Моторная заторможенность», могли быть также обусловлены и явлениями госпитализма в связи с трудностью дифференциальной диагностики и разграничения этих понятий. Именно нарастающий госпитализм с утратой социальных связей может резко усугублять «негативную» симптоматику шизофрении и значительно препятствовать возможности дальнейшей ресоциализации пациента. Что касается позитивной симптоматики, то, фактически единственным фактором, который резко снижал



вероятность выписки пациента, было наличие в клинической картине заболевания стойких бредовых идей агрессивного содержания, направленных против конкретных лиц, на которых покушался пациент в прошлом, особенно, если эти лица после покушения остались живы.

Таким образом, по результатам проведенного нами исследования можно составить клинико-социальную характеристику пациентов, к которым длительно применяются принудительные меры безопасности и лечения. Это лица с достоверно более частыми фактами совершения агрессивных деяний, утратившие со временем большинство социальных связей, либо те, от которых «отказались» родственники. С течением времени пребывания в психиатрическом стационаре их психическое состояние характеризуется редкими обострениями шизофрении с нерезко выраженной продуктивной, но резко выраженной негативной симптоматикой либо имеющие стойкие бредовые идеи агрессивного содержания, направленные на конкретных лиц. Задержка отмены применения к ним принудительных мер безопасности и лечения являлась основанием для продолжения пребывания в психиатрическом стационаре в связи с невозможностью их выписки, в основном, не по клиническим, а по социальным или судебно-психиатрическим критериям. Последние связаны с субъективными, но не лишенными эмпирических оснований, опасениями членов комиссии, о возможном повторении имевшего места деликта вновь.

Для успешного воздействия на эти факторы важно относительное постоянство и систематичность вмешательств, разумная смена условий оказания помощи, своевременное начало реабилитационных мероприятий, восстановление семейных и дружеских отношений, возвращение пациенту ощущения ответственности за самого себя. Использование во время пребывания пациента на ПМБЛ методик оценки риска опасного поведения могло бы в ряде случаев заменить собой необходимость эмпирической оценки риска с возможными «перестраховочными» последствиями, а также уменьшить число обвинений в адрес врачей-психиатров в недоучете риска совершения ООД пациентом, в случае если он его совершит после выписки.

В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

- 1) Несмотря на различия правовых норм в различных странах мира, повсеместно существует проблема необходимости объективизации времени применения к пациентам принудительных мер безопасности и лечения и времени их нахождения в психиатрическом стационаре.
- 2) Существует определенная группа пациентов, страдающих шизофренией, которая уже никогда не возвращается в общество с законопослушным поведением. Доля таких лиц из числа совершивших общественно опасное деяние в настоящее время, по меньшей мере, составляет около 15%.
- 3) Среди факторов, влияющих на длительность госпитализации, актуальная клиническая картина заболевания далеко не всегда играет ведущую роль.
- 4) Решающим в вопросе выписки пациента должна оставаться оценка врачом психического состояния пациента, в то же время очевидна целесообразность применения стандартизированных методик оценки риска совершения общественно опасного деяния.



5) Решение проблемы продолжительности нахождения пациента в психиатрическом стационаре во многом зависит от развития амбулаторного звена психиатрической службы, которое бы обеспечивало терапевтическую поддержку в условиях поэтапного снижения контроля за поведением пациента, а также помогало бы пациенту в восстановлении социальных, трудовых и дружеских связей.

## Литература

1. Руководство по судебной психиатрии / Т. Б. Дмитриева [и др.]; под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. М.: Медицина, 2004. 592 с.
2. Australian hospital statistics 2003–2004. Australian Institute of Health and Welfare, 27 May, 2005. 363 p.
3. Bauer, A. Monitoring long-term court order psychiatric hospitalization: a pilot project in Israel / A. Bauer, P. Rosca, A. Grinshpoon // *Med. Law*. 2006. Vol. 25. P. 83–99.
4. Buchanan, A. Criminal conviction after discharge from special (high security) hospital. Incidence in the first 10 years / A. Buchanan // *Br. J. Psychiatry*. 1998. Vol. 172. P. 472–476.
5. Butwell, M. Trends in special (high security) hospital / M. Butwell, E. Jamieson // *Br J Psychiatry*. 2000. Vol. 176. P. 260–265.
6. Levingston, J. D. A follow-Up Study of persons found not criminal responsible on account of mental disorder in British Columbia / J. D. Levingston [et al.] // *Can. J. Psychiatry*. 2003. Vol. 48. P. 408–415.
7. Lindqist, P. Evidens-based rehabilitation in forensic psychiatry / P. Lindqist, J Sckipworth // *Br. J. Psychiatry*. 2000. Vol. 176. P. 320–323.
8. O’Neil, C. Long-stay forensic psychiatric inpatients in the Republic of Ireland / C. O’Neil [et al.] // *Ir. J. Psych. Med*. 2003. Vol. 20, №4. P. 119–125.
9. Surgarmann, P. Home Office Statistical Bulletin 22/01: statistics of mentally disordered offenders 2000 / P. Surgamann // *J. Forensic Psychiatry*. 2003. Vol. 13, № 2. P. 385–390.
10. Taylor, P. J. Mental disorder and violence. A special (high security) hospital study / P. J. Taylor [et al.] // *Br. J. Psychiatry*. 2002. Vol. 172. P. 218–226.
11. The classification of violence risk / J. Monahan [et al.] // *Behav. Sc. Law*. 2006. Vol. 24, № 6. P. 721–730.
12. Thomson, L. D. J. Management of schizophrenia in condition of high security / L. D. J. Thomson // *Adv. In Psychiatry Treatment*. 2006. Vol. 6. P. 252–260.