

В статье обсуждаются аспекты взаимосвязи шизофрении и общественно опасных деяний. Анализируются широкий спектр научных данных, дискутируются различные точки зрения на проблему агрессивного поведения у больных шизофренией. Высказаны предложения по совершенствованию процедуры оценки риска насильственных действий у лиц с шизофренией.

Ключевые слова: шизофрения, общественно опасное деяние, оценка риска насилия.

E.I. Skugarevskaya, A.D. Balashov, V.V. Dukorsky
SCHIZOPHRENIA AND DANGEROUS ACTS

The paper discusses aspects of the relationship of schizophrenia and socially dangerous acts. Analyzed a wide range of scientific data are discussed different perspectives on the problem of aggressive behavior in patients with schizophrenia. Suggestions to improve the risk assessment procedure of violence in people with schizophrenia.

Key words: schizophrenia, socially dangerous act, risk assessment violence.

Шизофрения является клинически неоднородным психическим расстройством, эта особенность позволяет широко варьировать переменными, в том числе и теми, которые связаны с насилием. Агрессивное поведение само по себе также является неоднородным по происхождению, что делает его сложным как для изучения, так и для противодействия.

Цель исследования: провести аналитический обзор научных исследований, касающихся взаимосвязи шизофрении и общественно опасных деяний (ООД).

Задачи исследования: 1) проанализировать основные выводы изучения взаимосвязи шизофрении и ООД; 2) выделить переменные, наиболее сильно связанные с проявлением агрессии; 3) обозначить эффективные методы оценки риска совершения ООД у больных шизофренией.

На долю лиц с шизофренией приходится от 40 % до 65 % всех ООД, совершенных невменяемыми лицами [6]. При сопоставлении общественной опасности лиц, страдающих шизофренией, со здоровыми правонарушителями отмечено, что относительная частота совершения неагрессивных ООД у лиц с шизофренией заметно ниже, чем в остальной части населения [9]. Авторы исследования MacArthur даже полагали, что шизофрения без сопутствующего злоупотребления психоактивными веществами является защитным фактором против агрессивного поведения [1]. Другие авторы, проводившие катamnестическое исследование с использованием крупной выборки, подтверждают все же высокие показатели совершения насильственных преступлений среди лиц, страдающих шизофренией [11]. По данным Egomem M. (1998), среди лиц мужского пола, совершивших ООД, доля боль-

ных шизофренией была в 6,5 раз выше, чем в населении, а среди женщин – в 15 раз [5]. Taylor P. и Gunn J. (1984 - 1999) в своих исследованиях, пришли к заключению, что 11 % убийц и 9 % признанных виновными в применении насилия без смертельного исхода, страдали шизофренией [4]. В исследованиях последних лет отмечено, что проявления крайней агрессии у лиц с шизофренией носят не медицинский, а социальный характер [3]. В частности, отмечается парадокс: проявление крайней агрессивности у лиц с шизофренией, особенно совершение убийств, наблюдается гораздо реже в обществе, чем большинство людей представляют себе [10]. Поэтому даже десятикратное повышение уровня убийств среди лиц с шизофренией не обязательно будет заметно отдельному врачу [4]. Тем не менее, законодателю необходимо осуществить специфические и адекватные меры профилактики правонарушений лиц с тяжелыми психическими расстройствами, в том числе и с шизофренией, что и определяет постановку проблемы [2]. В настоящее время за рубежом все большую поддержку получает модель двух типов насилия при шизофрении [9]. Индивиды, демонстрирующие первый тип насилия – обычно имеют систематизированный бред, связанный с насилием; у них нет четких анамнестических данных о расстройствах поведения или о правонарушениях в прошлом; они обычно совершают первое насильственное преступление после поступления на лечение; почти всегда нападают на человека, который оказывает им помощь или осуществляет за ними уход, либо на знакомого, и - они «похожи» на «больных» [12]. У индивидов со вторым типом насилия - обычно наблюдаются неструктурированные клинические синдромы; в анамнезе отмечаются расстройства поведения, раннее

