urseman&view=courses&cid=2%3Atraining-for-experts&id=7%3Atraining-experts-2&lang=uk Дата обращения 23.01.2012.
13. *Профілактика поширення наркозалежності серед молоді : навчально-методичний посібник / під ред. В. В. Бурлаки. – К. : Герб, 2008. – 224 с.*
14. *Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стан наркологічної допомоги населенню України (інформаційно-аналітичний огляд за 1990–2010 рр.). – Харків : видавець Строков В. Д. , 2011. – 144 с.*
15. *Сосин И. К. О наркологическойситуации в Украине / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, Вип. 3 (64). – С. 174.*
16. *Український інститут когнітивно-поведінкової терапії – URL: http://www.i-cbt.org.ua/. Дата обращения 23.01.2012.*
17. *Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy / T.F. Babor [et al.]. – Oxford University Press, 2010.*
18. *Black H. Thepriceof a drink: level of consumption and price paid per unitofalcoholby Edinburgh' sill drinkers with a comparison wider alcohol sales in Scotland. / H. Black, J. Gill, J. Chick // Addiction. – 2010. – Vol. 106. – P. 729–736.*
19. *Huibers M. Review: group cognitive behavioural therapy reduces depression symptom sinolderadults with depression compared with waiting list control / Evid Based Ment Health. – 2011 – № 14 (4). – P. 107.*
20. *Iakunchykova O. Early initiation of alcohol consumption by adolescent sin reconstruc ted familie smay be explain ed by parenting style / O. Iakunchykova // Tabacco control and publichealthin Eastern Europe. – 2011. – Vol. 1, №. 2. – P. 89.*
21. *Wagenaar A. C. Effect sof alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review. / A. C. Wagenaar, A. L. Todler, K. A. Komro // American Journal of Public Health. – 2010. – Vol. 100, № 11. – P. 2270–2277.*
22. *Wagenaar A.C. Effect sofbeverage alcohol price and tax level son drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies / A. C. Wagenaar, M. J. Salois, K. A. Komro // Addiction. – 2009. – Vol. 104. – P. 179–190.*

МОДЕЛЬ И АЛГОРИТМ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ С АДДИКТИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ, КОТОРЫЕ УПОТРЕБЛЯЮТ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

С.И. Табачников, Е.Н. Харченко, Т.В. Синицкая, А.Н. Чепурная, Е.В. Киосева, А.В. Воронина

В статье изложены результаты исследования студентов вузов нашей страны на предмет употребления психоактивных веществ. В качестве профилактических и лечебных мероприятий предлагается модель и алгоритм оказания медико-социальной помощи подросткам с аддиктивным поведением, которые употребляют психоактивные вещества.

Ключевые слова: психоактивные вещества, аддиктивное поведение, подростки, медико-социальная помощь, модель, алгоритм.

MODELS AND ALGORITHMS FOR HEALTH AND SOCIAL CARE OF ADOLESCENTS WITH ADDICTIVE BEHAVIOR, WHO USE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

S. Tabachnikov, E. Kharchenko, T. Sinitska, A. Chepurna, O. Kioseva, O. Voronina

The article presents the results of a study of our state university students on the subject of the use of psychoactive substances. As a preventive and therapeutic measures proposed model and algorithm of health-social care for adolescents with addictive behavior, who use psychoactive substances.

Key words: psychoactive substances, addictive behavior, teens, medical and social assistance, the model, the algorithm.

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.8–082.4/.6:340.63–039.76

А.М. Кушнір

НЕЙРОКОГНІТИВНИЙ ДЕФІЦИТ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З НЕГАТИВНО-ОСОБИСТІСНИМ МЕХАНІЗМОМ РЕАЛІЗАЦІЇ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЯНЬ

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

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

У статті наведені результати аналізу особливостей нейрокогнітивного дефіциту у хворих на шизофренію, які становлять особливу суспільну небезпеку та скоїли делікти за негативно-особистісним механізмом їх реалізації. На прикладі вичерпної популяції таких пацієнтів в Україні виділено та описано характерні риси нейрокогнітивних порушень. Оцінена можливість використання вказаних ознак в лікувально-реабілітаційному процесі цих пацієнтів, а також у якості прогностичних для оцінки ризику скоєння ними повторних правопорушень.

