

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.8-082.4/.6:340.63-039.76

А. М. Кушнір

КРИМІНАЛЬНИЙ ТА НАРКОЛОГІЧНИЙ АНАМНЕЗ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З РІЗНИМИ МЕХАНІЗМАМИ РЕАЛІЗАЦІЇ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЯНЬ

Державний заклад "Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України", м. Дніпропетровськ

Ключові слова: шизофренія, анамнез, суспільно небезпечні діяння проти життя особи, механізм реалізації особливо небезпечних діянь

Актуальність. Проблема пошуку оптимальних і ефективних стратегій реабілітації психічно хворих є конче актуальною. Особливо це стосується хворих на шизофренію, які становлять соціальну небезпеку, зокрема внаслідок збільшення частоти здійснюваних ними тяжких і особливо тяжких суспільно небезпечних діянь (СНД).

Концепція функціонального багатоосового діагнозу (ФД) передбачає необхідність ширшого підходу, ніж загальноприйняте уявлення про реабілітацію таких пацієнтів, як завершального процесу терапії, що спрямований на зниження їхньої соціальної небезпеки. Вирішення цієї проблеми повинно відбуватися на психосоціальному підґрунті зі створенням всебічного, багатоетапного динамічного лікувально-реабілітаційного процесу, орієнтованого на формування рівноваги між психічним станом, особистісним і соціальним статусом таких хворих [1–6].

Проте існують певні труднощі в оптимальній лонгитудинальній оцінці стану пацієнтів з позиції мультиаксильної діагностики, а також формуванні на цій основі загального плану їх психосоціальної реабілітації (ПР). Вони обумовлені розпорошенням розглядом різних складових ФД, "розмиттям" його меж з перетворенням у систему реєстрації безлічі позанозологічних ознак, що призводить до зниження ефективності ПР і, відповідно, підвищення ризику здійснення хворими повторних СНД.

Надзвичайно важливими для організації лікувально-реабілітаційного процесу і прогнозування його результатів у цієї категорії осіб є, у тому числі, точна ідентифікація психопатологічного механізму реалізації (МР) СНД, що, у свою чергу, залежить від особливостей складових макро- і мікросередовища конкретного хворого (феноменологічні, функціональні, психосоціальні тощо), які передували або супроводжували вчинення СНД. Ці дані можуть бути використані в якості мішеней психосоціальної реабілітації.

Мета дослідження. Визначити анамнестичні кримінальні та наркологічні маркери-мішені лікувально-реабілітаційного впливу, що є специфічними для хворих на шизофренію з різними механізмами реалізації суспільно небезпечних діянь.

Дизайн, матеріал та методи дослідження. На базі психіатричної лікарні з суворим наглядом проведено популяційне дослідження хворих на шизофренію, які вчинили СНД проти життя особи (ПЖО).

Критерії включення: інформована згода на участь у дослідженні; діагноз F20.xx за МКХ-10; вчинення хворим СНД, передбаченого ч. 2 ст. 121, ч.ч. 1, 2 ст. 115 розділу II "Злочини проти життя та здоров'я людини" Кримінального кодексу України (ККУ); перебування на лікуванні у психіатричній лікарні з суворим наглядом на момент проведення дослідження; вік старше 14 років на момент вчинення СНД (ст. 22 ККУ). Критерій виключення – жіноча стать (введений для досягнення максимальної однорідності груп).

Усього обстежено 511 хворих на шизофренію, що скоїли СНД ПЖО у віці від 16 до 76 років (середній вік $39,72 \pm 0,50$ років). Серед них переважну кількість склали пацієнти з параноїдною шизофренією (F20.0) (95,30%). У більшості випадків зареєстрований безперервний перебіг захворювання. У 33,46% обстежених спостерігали розвиток дефектних станів (головним чином – психопатоподібний і параноїдний дефект особистості).

За ознакою психопатологічних МР СНД сформовані 2 групи порівняння. До I групи увійшов 251 хворий з продуктивно-психотичним (П-П) МР СНД, в II – 127 пацієнтів з негативно-особистісним (Н-О) МР СНД. При цьому 21 хворий виключений з дослідження у зв'язку з невідповідністю критеріям включення, а у інших 112 пацієнтів був встановлений змішаний МР СНД, тому на даному етапі дослідження вони виведені за його межі.

