

К ВОПРОСУ О КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫХ КРИТЕРИЯХ ПРЕКРАЩЕНИЯ АКТИВНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

А.В. Кириллова, Г.П. Костюк, Б.А. Нохуров

ГБУЗ ПКБ №3 им. В.А.Гиляровского ДЗМ

Проблема профилактики общественно опасных действий (ООД) лиц с психическими расстройствами достаточно сложна и требует разностороннего и тщательного изучения. Необходимость комплексного воздействия (медикаментозная терапия, психологическая и социальная адаптация) на делинквентное поведение обусловлено переплетающимися взаимосвязями биологических предикторов, особенностей психопатологической симптоматики и уровнем социализации каждого конкретного больного.

Наибольшее значение для первичной и вторичной профилактики ООД приобретает активное диспансерное наблюдение (АДН) как завершающий этап реадaptации пациента к социально приемлемым моделям поведения [3, 7, 8, 10]. Согласно приказу «О мерах по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами» (Приказ Минздрава РФ, МВД РФ от 30 апреля 1997 г. N133/269), АДН подлежат лица, страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, склонные к общественно опасным действиям, а также лица, направленные судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра.

Соответственно АДН подлежат пациенты, формирующие подгруппы вторичной и первичной профилактики [7, 8]:

- совершившие ООД, которым были назначены принудительные меры медицинского характера, в том числе амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (АПНЛ). После отмены судом принудительных мер медицинского характера эти лица продолжают находиться на АДН по решению врачебной комиссии;

- склонные к совершению противоправных действий, имеющие высокий риск совершения ими ООД вследствие психопатологических расстройств и/или значительной социальной дезадаптации (антисоци-

альное поведение в виде административных правонарушений, семейно-бытовых агрессивных действий, употребление психоактивных веществ).

Установление и прекращение АДН в психоневрологическом диспансере проводится врачебной комиссией. И, если установление АДН имеет явные показания (принудительные меры медицинского характера, назначенные судом, склонность к совершению ООД), то отмена АДН производится по таким общим клиническим критериям, как стойкое улучшение психического состояния при отсутствии противоправных действий. Среди неклинических показаний следует выделить: смерть, смена места жительства, отсутствие сведений о больном в течение года [1].

В свете последних тенденций и реформ в системе здравоохранения, значительного пересмотра диспансерных групп психиатрического наблюдения, медицинские критерии прекращения АДН требуют дальнейшего изучения и уточнения.

С этой целью были проанализированы клинико-социальные характеристики, выявлены основные психопатологические расстройства и особенности формирования психических нарушений у 47 пациентов, которые были сняты с АДН в Филиале №1 (психоневрологический диспансер №8) ПКБ №3 им. В.А. Гиляровского в период с 2010 по 2014 годы.

Всем обследованным было установлено АДН после совершения ими ООД и вынесения судами постановлений об их невменяемости (вторичная профилактика ООД). Средняя продолжительность АДН составила 9,1 лет.

Нозологический состав пациентов в соответствии с МКБ-10 устанавливался по следующим группам: расстройства шизофренического спектра – 26 пациентов (55,3%), органические психические расстройства (в том числе, деменции) – 18 пациентов/38,3%, умственная отсталость – 3/6,4% (рис. 1).

Расстройства шизофренического спектра распределялись следующим образом: шизофрения параноидная, эпизодический тип течения с нараста-

Нозологический состав

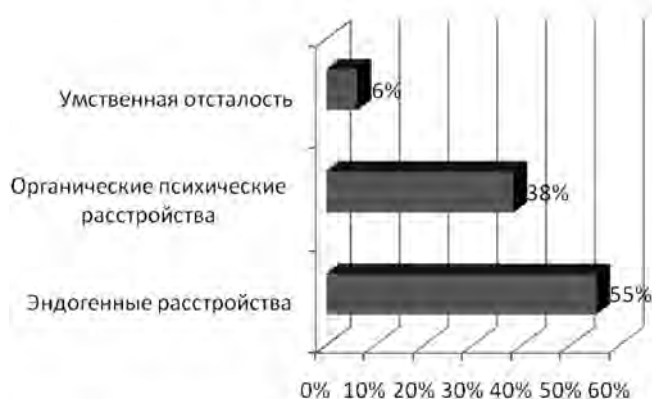


Рис. 1. Диагностический состав пациентов, снятых с АДК в период 2010–2014 годы

ющим дефектом – (12 – 25,5%), шизофрения параноидная, эпизодический тип течения со стабильным дефектом – (3 – 6,4%), шизофрения параноидная, эпизодический рекуррентный тип течения (2 – 4,3%), шизофрения псевдопсихопатическая – (5 – 10,6%), шизофрения псевдоневротическая – (4 – 8,5%). Обращает внимание отсутствие других малокурабельных эндогенных расстройств (простой и детский типы шизофрении, непрерывный тип течения параноидной шизофрении, хронические бредовые расстройства и др.).