Актуальність теми. Останнє десятиріччя знаменувалося великою кількістю широкомасштабних досліджень, присвячених вивченню нейрокогнітивного дефіциту (НД) у хворих на шизофренію [1, 11, 14]. Низка їх авторів навіть вважають за доцільне виокремити ці нейрокогнітивні розлади у самостійну групу, поряд з позитивною та негативною симптоматикою [2, 4, 15]. Такий підхід пов'язаний, по-перше, зі встановленням суттєвих кореляцій між рівнем НД і соціальним дефіцитом, порушеннями глобального рівня функціонування та функціональним виходом захворювання. А по-друге – з науковим обґрунтуванням того факту, що НД заважає адаптації хворих та перешкоджає процесу їх соціальної реабілітації [7, 9, 12, 13].

У доступній літературі існують лише поодинокі роботи, присвячені дослідженню нейрокогнітивного дефіциту у пацієнтів з шизофренією, що вчинили суспільно небезпечні діяння (СНД) [10], а також заходам медикціальної реабілітації, зокрема у хворих, які скоїли СНД за негативно-особистісним механізмом їх реалізації (Н-О МР).

Мета дослідження – встановлення особливостей нейрокогнітивного дефіциту у хворих на шизофренію з негативно-особистісним механізмом реалізації особливо суспільно небезпечних діянь.

Матеріал та методи дослідження

За дизайном проведена робота має характер популяційного поперечного дослідження серії випадків.

На базі Державного закладу «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України» (м. Дніпропетровськ) обстежені усі 511 чоловіків, хворих на шизофренію, які вчинили СНД проти життя особи (ПЖО).

Критерії включення: інформована згода на участь у дослідженні; діагноз F20.xx за МКХ–10; здійснення хворим СНД, передбаченого ч. 2 ст. 121, чч. 1, 2 ст. 115 розділу II «Злочини проти життя та здоров'я особи» Кримінального кодексу України (ККУ); негативно-особистісний механізм реалізації (Н-О МР) СНД; перебування на лікуванні у психіатричній лікарні з суворим наглядом на момент проведення дослідження; вік старше 14 років на момент вчинення СНД (ст. 22 ККУ). Єдиним критерієм виключення пацієнтів була жіноча стать (критерій введений для досягнення максимальної однорідності груп).

Таким чином було виявлено 127 осіб (24,85%) з негативно-особистісним механізмом реалізації делікту.

У процесі виконання роботи використовували загальноприйнятий клініко-психопатологічний метод як для ідентифікації Н-О МР СНД, так і для ретельної оцінки психічного статусу пацієнтів, зокрема НД. Шляхом стандартизованого інтерв'ю та спостереження проводили діагностику розладів шизофренічного спектра відповідно до діагностичних критеріїв МКХ–10. При дослідженні психічного стану хворого враховували також квантифіковану синдромальну і нозологічну характеристики психічних розладів відповідно до критеріїв, що застосовуються у вітчизняній психіатрії [3].

За допомогою розробленої формалізованої карти психічного статусу здійснювали якісну і кількісну оцінку психопатологічних симптомів стосовно кожної з психічних сфер. При цьому ступінь виразності симптоматики ранжували за відповідною шкалою (1 бал – легка, 2 бали – помірна, 3 бали – виразна, 4 бали – значно виразна) задля чіткого опису структури та ступеня виразності клінічного криміногенного чинника (провідного психопатологічного синдрому) як складової суспільної небезпечності хворого.

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

Результати та їх обговорення

Дослідження проводили на вичерпно повній вибірці пацієнтів з шизофренією, які скоїли СНД ПЖО в Україні (практично генеральної сукупності цих хворих) [6]. Тому одержані результати вже на рівні частотних співвідношень і середніх величин отриманих показників є надійними та інформативними. Через це особливості нейрокогнітивного дефіциту, що були притаманні більшості обстежених з Н-О МР СНД, умовно вважали типовими або характерними.