начало злоупотребления психоактивными веществами, и, как правило, насильственные и ненасильственные правонарушения в прошлом; они прибегают к насилию в семье и за пределами дома, чем «похожи» на «уголовных преступников» [5]. Большинство случаев проявления насилия среди индивидов с шизофренией, по мнению цитируемых выше авторов, можно отнести ко второму типу [10]. Известен факт, что при совершении даже агрессивных, но не тяжких ООД лицами с шизофренией, уголовные дела возбуждаются не всегда, часто пациенты просто госпитализируются в психиатрические стационары, либо продолжают наблюдаться амбулаторно. Так, в США было проведено исследование, в результате которого было установлено, что «в группе амбулаторных больных шизофренией, отличавшихся враждебностью, 25% были склонны к агрессивным действиям, 34,6 % - к угрозам, и, наконец, 40,4 % были раздражительными и спорщиками» [11]. Актуальна проблема и внутрибольничной агрессии лиц, страдающих шизофренией, чему посвящена серия исследований в разных странах мира (В.С. Воронин, Е.Р. Евсегнеева, П.В. Кирдин, С.Н. Осолкова, О.А. Пономарев, Steadman H.J., MacArthur Study Group) [1]. В результате исследования MacArthur Study Group данного вопроса было отмечено, что, несмотря на важность проблемы насилия в условиях психиатрического стационара, меры профилактики данного явления остаются не разработанными до конца [4]. В частности, отмечено, что отсутствует централизованный банк данных для сбора подобной информации, остается спорным вопрос, кто должен выносить решения по предупреждению агрессивного поведения психически больных, в том числе и страдающих шизофренией, а также в каких учреждениях должен находиться указанный контингент лиц [5]. Существенно, что подобное исследование проводилось и белорусскими учеными в Минске на базе Республиканской клинической психиатрической больницы, в результате чего были предложены и внедрены в практику способы профилактики некриминальной агрессии у лиц, страдающих шизофренией, в условиях психиатрического стационара [2].

Общественная опасность лиц с шизофренией, даже при наличии «опасных» психопатологических синдромов, не является «фатальной», а сложно опосредована личностными и ситуационными факторами [6]. Это подтверждается фактом обратной зависимости между уровнем поражения психики и частотой повторных и многократных противоправных деяний: «при таких тяжелых состояниях, как парафреническое или исход шизофрении с формированием глубоких изменений личности, повторные ООД встречаются несравненно реже, чем при более легких постпсихотических расстройствах личностного регистра, хотя регуляция поведения при галлюцинаторных, бредовых и других психотических синдромах значительно сложнее» [3].

В отличие от законодательства англо-саксонской системы права (преимущественно Англия, Канада, США) на территории СССР в прошлом и Республики Беларусь в настоящее время одной из категорий, обуславливающей невменяемость, является наличие у лица, совершившего ООД, «хронического психического заболевания» [1]. К одному из таких заболеваний относится, согласно принятым на протяжении последних почти 50 лет нормам, и шизофрения [4]. Этот факт и обусловил развитие взглядов на общественно опасные деяния лиц, страдающих шизофре-

нией, в научных исследованиях по судебной психиатрии в советский период времени. В частности, В.М. Шумаков с коллегами отмечал как наиболее криминогенную - параноидную и вялотекущие формы шизофрении [9]. М.С. Литвинцева с соавторами приводила данные об особой криминогенности непрерывно текущей шизофрении [5]. О.В. Кербиков указывал на малую криминогенность начальной стадии шизофрении [12], а М.И. Рыбальский - на равную вероятность совершения ООД на всех этапах болезненного процесса [1]. Г.В. Морозов отмечал особую криминогенность продуктивно-психотической симптоматики при шизофрении [2], а М.Ф. Тальце и Л.А. Подрезова обращали внимание на криминогенность «стойких стержневых» бредовых идей конкретного содержания, направленных на определенных лиц [10]. Д.Р. Лунц выделил криминогенный тип невменяемых больных шизофренией «с неврозоподобной симптоматикой» [6]. В работе В.М. Шумакова, Е.Д. Соколовой, Я.Е. Свириновского указывается на психопатоподобный синдром при шизофрении, как наиболее криминогенный, а на неврозоподобный, как наименее криминогенный [4].