У процесі виконання цієї роботи, крім загальноприйнятого клініко-психопатологічного методу, що

використовували для ідентифікації МР СНД, проводили ретельний збір анамнестичних даних про обставини, які передували вчиненню СНД та виділені нами як компоненти ФД у межах модулів [7] наркологічний анамнез (модуль Г) та анамнез суспільно-небезпечних дій (модуль Д).

Обробку отриманих даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний аналіз) на персональному комп'ютері за допомогою програм SPSS 15.0 и MS Excel v.8.0.3. [8].

Для всіх ознак, частота яких у групах порівняння була вірогідно відмінною, розраховували діагностичні коефіцієнти (ДК) та міри інформативності Кульбака (МІ) [9].

Результати та їх обговорення. Слід відмітити, що психіатрична лікарня, на базі якої проводили дослідження, єдина в Україні, де в умовах суворого нагляду проходять лікування в примусовому порядку хворі, що скоїли СНД з посяганням на життя інших людей, а також хворі, які за своїм психічним станом і характером вчиненого СНД являють особливу небезпеку для суспільства (ст. 94 ККУ).

У цьому зв'язку, з точки зору математичної статистики, обстежений нами контингент є не тільки репрезентативною, але вичерпно повною вибіркою хворих на шизофренію, які вчинили тяжкі і особливо тяжкі СНД, за суттю тотожною їх генеральній сукупності в Україні. Вже тому одержані частотні співвідношення та середні величини показників, що вивчались, є безумовно надійними.

Універсальним криміногенним чинником, що викликає пильну увагу судово-психіатричних фахівців, є вживання психоактивних речовин (ПАР). Це обумовлено, по-перше, трансформацією клінічної картини психічних розладів внаслідок систематичної інтоксикації ПАР з розвитком, у подальшому, соціальної дезадаптації, деградації особистості, а по-друге – афективною розгальмованістю пацієнтів під дією ПАР, що сприяє загостренню психотичної симптоматики та полегшує реалізацію СНД.

Враховуючи вказане, нами проведено ретельне дослідження наркологічного анамнезу хворих на шизофренію, які вчинили СНД ПЖО (табл. 1). Загальне число пацієнтів обох груп, які вживали ПАР, становило 264 (69,84%) особи. Третина обстежених ніколи не вживала ПАР (31,47% хворих з П-П МР СНД та 26,77% пацієнтів з Н-О МР СНД, $p > 0,05$). Найбільш розповсюдженим серед обстежених було вживання: алкоголю у будь-якій кількості та до стану сп'яніння (152 та 99 осіб з П-П МР СНД; 82 та 61 хворий з Н-О МР СНД, відповідно), тютюну (164 пацієнта I групи та 89 – II групи), більш ніж однієї ПАР (включно алкоголь) (50 хворих першої групи та 28 – другої) та марихуани (49 обстежених з П-П МР СНД та 20 – з Н-О МР СНД).

Аналіз ознак, за якими встановлені достовірні відмінності за групами порівняння показав, що у хворих, які вчинили СНД за Н-О психопатологічним механізмом, основне захворювання більшою мірою було обтяжене наркологічними проблемами. Так, якщо оцінювати

найбільш вірогідні з них, пацієнти з Н-О МР СНД в 4,74 рази частіше лікувалися від алкогольної залежності та в 5,93 – залежності від декількох ПАР, а на час обстеження 3,94% з них мали “дуже сильну” необхідність у терапії залежності від ПАР за висновком лікаря (в 9,88 разів більша кількість хворих з Н-О ніж з П-П МР СНД). Крім того, вони в 1,22 рази частіше споживали алкоголь до стану сп'яніння, та в 2,14 разів – героїн або інші опіоїди. У цих обстежених в 2,64 рази частіше зареєстровано алкогольні психотичні стани у минулому (табл. 1).

Отримані відомості підтверджують наукові дані про посилення стеничного полюсу, збудливості, нестриманості під дією ПАР у осіб з виразним або експлозивним психопатоподібним дефектом (які достовірно переважали у II групі, що буде детально описано у наступних публікаціях). Вірогідно, вживання алкоголю, інших ПАР сприяло виникненню у цих хворих афекту роздратованості, люті на тлі аморальних егоїстичних настанов, що підкріплюються емоційним та частково інтелектуальним дефектом. У свою чергу, алкогольні психотичні розлади в стані відміни протікають у таких пацієнтів за типом алкогольного параноїду, а марення ревності при них мають найбільшу криміногенність.