Проведено клініко-психопатологічне дослідження 127 хворих з Н-О МР СНД середнім віком (40,19±0,97) років (діапазон віку обстежених складав 22–67 років). У значної кількості цих хворих (112 осіб, 88,18%) діагностовано параноїдну шизофренію (F20.0), у 14 обстежених (11,02%) – просту (F20.6), а у 1 особи (0,78%) – резидуальну (F20.5). У більшості випадків встановлено безперервний перебіг захворювання (115 пацієнтів, 90,55%), неповну ремісію спостерігали у 39 осіб (30,71%), повну – у 8 (6,30%) хворих. Розвиток дефектних станів зареєстровано у 48 (37,79%) обстежених, а саме: переважно психопатоподібний (28,35%) дефект особистості (здебільшого експлозивний та емоційно-холодний варіанти) при меншому значенні параноїдного (6,30%) і апатичного (3,15%).

Стаціонарну психіатричну допомогу раніше отримували 118 (92,91%) чоловік у середньому (6,91±0,56) разів, а амбулаторну – 29 (22,83%) осіб у середньому (5,52±1,10) разів.

У судово-психіатричній практиці відомим є той факт, що підвищення рівня тривоги, депресії, присутність фобій, поєднання маячних персекуторних ідей (переважно переслідування, отруєння) з афективними порушеннями, імперативними галюцинаціями, агресивною, суїцидальною поведінкою тощо сприяють зростанню суспільної небезпечності хворих на шизофренію. Тому, за суб'єктивними анамнестичними відомостями, нами оцінена така симптоматика у обстежених за 30 діб до делікту та впродовж життя. Крім того, така ретроспективна оцінка дала змогу встановити рівень усвідомлення хворими власних психоемоційних проблем при зіставленні з зафіксованими документально даними їх анамнезу.

Наявність впродовж життя (дані наведені в порядку зменшення частоти) сильної тривоги або напруження зазначав 101 хворий (80,16 %); труднощів з контролем власної люті і, як наслідок, агресивної поведінки (зокрема при інтоксикації алкоголем, наркотиками), а також труднощі з концентрацією уваги, пам'яттю – 86 (68,25 %) та 85 (67,46 %) осіб, відповідно; галюцинацій – 74 особи (58,73 %); думок, що повністю оволодівали ними, були незвичними і незрозумілими для оточуючих – 68 піддослідних (53,97 %); сильної депресії – 72 пацієнти (57,14 %); міркувань та спроб самогубства – 38 (30,16 %) та 33 (26,19 %) обстежених відповідно (рисунок). Тривалість цих станів коливалась у вельми широкому діапазоні: від 12 до 504 місяців (у середньому (196,81±9,73) міс.).

На труднощі з концентрацією уваги, пам'яттю вказувала більшість з обстежених (40 осіб, 31,75 %), з тих, що відмічали у себе зміни в психічному стані за 30 днів до скоєння СНД, а частки пацієнтів, які суб'єктивно переживали у цей період труднощі з контролем власної люті, агресивною поведінкою; сильною тривогою, напруженням; незвичними думками та галюцинаціями були практично рівними (11,9%, 15 осіб; 10,32%, 13 осіб; 9,52%, 12 осіб та 8,73%, 11 осіб відповідно). На сильну депресію вказували 6 хворих (4,76%), суїцидальні думки та спроба самогубства були у 2 обстежених (по 1 особі, 0,79%) (див. рисунок).

Ці психологічні та емоційні проблеми хворих з Н-О МР СНД тривали у середньому (3,87±0,79) доби (від 0 до 30 днів).

Зазначені відомості свідчать про недостатнє усвідомлення пацієнтами власного емоційного стану вже за 30 днів до вчинення СНД. Це підтверджується, по-перше, запереченням більшістю пацієнтів психоемоційних проблем за 30 діб до делікту у поєднанні з визнанням їх наявності протягом життя (що наочно відображено на рисунку 1), а по-друге – даними щодо критичності обстежених. Збережену критику до свого стану виявлено лише у 3 (2,36%) осіб, знижену – у 56 (44,09%), відсутню – у 63 (49,61%) хворих. На формальну критику таких осіб також вказував той факт, що вони не вважали психопатологічну