При изучении проблемы повторных общественно опасных деяний невменяемых лиц, страдающих шизофренией, советские авторы исходили из позиции о существенных различиях в природе возникновения и методах профилактики однократных и повторных ООД [5]. В работе И.Н. Бобровой и А.Р. Мохонько приводятся эпидемиологические сведения о работе судебно-психиатрических экспертных комиссий, из чего следует, что половина (45-60%) невменяемых лиц, страдающих шизофренией, совершают повторные ООД [2]. Ю.А. Ильинский отметил динамику увеличения числа повторных ООД и объяснил это явление «патоморфозом» шизофрении с увеличением числа ее «психопатоподобных» форм [9]. Т.П. Печерникова и соавторы указывают на значительное преобладание у лиц, страдающих шизофренией, непсихотического характера совершения ООД [6]. Ими же отмечено, что больные шизофренией в своем преимуществе совершают имущественные ООД (до 60 %) и около 70 % больных совершили повторное ООД не позднее, чем через 2 года после отмены принудительного лечения [3].

К концу 1970-х годов, с развитием медицинской эпидемиологии в СССР, было окончательно установлено, что признаваемые невменяемыми пациенты с шизофренией, к моменту совершения ООД более чем в 80 % случаев не обнаруживали продуктивно-психотических расстройств [9]. Для обоснования невменяемости таких лиц вводится понятие «психопатологический механизм совершения ООД», который включает «продуктивно-психотические» и «негативно-личностные» составляющие (М.М. Мальцева, В.П. Котов) [12]. Было отмечено, что в 84 % случаев невменяемыми лицами, страдающими шизофренией, ООД совершаются по «негативно-личностным» механизмам, причем лидирующее место занимали такие разновидности этих механизмов как «эмоциональная бесконтрольность», «дефицит высших эмоций», «извращенность и расторможенность влечений» [3]. Одновременно в качестве медиаторов опасного поведения начинают выделяться, помимо клинических факторов, социально-экономические и анамнестические предикторы совершения ООД [4]. В их число вошли: низкий образовательный уровень, неудовлетворительное семейно-бытовое положение и социальная не-

Оригинальные научные публикации

устроенность, отсутствие группы инвалидности по психическому заболеванию, злоупотребление психоактивными веществами, наличие антисоциального опыта в прошлом [1]. Начинает активно развиваться концепция «Синдром-личность-ситуация» (Ф.В. Кондратьев), в которой подчеркивается, что генез ООД не является сугубо клиническим явлением, а всегда обусловлен также ситуацией правонарушения и личностью правонарушителя [38].

К настоящему времени установлено, что лица, страдающие шизофренией, могут совершать ООД как в дебюте заболевания, так и на его отдаленных этапах; как при обострении заболевания, так и в состоянии ремиссии [2]. При этом основную роль в реализации опасного поведения играет не сам диагноз психического расстройства, а актуальное психопатологическое состояние [2]. По мнению Т.Б. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича (2002): «если построить шкалу потенциальной опасности психопатологических синдромов, то на полюсе наиболее опасных состояний окажутся синдромы помрачения сознания, характеризующиеся полной дезорганизацией целенаправленного поведения при сохранности моторных функций, а на противоположном - астенический симптомокомплекс... промежуточное место займут галлюцинаторно-бредовые, бредовые, аффективные и личностные расстройства» [11]. Согласно мнению некоторых зарубежных авторов, проявления агрессии у лиц с шизофренией наиболее часты и особенно выражены на фоне так называемых симптомов «отвержения, запугивания и контролирования» (treat/control override) [4]. К этой группе симптомов отнесены бред преследования и отравления, бред и псевдогаллюцинаторные ощущения управления телом и движениями, овладение или управление мыслями [9]. На значительную криминогенность галлюцинаций императивного характера с эротическим содержанием при шизофрении указывают в своих исследованиях d'Orbán P.T. и Dalton J. [10]. По данным М.М. Мальцевой и В.П. Котова, опасность больных шизофренией усиливается при усложнении синдромов, появлении тревоги, растерянности, страха, при сочетании идей преследования и отравления с аффективными нарушениями, императивными галлюцинациями, при формировании стойких бредовых идей, направленных на определенных лиц [3]. При изучении противоправного поведения лиц, страдающих шизофренией, с использованием стандартных психометрических методик за рубежом было установлено, что пациенты с проявлением жестокости обнаруживают более высокие показатели по шкалам общего клинического индекса (CGI), позитивных и негативных симптомов шизофрении (PANSS) [9]. При использовании шкалы необычных восприятий (UPS) и шкалы Модсли для оценки бреда (MADS) было установлено, что у агрессивных пациентов чаще имел место бред преследования, который вызывал ощущение гнева, а у неагрессивных - бред величия с реакцией на него в виде приподнятого настроения [1]. Однако не все исследования подтверждают ведущую роль в совершении ООД таких специфических симптомов, как бредовые идеи и галлюци-