Ми вважаємо, що важливим аспектом профілактики СНД, зокрема повторних, у осіб з Н-О механізмом його реалізації повинні бути заходи, які спрямовані на повну відмову від ПАР. Так, результати дослідження вказують на те, що в умовах психіатричної лікарні з суворим наглядом тривалість відмови від алкоголю та седативних і снодійних речовин у них достовірно довша (табл. 1).

Поглиблений, подіапазонний аналіз кількісних показників наркологічного анамнезу підтвердив отримані дані та виявив додаткові відмінності між групами порівняння (табл. 2). Слід зазначити, що обирання межі між діапазонами кількісних ознак здійснювалось таким чином, щоб достовірність відмінності між групами порівняння, за показником який аналізується, була максимальною. На нашу думку, при обстеженні таких хворих та розробці заходів психосоціальної реабілітації треба враховувати саме ті часові та частотні інтервали, що наведені у таблицях 2 та 4.

Встановлено, що хворим II групи притаманна більша тривалість вживання алкоголю як у будь-якій кількості, так і до стану сп'яніння (> 8 років), тютюну (> 24 років), але менша частота передозування алкоголем (менш ніж 6 разів). Ми вважаємо, що це обумовлено особливостями психопатологічної симптоматики хворих. Так, наприклад, остання ознака може бути пов'язаною з втратою кількісного контролю за вживанням алкоголю на тлі психотичної симптоматики в обстежених осіб з П-П МР СНД. У свою чергу, довгострокове вживання алкоголю пацієнтами з Н-О МР СНД може призводити у них до росту толерантності до спиртних напоїв, посилення дефекту особистості та підвищення їх суспільної безпеки.

Наявність кримінального досвіду та навичок відіграє певну роль в реалізації небезпечних намірів психічно хворих. У процесі аналізу якісних характеристик, що

Таблиця 1

Якісні відмінності хворих на шизофренію з різними механізмами реалізації СНД за модулем “Наркологічний анамнез” (Г) функціонального діагнозу¹⁾

Ознака		Частота ознаки, %		Віднош. частот	ДК	МІ	p ^{2,3)}
		I група n=251	II група n=127				
Вживання ПАР	ні	31,47	26,77	0,85	-0,70	0,02	0,0615
	так	68,13	73,23	1,07	0,31	0,01	0,0569
Тривале вживання ПАР	алкоголь у будь-якій кількості	60,56	64,57	1,07	0,28	0,01	0,0674
	алкоголь до стану сп'яніння	39,44	48,03	1,22	0,86	0,04	0,0247
	тютюн	65,34	70,08	1,07	0,30	0,01	0,0607
	героїн / інші опіоїди	4,78	10,24	2,14	3,31	0,09	0,0243
	седативні / снодійні	1,20	3,94	3,29	5,18	0,07	0,0690
	марихуана	19,52	15,75	0,81	-0,93	0,02	0,0767
	більш ніж одна ПАР (включно алкоголь)	19,92	22,05	1,11	0,44	0,00	0,0942
Наявність фактів передозування ПАР	алкоголь	13,94	18,90	1,36	1,32	0,03	0,0538
Психоз внаслідок відміни ПАР	алкоголь	2,39	6,30	2,64	4,21	0,08	0,0401
Лікування залежності від ПАР у минулому	алкоголь	1,99	9,45	4,74	6,76	0,25	0,0013
	більш ніж одна ПАР (включно алкоголь)	0,40	2,36	5,93	7,73	0,08	0,0373
Період часу від останнього прийому ПАР	алкоголь у будь-якій кількості д)	19,12	13,39	0,70	-1,55	0,04	0,0444
	алкоголь у будь-якій кількості м)	37,85	50,39	1,33	1,24	0,08	0,0059
	алкоголь до стану сп'яніння м)	25,10	32,28	1,29	1,09	0,04	0,0326
	седативні / снодійні / транквілізатори д)	0,40	2,36	5,93	7,73	0,08	0,0373
	седативні / снодійні / транквілізатори м)	14,74	11,81	0,80	-0,96	0,01	0,0951
Ступінь необхідності лікування хворого у зв'язку з залежністю від ПАР	ні взагалі (абсолютно ні)	40,24	36,22	0,90	-0,46	0,01	0,0672
	помірно	19,92	22,83	1,15	0,59	0,01	0,0847
	дуже сильно	0,40	3,94	9,88	9,95	0,18	0,0164