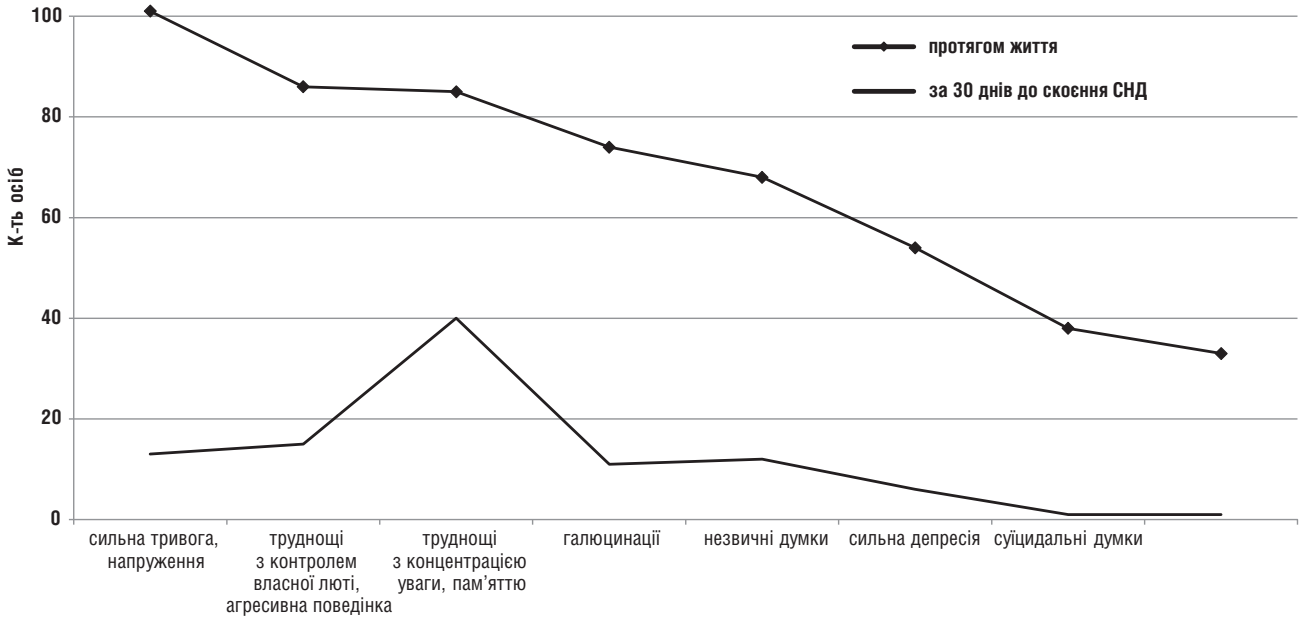

Рисунок. Розподіл хворих з негативно-особистісним механізмом реалізації СНД за частотою «психіатричних проблем» (суб'єктивна оцінка) впродовж життя та за 30 днів до скоєння делікту

симптоматику, яку спостерігали у себе протягом життя, «емоційними та наркологічними проблемами», а відносили її до суто «психіатричних проблем» (125 осіб, 98,43%).

На наш погляд, саме процесуально обумовлений емоційно-вольовий дефект, інверсія моральних спонукань та моральне огрубіння роблять суттєвий внесок у недостатнє усвідомлення хворими з Н-О МР СНД свого психоемоційного стану.

Додатковим свідченням вказаного є дані соціально-демографічного дослідження. Так, принаймні 40 обстежених (31,50%) мали конфлікти з членами родини за 30 днів до скоєння делікту, а 21 хворий (16,54%) – з іншими людьми, що підтверджує наявність у них проблем з контролем емоцій та агресивної поведінки. Проте лише 15 пацієнтів (11,9%) зазначили цей факт при співбесіді.

Хворі ігнорували або вважали «нормальним» для власної особистості дефіцит контролю над емоціями (люттю), а також заперечували конфліктність, агресивну поведінку, епізоди сильних тривоги, напруження і висували на перший план, у якості проблем, труднощі з концентрацією уваги, пам'яттю за 30 днів до скоєння СНД (див. рисунок).

Патологія у пізнавальній сфері стосувалася здебільшого порушень мислення, пам'яті та уваги, представлених дефіцитарними розладами.