нации. В частности, в исследованиях Taylor P.J. (1985) было установлено, что 80% лиц, страдающих шизофренией, выстраивают свои взаимоотношения с учетом влияния бредовых переживаний, а 43 % - серьезно относятся к содержанию императивных «голосов» [4]. Существует позиция, что психотические расстройства, в частности, персекуторный бред и галлюцинации, становятся «повышенно опасными» лишь в том случае, если личность в ответ на них продуцирует неспецифическое возбуждение, которое и является непосредственной причиной проявления насилия [3]. В уже приведенном выше исследовании Cheung P.C. et al. наличие у лиц с шизофренией «командных голосов» также не коррелировало с совершением насильственных действий [9]. Что касается «негативной симптоматики» при шизофрении, то, по мнению одних авторов - она посредством определенных механизмов способствует совершению ООД [4], а, по мнению других, в частности Swanson J. et al. (2000), - она часто «защищает» от совершения ООД [1].

Самой главной целью изучения взаимосвязи шизофрении и ООД является профилактика насильственных действий. В последние годы исследователи разработали несколько инструментов, которые продемонстрировали определенную точность в «предсказании» агрессивного поведения или, точнее, позволили ранжировать лиц по вероятности проявления ими агрессии в будущем. В таблице 1 представлены лишь самые распространенные из них.

Эти методики основаны на установлении факторов риска, выделенных в эмпирических исследованиях (многие из которых обсуждались выше) и обладающих статистической значимостью. Совершенно очевидно, что перечисленные методики не могут изолированно использоваться. Они должны сочетаться с клиническим подходом и друг другом дополняться, формируя структурированный подход оценки риска. Такой подход позволит сформировать специалистам объективное, систематизированное и основательное суждение. Этот подход также обладает качеством «прозрачности», так как используются достаточно объек-

Таблица 1. Самые востребованные методики оценки риска

Год	Авторы	ARAI/SCG	Методика	Страна
1982	Nuffield	ARAI	General Statistical Information on Recidivism (GSIR)	Canada
1985	Robert D. Hare	ARAI	Hare Psychopathy Checklist Revised (PCL-R)	Canada
1993	Verne Quinsey, Grant Harris, Marnie Rice, Catherine Cormier.	ARAI	Violent Risk Appraisal Guide (VRAG)	Canada
1995	Don Andrews, James Bonta.	ARAI	Level of Service Inventory - Revised (LSI-R)	Canada
1995	Hart, Cox & Hare	ARAI	Psychopathy Checklist Screening Version (PCL-SV)	Canada
1997	Cristopher D. Weber, Kevin S. Douglas, Derek Eaves, Stephen D. Hart.	SCG	Historical Clinical Risk-20, version 2 (HCR-20)	Canada
1998	Copas & Marshal	ARAI	Offender Group Reconviction Scale (OGRS)	England
2000	Loza & Loza-Fanous	SCG	Self-Assessment Questionnaire (SAQ)	Canada
2006	Wong & Gordon	ARAI	Violence Risk Scale (VRS)	Canada
2007	Thornton	ARAI	Risk Matrix 2000 Violence (RM2000V)	England
2007	Howard	SCG	OASys Violence Predictor (OVP)	England



тивные данные и явно установленные методы сравнения этих данных. Это делает также результаты открытыми инспектированию, а когда необходимо, и критическому отзыву. С другой стороны, будут присутствовать и положительные стороны «клинического суждения», такие как тонкие нюансы личности и ситуации, которые недоступны для стандартизированных оценочных методик.

Разветвленная комплексная система с привлечением технологий психиатрии, юриспруденции, психологии и социологии для решения еще одного из условий успешной профилактики ООД. В основе комплексного подхода - полипрофессиональная комиссия специалистов. Такой подход очень успешно зарекомендовал себя в странах англосаксонского права (США, Англия, Канада). Необходимость комиссионной работы продиктована комплексным характером решаемого вопроса. Участники комиссии получают полную и разностороннюю информацию о пациенте и окружающей его обстановке. Медицинские, социальные, психологические и юридические совместные усилия различного рода профессионалов приносят свой вклад в разработку и осуществление оценки и прогноза. Комплексный характер сведений является основой, так как медико-социальный паспорт, план интервенции и программы реабилитации представляются как единое целое.