Примітки. 1) – тут і далі у таблицях наведені лише ті ознаки, за якими встановлені достовірні відмінності при порівнянні груп; 2) – тут і далі достовірність розбіжностей розрахована точним методом Фішера (ТМФ); 3) – напівжирним шрифтом виділені достовірні відмінності між групами порівняння ($p < 0,05$); 4. Під час розрахунків позитивний або негативний знак ДК залежить лише від співвідношення кількості хворих, які мають ці ознаки в групах порівняння та від того, як зіставляються групи, тому ДК маркерів П-П МР СНД мають негативний знак, а Н-О МР СНД – позитивний; 5. д) – днів, м) – місяців.

Таблиця 2

Результати подіпазонного аналізу достовірних кількісних показників за модулем “Наркологічний анамнез” (Г) функціонального діагнозу в групах порівняння

Ознака	Діпазон ознаки	Частота ознаки, %		Відношення частот	ДК	МІ	p
		I група n=171	II група n=93				
Тривалість вживання алкоголю у будь-якій кількості протягом життя, років	≤6	22,37	15,85	0,71	-1,50	0,05	0,0692
	>6	77,63	84,15	1,08	0,35	0,01	0,0692
Тривалість вживання алкоголю до стану сп'яніння протягом життя, років	≤8	61,00	42,62	0,70	-1,56	0,14	0,0101
	>8	39,00	57,38	1,47	1,68	0,15	0,0101

Ознака	Діапазон ознаки	Частота ознаки, %		Відношення частот	ДК	МІ	р
		I група n=171	II група n=93				
Тривалість вживання тютюну протягом життя, років	≤24	76,83	69,66	0,91	-0,43	0,02	0,0549
	>24	23,17	30,34	1,31	1,17	0,04	0,0549
Частота передозування (опоїв) алкоголю у будь-якій кількості протягом життя, разів	≤6	20,00	41,67	2,08	3,19	0,35	0,0475
	>6	80,00	58,33	0,73	-1,37	0,15	0,0475

стосуються даних анамнезу СНД також виявлені численні розбіжності між групами порівняння (табл. 3).

До кримінальної відповідальності у минулому частіше притягувалися хворі на шизофренію з Н-О МР СНД (практично половина з них, 48,03%), у той час як 72,91% осіб з П-П психопатологічним механізмом не мала такого досвіду раніше. Найбільш частим злочином

у житті у дослідженій когорти було вбивство (267 хворих, 70,63%). Третина хворих була заарештована і звинувачена за дрібні крадіжки та хуліганство у минулому (129 осіб, 34,12%). Кількість обстежених, які вчинили вбивство, практично співпадає з числом пацієнтів, які вживали ПАР, але встановлення зв'язку між цими показниками потребує подальших досліджень.

Таблиця 3

Якісні відмінності хворих на шизофренію з різними механізмами СНД за модулем "Анамнез суспільно небезпечних діянь" (Д) функціонального діагнозу