Мислення у більшості пацієнтів було суто паралогічним (90 осіб, 70,87%). Інші види мислення представлені переважанням (у порядку зменшення частоти) аутичного (алогічного) (9 осіб, 7,08%), абстрактно-логічного (7 осіб, 5,51%), наочно-дієвого (5 осіб, 3,94%), а у поодиноких випадках (по 2 особи, 1,57% відповідно) – наочно-образного, містичного, егоцентричного. У 13 хворих (10,24%) онтогенетичні види мислення (наочно-дієве, наочно-образне, аутичне, егоцентричне, містичне, релігійне) поєднувались з його паралогічним змістом.

Порушення мислення пацієнтів були обумовлені аномаліями його параметрів, таких як швидкість, зв'язність, обсяг матеріалу осмислювання, обґрунтованість висновків.

Уповільнення змін уявлень (брадифренію) реєстрували практично у чверті обстежених (30 осіб, 23,62%). Утруднення переходу від однієї думки до іншої (в'язкість, торпідність) встановлено у 8 осіб (6,30%), а з одного логічного плану на інший з актуалізацією латентних зв'язків між поняттями (розірваність) – у 18 осіб (14,17%). Зриви думок виявлені у 14 (11,2%) хворих.

Розлади операційних компонентів мислення хворих на шизофренію з Н-О МР СНД (конкретизування, узагальнення, абстрагування) обумовлювали наступні порушення їх логічного мислення.

У пацієнтів з паралогічним мисленням (94 особи, 74,02%) стійкі хибні цільові уявлення на тлі формального логічного процесу преформували односторонній, упереджений напрям розумової діяльності. Ці хворі брали до уваги лише окремі факти або випадкові сторони явищ, що відповідали їх домінуючій настанові.

Вказаному сприяла і відповідна патологія паралогічного мислення. Ми у порядку зменшення частоти зареєстрували: символічне мислення (25 осіб, 19,69%), забобонність (15 осіб, 11,81%), порушення ідентифікації (12 осіб, 9,45%), при меншому значенні складної символічної поведінки (ритуали) (2 особи, 1,57%) та анімалістичних уявлень (1 особа, 0,79%).

Зосередження уваги на зовнішніх або другорядних ознаках призводило до надуманих, вихолощених висновків у хворих з формалізмом мислення (18 осіб, 14,17%).

Нецілеспрямоване (неясне) мислення з логічно необгрунованими переходами з однієї думки до іншої, з ігноруванням часових і просторових меж подій виявлене у 11 обстежених (8,66%), а надмірна деталізація та резонерство – у 7 осіб (5,51%) та 1 хворого (0,79%) відповідно.

Неадекватна самооцінка обстежених з патологією образного мислення призводила до аномальної оцінки як побічних деталей самосприйняття, так і сенсу зовнішніх подій, а стани тривоги – до різкого підвищення відчуття небезпеки за умов навіть несуттєвих, незначних вражень. Таким пацієнтам були притаманні патологічне фантазування (16 осіб, 12,60%), іпохондрична (10 осіб, 7,87%)

та реактивна деталізація (7 осіб, 5,51%), в основі яких лежали незрілість мислення, а також його викривлення, зміни під впливом емоцій (69 осіб, 54,33%), настанов (12 осіб, 9,45%), фантазій (3 особи, 2,36%).

Порушення егоцентричного мислення хворих на шизофренію з Н-О МР СНД знаходило відображення у пріоритеті власного мислення над поглядами оточуючих, що характеризувалося нездатністю враховувати і поважати їх точку зору, безкомпромісністю, прагненням нав'язувати власні уявлення та оцінювати реальні події через їх призму (44 особи, 34,65%). Цими порушеннями також були обумовлені готовність до ідей відношення (25 осіб, 19,69%) та егоцентрична мова / діалог (14 осіб, 11,02%) обстежених.

Зміни мислення під впливом емоцій виявлені більш ніж у половини пацієнтів (69 осіб, 54,33%), настанов – у 12 хворих (9,45%), фантазій – у 3 обстежених (2,36%).

Зазначені особливості мислення хворих, що проявлялися втратою або інверсією координації між емоціями і мисленням (інтрапсихічна атаксія), а також грубими розладами розумової активності при формальному збереженні мислення, сприяли реалізації ними СНД та обумовлювали їх суспільну небезпечність.