Таким образом, шизофрения является клинически неоднородным психическим расстройством, эта особенность позволяет широко варьировать переменным связанным с насилием. Агрессивное поведение само по себе также является неоднородным по происхождению феноменом, что делает его сложным как для изучения, так и для противодействия. Вместе с тем в последние годы исследователи разработали несколько инструментов, которые продемонстрировали определенную точность в «предсказании» агрессивного поведения. Комплексный подход в основе которого полипрофессиональная комиссия специалистов - еще одно из условий успешной профилактики совершения ООД у больных шизофренией.

Литература

1. Балашов, А.Д. Общественно опасное поведение невменяемых лиц, страдающих шизофренией и их динамическое диспансерное наблюдение / А.Д. Балашов, Е.И. Скугаревская // Мед. журн. -

2007. - № 3. - С. 29-33.

2. Балашов, А.Д. Повторные общественно опасные действия невменяемых, страдающих шизофренией / А.Д. Балашов // Мед. панорама. - 2005. - № 11. - С. 19-21.

3. Балашов, А. Д. Принудительное амбулаторное наблюдение и лечение у врача-психиатра невменяемых лиц, страдающих шизофренией / А.Д. Балашов // Мед. журн. - 2007. - № 4. - С. 28-32.

4. Балашов, А.Д. Принудительные меры безопасности и лечения в отношении лиц с психическими расстройствами в отечественных законодательных актах (историческая справка) / А.Д. Балашов // Мед. журн. - 2008. - № 3. - С. 123-127.

5. Балашов, А.Д. Факторы риска повторного опасного поведения лиц, страдающих шизофренией, связанные с психическим состоянием / А.Д. Балашов // Мед. журн. - 2008. - № 1. - С. 21-24.

6. Балашов, А.Д. Феномен «множественной» общественной опасности у лиц, страдающих шизофренией / А.Д. Балашов // Мед. журн. - 2008. - № 1. - С. 24-28.

7. Дукорский, В.В. Специфика реализации принудительных мер безопасности и лечения в странах англо-саксонского права / В.В. Дукорский // Мед. журн. - 2012. №1. - С. 29-33.

8. Дукорский, В.В. Оптимизация сроков принудительного лечения через оценку риска совершения повторных общественно опасных деяний / В.В. Дукорский // Мед. журн. - 2011. №4. - С. 58-62.

9. К вопросу об общественной опасности невменяемых лиц, страдающих шизофренией / Н.И. Кулинчик, Л.Н. Нестер, В.Н. Савченко, Т.И. Чегерова, А.Д. Балашов // Рос. психиатр. журн. - 2008. - № 5. - С. 22-27

10. Кухаренко, Н.В. Ауто- и гетероагрессия у лиц, страдающих шизофренией, в судебно-психиатрической практике / Н.В. Кухаренко, Д.В. Семенов, А.Д. Балашов // Вестн. Белорус. психиатр. ассоц. - 2006. - № 12. - С. 20-26.

11. Новиков, В.В. Возрастные аспекты криминальной активности невменяемых психически больных / В.В. Новиков, В.Н. Савченко, А.Д. Балашов // Вестн. Белорус. психиатр. ассоц. - 2005. - № 10. - С. 13-19.

12. Скугаревская, Е.И. Длительные госпитализации пациентов, страдающих шизофренией, в связи с совершенным общественно опасным деянием / Е.И. Скугаревская, А.Д. Балашов // Мед. журн. - 2010. - №3. - С. 28-31.

13. *Restraint and Seclusion in Psychiatric Treatment Settings: Regulation, Case Law, and Risk Management* / P. R. Recupero [et al.] // J. Am. Acad. Psychiatry Law. - 2011. - Vol. 39, № 4. - P. 465-476.

14. *Risk Assessment Instruments in Clinical Practice* / G. Côté [et al.] // Can. J. Psychiatry. - 2012. - Vol. 57, № 4. - P. 238-244.

15. *Textbook of Forensic Psychiatry* / R.I. Simon [et al.]. - Washington: American Psychiatric Publishing, 2010. - 726 p.

Поступила 01.11.2012 г.