Ознака		Частота ознаки, %		Віднош. частот	ДК	МІ	р
		I група n=251	II група n=127				
Анамнез кримінальної відповідальності							
Досвід кримінальної відповідальності	ні	72,91	51,97	0,71	-1,47	0,15	0,0000
	так	27,09	48,03	1,77	2,49	0,26	0,0000
Факт наявності арештів та звинувачень (разів у житті)	дрібні крадіжки (у магазині), хуліганство	10,36	23,62	2,28	3,58	0,24	0,0004
	крадіжка зі зломом, крадіжка	9,16	12,60	1,37	1,38	0,02	0,0813
	грабіж	5,18	10,24	1,98	2,96	0,07	0,0328
	вбивство	74,10	63,78	0,86	-0,65	0,03	0,0112
	інше	11,55	14,17	1,23	0,89	0,01	0,0985
Причина засудження (застосування примусових заходів) в останній раз	спричинення тяжких тілесних ушкоджень	4,78	14,17	2,96	4,72	0,22	0,0013
	спроба вбивства	5,18	1,57	0,30	-5,17	0,09	0,0554
	вбивство	76,49	66,93	0,87	-0,58	0,03	0,0139
	інше	0,80	6,30	7,91	8,98	0,25	0,0029
Тривалість покарання у виді позбавлення волі за усе життя	у примусовому порядку	57,77	63,78	1,10	0,43	0,01	0,0473
Тривалість попереднього покарання у виді позбавлення волі	у примусовому порядку	7,57	22,05	2,91	4,64	0,34	0,0001
Суб'єктивна оцінка серйозності проблем із законом	ні взагалі (абсолютно ні)	23,51	36,22	1,54	1,88	0,12	0,0034
	помірно	18,33	21,26	1,16	0,64	0,01	0,0857
	значно	24,70	10,24	0,41	-3,83	0,28	0,0003
Необхідність консультування та допомоги з юридичних питань за висновком лікаря	ні взагалі (абсолютно ні)	25,90	31,50	1,22	0,85	0,02	0,0497
	слабо, незначно, трохи	13,55	16,54	1,22	0,87	0,01	0,0890
	помірно	21,12	28,35	1,34	1,28	0,05	0,0301
	значно	36,65	18,90	0,52	-2,88	0,26	0,0001

Відносна кількість хворих, які вчинили вбивство в анамнезі (протягом життя) була більшою, але не суттєво, у першій групі (74,10% та 66,39% відповідно), а хуліганство, грабіж та інші злочини практично у два рази домінували в другій (36,25% та 60,63% відповідно).

Ці дані співпадають з відомостями про причину за-судження в попередній (перед теперішнім) раз. Так, частота скоєння вбивства і спроб, замахів на вбивство, була вищою у пацієнтів з П-П МР СНД, а маркер «обтяженість анамнезу СНД іншими злочинами», зокрема спричинення тяжких тілесних ушкоджень, здебільше супроводжував Н-О психопатологічний механізм. При цьому, відношення частот вчинення вбивства в групах порівняння в цих блоках залишилося практично незмінним (0,86 та 0,87 відповідно). Слід відмітити, відсутність вірогідних розбіжностей між групами за частотою вчинення вбивства за обтяжливих обставин ($p=0,1738>0,1$).

Подібний розподіл спостерігали і при теперішній госпіталізації (дані за модулем А «Загальні відомості»): пацієнти, діяння яких підпадають під ознаки ч. 1 ст. 115 (умисне вбивство іншої людини) переважно мали П-П МР СНД (60,56% та 52,12%, відповідно, відношення частот 0,91, $p=0,0526<0,01$), а діяння, що передбачені ч. 2 ст. 121 (тяжке тілесне ушкодження з метою залякування або примусу до певних дій, що призвело до смерті), були скоєні здебільше хворими з Н-О МР СНД (16,33% та 28,35%, відношення частот 2,39, $p=0,0028<0,05$).

Отримані відомості дозволяють дійти припущення, що хворі на шизофренію з кримінальним досвідом, СНД яких направлені ПЖО, вчиняють однотипні

правопорушення, а співвідношення їх частоти у пацієнтів з П-П та Н-О психопатологічними механізмами залишається практично незмінним (або незначно збільшується у хворих II групи). Тобто, наявність в анамнезі психічно хворої особи відповідного правопорушення (злочину) суттєво підвищує ризик вчинення нею повторного саме такого СНД.

Ці дані частково співпадають з вже відомими. Така «частковість» обумовлена тим, що більшістю дослідників встановлений факт типовості вчинення хворими СНД, що нагадують скоєне ними в преморбідному стані та на етапі виникнення психічного розладу. В той час як результати нашого дослідження підтверджують наявність вказаного «факту типовості» і на тлі та впродовж вже існуючої психічної хвороби.

Додатковим підтвердженням факту вчинення правопорушення на тлі психічної патології є відомості про те, що серед усіх хворих на шизофренію, які скоїли СНД ПЖО, у минулому з більшою частотою судом призначалося лікування у примусовому порядку, аніж ув'язнення як протягом усього життя (57,77% осіб I групи та 63,78% пацієнтів II групи), так і в передуючій теперішній госпіталізації раз. В останньому випадку вирок суду в 2,91 рази частіше реєстрували серед пацієнтів з Н-О МР СНД.