Так, процесуальні порушення мислення у обстежених з ініціативним МР СНД («Синдром» за функціонально-діагностичною концепцією багатофакторного аналізу Кондратьєва Ф.В. [5]), зокрема спотворення процесу мислення під впливом емоцій, відповідною мірою сприяли змінам їх поведінки, схильностей, моральних і цільових настанов, тобто формуванню аномальних особистісно-психологічних механізмів («Особистість»), що ставали причиною скоєння делікту та обумовлювали активний пошук хворими обставин («Ситуація») для реалізації делікту.

Представляється важливим (з позицій оцінки суспільної небезпечності цих хворих), що вони реалізовували СНД у стані ремісії (поза загостренням) або за умов відсутності динаміки шизофренії у так званому «стабільному» стані. Це означає, що чинник «Синдром» більшою мірою впливав у даного контингенту на чинник «Особистість» ніж на факт скоєння СНД, порівняно з пацієнтами з продуктивно-психотичним МР СНД.

У пацієнтів з ситуаційно-спровокованим психопатологічним механізмом спонукали до СНД несприятливі зовнішні обставини – провокуючі чинники («Ситуація»). У цих випадках через наявність нейрокогнітивного дефіциту («Синдром») обстежені виявилися неспроможними їх адекватно інтерпретувати, прийняти вірне рішення та обрати належну форму поведінки, що і обумовлювало реалізацію ними СНД.

Дефіцитарні, помірно виразні порушення властивостей *уваги* виявлені в 87,40% випадків (111 обстежених). При цьому найбільшу частку складали пацієнти які легко відволікалися, з поверхневою, нестійкою увагою; звуженням обсягу та її надмірним виснаженням (таблиця).

Переважно механічну *пам'ять* зареєстровано у 63,78% обстежених, а у 41,73% – логічно-змістовну. Більш ніж у половини хворих (86 осіб, 67,72%) за видом переважала зорова пам'ять, у третини пацієнтів (42 особи, 33,07%) – слухова, у 11 осіб (8,66%) – моторна. Виявлена значна частота переважання у хворих короткотермінової пам'яті (89 осіб, 70,08%) і лише у п'ятої частини пацієнтів (26 осіб, 20,47%) встановлена довготривала пам'ять.

Серед порушень пам'яті діагностовано гіпомнезію (34 особи, 26,77%), а у поодиноких випадках конградну (2 особи, 1,57%), антероградну (1 особа, 0,79%), фіксаційну (1 особа, 0,79%) та мотивовану (1 особа, 0,79%) амнезію.

Отримані дані свідчать про дефіцит робочої пам'яті обстежених, який обумовлював порушення у них так званих «виконавчих» функцій, а саме: планування, здібності вирішування нестандартних проблем.

За середніми значеннями кількісних ознак виразність психопатологічної симптоматики у пізнавальній сфері хворих була переважно слабко та помірно виразною (таблиця).

Таблиця. Середня виразність психопатологічної симптоматики у пізнавальній сфері обстежених, M±m

Показник	К-сть хворих, осіб	Виразність симптоматики, бали	Показник	К-сть хворих, осіб	Виразність симптоматики, бали
Мислення			**Порушення паралогічного мислення**		
Паралогічне	90	2,28±0,1	Символічне	25	1,76±0,16
Аутичне	17	2,06±0,25	Забобонність	15	1,67±0,19
Абстрактно-логічне	8	1,75±0,16	Порушення ідентифікації	12	1,58±0,19
Наочно-образне	8	1,63±0,26	Ритуали	2	2,00±0,00
Егоцентричне	7	1,57±0,30	Анімістичні уявлення	1	2,00±-
Наочно-дієве	6	1,33±0,33	**Порушення егоцентричного мислення**		
Логічно-змістовне	4	1,75±0,25	Пріоритет власного мислення	44	1,68±0,11
Містичне	3	1,00±0,00	Готовність до ідей відношення	25	1,96±0,15
Релігійне	2	1,50±0,50	Егоцентрична мова/монолог	14	2,00±0,28
Патологія мислення			**Порушення образного мислення**		
Брадифренія	30	1,70 ± 0,17	Патологічне фантазування	16	1,88±0,18
Розірване	18	2,39±0,29	Іпохондрична деталізація	10	2,30±0,30
Зриви думки	14	2,07±0,20	Реактивна деталізація	7	1,57±0,30
В'язке, торпідне	8	1,75±0,31	**Увага**		
Тахіфренія	2	2,00±1,00	Така, що легко відволікається, поверхнева, нестійка	70	1,97±0,10
Речові ітерації	1	3,00±-	Звужений об'єм	21	2,19±0,13
Шперунги	1	3,00±-	Стійка	15	1,73±0,27
			Надмірно виснажена	13	2,54±0,27
			Така, що відхиляється	5	1,00±0,00
			Інертна	2	1,00±0,00

Слід зазначити, що у 71,65% (91 особа) обстежених інтелект відповідав віку, отриманому рівню освіти і досвіду, що свідчить про дисоціацію між формально збереженим інтелектуальним функціонуванням та специфічним дефіцитом окремих когнітивних функцій (мислення, пам'ять, увага) на тлі патологічного сприйняття й інтерпретації навколишньої дійсності.

Зазначені нейрокогнітивні негативні порушення у хворих на шизофренію, які вчинили СНД за Н-О МР, слід враховувати в процесі планування лікувально-реабілітаційних заходів.

Висновки

В пізнавальній сфері більшості хворих на шизофренію з негативно-особистісним механізмом реалізації суспільно небезпечних діянь, які перебувають на лікуванні у примусовому порядку в психіатричній лікарні з суворим наглядом (це практично генеральна сукупність таких пацієнтів в нашій країні), переважає дефіцитарна симптоматика.

Процесуальні аномалії параметрів мислення пацієнтів у сукупності з порушеннями уваги і пам'яті, з одного боку, поглиблюють аномальні особистісно-психологічні механізми, а з іншого – знижують спроможність хворих адекватно інтерпретувати та реагувати на несприятливі зовнішні стимули. Тому ці показники можуть слугувати специфічними маркерами підвищення суспільної небезпечності таких пацієнтів.

Нейрокогнітивний дефіцит, знижена критика і неусвідомлені поточні актуальні зміни у психічному стані хворих з Н-О МР СНД сприяють: послабленому усвідомленню ними власної адекватної соціальної ролі та експектацій оточуючих; антисоціальному способу життя та незадовільним інтерперсональним стосункам.

Найсприятливіший прогноз щодо зменшення суспільної небезпечності зазначеного контингенту хворих, на наш погляд, є вірогідним при підвищенні їх соціальної адаптації, зокрема зниження виразності негативної симптоматики у пізнавальній сфері – нейрокогнітивного дефіциту.

У світлі вказаного, профілактика повторних СНД у цих хворих повинна бути спрямована на ефективну соціальну реабілітацію, що включає, у тому числі, компенсацію нейрокогнітивного дефіциту задля зниження його внеску у загальну їх дезадаптацію.