Обстежені II групи, що мали кримінальний досвід, більшою мірою не вважали власні проблеми з законом серйозними на відміну від хворих з П-П МР СНД. Поглиблений, подіапазонний аналіз кількісних показників кримінального анамнезу підтвердив отримані дані та виявив додаткові відмінності між групами порівняння (табл. 4).

Таблиця 4

Результати подіапазонного аналізу достовірних кількісних показників за модулем «Анамнез суспільно небезпечних діянь» (Д) функціонального діагнозу в групах порівняння

Ознака	Діапазон ознаки	Частота ознаки, %		Відношення частот	ДК	МІ	р	
		I група n=68	II група n=61					
Кількість арештів та звинувачень за кримінальний злочин, разів	дрібні крадіжки (у магазині), хуліганство	≤1	80,77	53,33	0,66	-1,80	0,25	0,0225
	дрібні крадіжки (у магазині), хуліганство	>1	19,23	46,67	2,43	3,85	0,53	0,0225
	вбивство	≤1	98,92	92,59	0,94	-0,29	0,01	0,0097
	вбивство	>1	1,08	7,41	6,89	8,38	0,27	0,0097
Кількість засуджень за кримінальний злочин, разів	≤1	67,16	45,71	0,68	-1,67	0,18	0,0194	
	>1	32,84	54,29	1,65	2,18	0,23	0,0194	
Кількість місяців перебування в ув'язненні за усе життя	≤60	16,67	80,00	4,80	6,81	2,16	0,0079	
	>60	83,33	20,00	0,24	-6,20	1,96	0,0079	
Кількість місяців перебування на лікуванні у примусовому порядку за усе життя	≤84	87,59	72,84	0,83	-0,80	0,06	0,0034	
	>84	12,41	27,16	2,19	3,40	0,25	0,0034	
Тривалість попереднього лікування у примусовому порядку	≤48	89,47	50,00	0,56	-2,53	0,50	0,0046	
	>48	10,53	50,00	4,75	6,77	1,34	0,0046	

Так, серед хворих на шизофренію, що вчинили СНД у минулому за П-П механізмом його реалізації, лише 1,08% скоїли повторне вбивство (більше 1 разу) та 19,23% з них – дрібні крадіжки в магазині, хуліганство. Серед пацієнтів з Н-О МР СНД таких хворих було в 6,89 та 7,41 разів більше. Кількість повторних засуджень за кримінальний злочин в анамнезі була також більшою в цій групі (в 1,65 рази).

Звертає на себе увагу той факт, що пацієнти з П-П МР СНД довше перебували в ув'язненні за усе своє життя та менш тривалий термін знаходились на лікуванні в примусовому порядку, строк застосування примусових заходів медичного характеру також був у них меншим (< 2 років у переважній більшості таких хворих, 60 осіб, 89,47%). Це дозволяє зробити висновок про те, що лікування у примусовому порядку є оптимальною мірою запобігання вчиненню такими хворими повторних СНД, але воно повинне бути оптимально тривалим, а припинення – базуватися на ретельному прогнозі суспільної небезпеки конкретної особи з використанням відповідних науково-обґрунтованих критеріїв.

При оцінці ризику вчинення повторних СНД хворими на шизофренію доцільно проводити аналіз наявності наркологічної обтяженості основного захворювання та кримінального досвіду. При цьому дані анамнестичні чинники достовірно частіше супроводжують Н-О МР СНД.

Висновки. Хворі, з продуктивно-психотичним механізмом реалізації суспільно небезпечних діянь, які знаходяться на лікуванні у примусовому порядку в психіатричній лікарні з суворим наглядом (це практично генеральна сукупність таких пацієнтів у нашій країні) постають потенційно менш резистентними для лікувально-реабілітаційних втручань, спрямованих на зниження їхньої суспільної небезпеки. Вони достовірно частіше вчиняють СНД ПЖО в перший, а нерідко і останній раз, за умов достатньої тривалості та якості примусових заходів медичного характеру, а також мають меншу обтяженість основного захворювання наркологічною патологією. Це дозволяє припустити, що ризик можливих повторних СНД з боку цієї категорії хворих є більш низьким за умов редукції психопатологічної

симптоматики та профілактики вживання алкоголю, зокрема з надмірною інтоксикацією.

У свою чергу, суттєвий вклад у кримінальну активність пацієнтів з негативно-особистісним психопатологічним механізмом вносять вживання ПАР зі шкідливими наслідками та кримінальний досвід. І якщо припинення споживання ними ПАР за допомогою відповідних реабілітаційних заходів являє собою дуже складну, але перспективну міру профілактики вчинення ними повторних СНД, то корекція проявів психопатологічного дефекту, що супроводжується наростанням егоцентричних рис особистості з емоційним огрубінням, інтелектуальною недостатністю та підвищеною агресивністю, є дуже складним завданням та потребує розробки специфічних для цієї групи заходів психосоціальної реабілітації.

У світлі вказаного, основними мішенями профілактики повторних СНД у хворих першої групи повинне бути усунення психотичної симптоматики, а другої – ретельна реконструкція особливостей особистості та компенсація проявів дефектних станів.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Кабанов М. М. Реабілітація в контексті психіатрії // *Медицинские исследования*. – 2001, Т. 1, вып. 1.- С. 9-10.
2. Карлинг П. Дж. Возвращение в общество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью. - Киев: Сфера, 2001. – 418 с.
3. Энтони В., Козн М., Фаркас М. Психиатрическая реабилитация. - Киев: Сфера, 2001.- 278 с.
4. Абрамов В. А. Стандарты многоосевой диагностики в психиатрии. Донецк, 2004. – 271 с.
5. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией, сочетающейся с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя: дис... канд. мед. наук: 14.01.16 / Приб Глеб Анатольевич. - К., 2003. - 235 с.
6. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией : монография / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова [и др.]. – Донецк : Капитан, 2009. – 584 с.
7. Пішель В. Я. Алгоритм встановлення функціонального діагнозу хворим на шизофренію, які вчинили суспільно небезпечні діяння проти життя особи / В. Я. Пішель, С. Г. Гриневич, А. М. Кушнір. – *Архів психіатрії*. – 2013. – Т. 19, № 2(73). – С. 67-71.
8. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко [и др.]. – Киев : Морион, 2000. – 320 с.
9. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. – М., Медицина, 1978. – 294 с.

КРИМІНАЛЬНИЙ ТА НАРКОЛОГІЧНИЙ АНАМНЕЗ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З РІЗНИМИ МЕХАНІЗМАМИ РЕАЛІЗАЦІЇ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЯНЬ

А. М. Кушнір

У статті наведені результати аналізу співвідношень даних анамнезу хворих на шизофренію та психопатологічних механізмів реалізації ними особливо небезпечних діянь. Зіставлення частот вказаних складових функціонального діагнозу дозволило виділити маркери кримінального і наркологічного анамнезу, що супроводжують певний механізм реалізації деліктів, на прикладі популяції хворих на шизофренію, які вчинили тяжкі та особливо тяжкі суспільно небезпечні діяння. Оцінена можливість використання вказаних складових як диференційно-діагностичних, а також прогностичних ознак ризику повторних правопорушень у даного контингенту хворих.

Ключові слова: шизофренія, анамнез, суспільно небезпечні діяння проти життя особи, механізм реалізації особливо небезпечних діянь

THE CRIMINAL AND DRUG ABUSE ANAMNESIS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH DIFFERENT MECHANISMS OF REALIZATION PUBLIC DANGEROUS ACTS

A. M. KUSHNIR

Article provides results of analyze the correlation between descriptions of anamnesis and psychopathological mechanisms of realization (MR) especially dangerous acts by schizophrenic patients. Comparison the frequencies of these multiaxial diagnosis' constituents allowed to distinguish the criminal and drug abuse anamnesis markers which attended with the MR delicts and peculiar to schizophrenic patient's population that accomplished severe and especially severe publicly dangerous acts. The possibilities of wide use the indicated signs as differential diagnostic and prognostic markers which sent to decline the repeated dangerous acts risk at this contingent were evaluated.

Keywords: schizophrenia, anamnesis, public dangerous acts against person's life and health, mechanism of realization the especially dangerous acts