Список використаної літератури

1. *Вербенко В. А. Нейрокогнитивные расстройства при шизофрении / В. А. Вербенко. – Симферополь : ООО ДИАЙПИ, 2007. – 308 с.*
2. *Гурович И. Я. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на различных этапах заболевания / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, М. В. Магомедова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 4. – С. 31–35.*
3. *Жмуров В. А. Общая психопатология / В. А. Жмуров. – Иркутск : Изд-во Иркут. ун-та, 1986. – 280 с.*
4. *Кабанов С. О. Нейролептики и нейрокогнитивный дефицит при шизофрении / С. О. Кабанов, С. Н. Мосолов // Рос. психиатр. журн. – 2003. – № 5. – С. 60–68.*
5. *Кондратьев Ф. В. Судьбы больных шизофренией: клинико-социальный и судебно-психиатрический аспекты / Ф. В. Кондратьев [под ред. В. С. Ястребова]. – М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2010. – 402 с.*
6. *Кушнир А. Н. Социально-демографические особенности больных шизофренией с разными механизмами реализации общественно опасных действий / А. Н. Кушнир // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2013. – №4 (14). – С. 24–33.*
7. *Магометова М. В. О нейрокогнитивном дефиците и его связи с уровнем социальной компетентности у больных шизофренией / М. В. Магометова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – Т.10, № 1. – С. 92–98.*
8. *Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко [и др.]. – Киев : Морион, 2000. – 320 с.*
9. *Тараканова Е. А. Особенности нейрокогнитивного дефицита и социальной дезадаптации больных шизофренией / Е. А. Тараканова // Вестник РГМУ. – 2006. – Т. 49, № 12. – С. 96–97.*
10. *Юрьева Л. Н. Нейропсихологические особенности больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия по продуктивно-психотическим и негативно-личностным механизмам / Л. Н. Юрьева // Возрастная нейропсихология и нейропсихиатрия : матер. наук.-практ. конф., 19 февр. 2007 г. [Електронний ресурс] – режим доступу до матер. конф.: https://sites.google.com/site/cerebralasimmetry/konferencii/-vozrastnaa-nejropsihologia-i-nejropsihiatria/nejropsihologiceskie-osobennosti-bolnyh-sizofreniej-soversivsih-obsestvenno-opasnye-dejstvia-po-produktivno-psihoticeskim-i-negativno-licnostnym-mehanizmam*
11. *Bryson G. B. Initial and final work performance in schizophrenia: cognitive and symptom predictors / G. B. Bryson // J. of nervous and mental disease. – 2003. – Vol. 191. – P. 87–92.*
12. *Cognitive strategies versus self-management skills as adjunct to vocational rehabilitation / R. Vauth, P.W. Corrigan, M. Clauss [et al.] // Schizophrenia bulletin. – 2005. – Vol. 31, №. 1. – P. 55–66.*
13. *Green M. F. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? / M. F. Green // Am. J. Psychiatry. – 1996. – Vol. 153. – P. 321–330.*
14. *Neurocognitive function in schizophrenia at a 10-year follow-up: a preliminary investigation / M. M. Kurtz, J. C. Selter, J. L. Ferrand [et al.] // CNS Spectr. – 2005. – Vol. 10, № 4. – P. 277–280.*
15. *Sharma T. Cognition in schizophrenia: impairments, importance, treatment strategies / T. Sharma, P. Harvey. – Oxford : University Press, 2000. – 263 p.*

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С НЕГАТИВНО-ЛИЧНОСТНЫМ МЕХАНИЗМОМ РЕАЛИЗАЦИИ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЯНИЙ

А.М. Кушнир

В статье приведены результаты анализа особенностей нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией, которые представляют особую общественную опасность и совершили деликты по негативно-личностным механизмам их реализации. На примере исчерпывающей популяции таких пациентов в Украине выделены и описаны характерные черты нейрокогнитивных нарушений. Оценена возможность использования указанных признаков в лечебно-реабилитационном процессе этих пациентов, а также в качестве прогностических для оценки риска совершения ими повторных правонарушений.

Ключевые слова: шизофрения, нейрокогнитивный дефицит, общественно опасные деяния против жизни человека, механизм реализации особо опасных деяний.

THE NEUROCOGNITIVE DEFICITS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH NEGATIVE-PERSONALITY MECHANISM OF REALIZATION ESPECIALLY DANGEROUS ACTS

A. Kushnir

In the article on the basis of analysis the complete schizophrenic patients' population, who committed specially public dangerous acts (PDA) and standing on the psychiatric compulsory treatment (PCT) in Ukraine, were evaluated and described the common peculiarities of their neurocognitive deficits. In the cognitive sphere the majority of schizophrenic patients with negative-personality mechanism of realization PDA had a deficiency symptomatic. The schizophrenically anomalies of the patient's thinking parameters both attention and memory violations, on the one part, deepen abnormal personality-psychological mechanisms, and, on the second – reduce their possibility to adequately interpretation and reaction on unfavorable external stimulations. Therefore these indexes can serve as the specific markers of increase the public danger of such patients. Neurocognitive deficits, loss critic and unconscious current actual changes in a mental condition are assisting: lower realization by them own adequate social role and understanding the environment expectations; the antisocial way of life and unsatisfactory interpersonal relations. The most favorable prognosis due to reduction of the marked patient's public danger, in our view, is reliable in the event that increase their social adaptation, in particular decline the cognitive negative symptom's expressiveness - neurocognitive deficit. Subject to indicated, the basic targets of prophylaxis the repeat PDA by these patients ought to be the effective social rehabilitation that is sent including to indemnification the neurocognitive deficit for decrease its contribution on the general patient's desadaptation.

Key words: schizophrenia, mental disorders, neurocognitive deficits, public dangerous acts against person's life and health, mechanism of realization the especially dangerous acts.