Среди органических психических расстройств отмечалось преобладание расстройств личности органической этиологии – 14 пациентов (29,8%) над другими – деменцией (2 – 4,3%), органическим бредовым расстройством и органическим эмоционально-лабильным расстройством (по 1 пациенту – 2,1%).

Пациенты с умственной отсталостью (3 – 6,4%) характеризовались легкой степенью интеллектуальных нарушений с выраженными нарушениями поведения.

Средний возраст пациентов на момент снятия с АДН составил 48,2 лет. Возрастные кривые имели некоторые особенности. Отмечалось значительное преобладание лиц пожилого возраста (старше 55 лет) – 20 пациентов (42,5%). В других возрастных категориях отмечался полиморфизм: до 25 лет – 5 (10,6%), 26–35 лет – 10 (21,3%), 36–45 лет – 5 (10,6%), 46–55 лет – 7 (14,9%) (табл. 1).

Таблица 1

Возрастные показатели исследуемых больных

до 25 лет	5 (10,6%)
26–35 лет	10 (21,3%)
36–45 лет	5 (10,6%)
46–55 лет	7 (14,9%)
старше 55 лет	20 (42,5%)

Распределение по полу группы обследованных характеризовалось значительным преобладанием мужчин (38 – 80,8%) над женщинами (9 – 19,2%).

Около четверти пациентов (12 – 25,5%) ко времени снятия с АДН состояли в браке. Однако другая часть – 23 пациента (48,9%) ранее никогда не состояли в браке, у 20 пациентов (42,6%) браки распались.

Около четверти обследованных (12 – 25,5%) либо не служили в армии, либо были уволены по причинам психических расстройств. 15 пациентов (31,9%) прошли службу в армии формально без особенностей.

Уровень образования обследованных был представлен следующим образом: около половины – 23 (48,9%) имели среднее специальное образование, 10 (21,3%) – неполное среднее/среднее, 8 (17,0%) – имели высшее образование, 6 (12,8%) – обучались в коррекционной школе.

Однако к моменту снятия с АДН лишь 4 пациента (8,5%) занимались трудовой деятельностью (умственный труд – 2 и физический квалифицированный труд – 2), тогда как 35 (74,5%) – не работали по причине психического расстройства, а 5 (10,6%) – не работали в связи с соматическими заболеваниями.

Стойкие нарушения социальной и трудовой адаптации явились причиной установления инвалидности 36 пациентам (76,6%), в основном второй группы (33 – 70,2%); 4 обследованных (8,5%) являлись инвалидами детства. Более того, 10 обследованных (21,3%) в последующем по ходатайствам родственников либо органов социальной защиты признавались судами недееспособными.

Таким образом, социо-демографические показатели, с одной стороны, указывают на неблагоприятные тенденции, приводившие к утрате социальных связей и значительной трудовой дезадаптации, с другой – своевременное установление инвалидности, опеки решали насущные социальные вопросы, способствовали предупреждению повторных ООД.

Большинство пациентов (35–74,5%) до совершения ООД получали специализированную психиатрическую помощь, чаще в виде диспансерного наблюдения в условиях ПНД. Из них 18 (38,3%) – с эндогенными расстройствами, 10 (21,3%) – с органическими психическими расстройствами, 4 (8,5%) – с умственной отсталостью, 2 (4,2%) – с синдромом зависимости от ПАВ и 1 (2,1%) – с расстройством личности. Более половины обследованных 30 (63,8%) эпизодически либо систематически злоупотребляли алкогольными напитками и другими психоактивными веществами, что является важным предиктором делинквентного поведения.

В целом, асоциальность поведения (иждивенчество, бродяжничество, злоупотребление ПАВ, совершение незначительных правонарушений: бытовые кражи, угрозы, хулиганства), которое не привело к уголовной ответственности, было характерно для 21 обследованных (44,7%).

Более того, 14 пациентов (29,8%) ранее привлекались к уголовной ответственности и 10 (21,3%) из них отбывали наказание в местах лишения свободы. Ни разу до настоящего ООД не привлекались к уголовной ответственности 33 обследованных (70,2%).

Анализ характера ООД показал преобладание имущественных «неагрессивных» правонарушений (кражи, угоны транспортных средств, мошенничества – 15 случаев – 31,9%) и других нетяжких ООД (хулиганство, угрозы, уничтожение имущества – 11 – 23,4%), над покушениями на убийство, убийствами, нанесениями телесных повреждений и истязаниями (13 – 27,7%) (табл. 2). Только 4 обследованных (8,5%) обвинялись по нескольким статьям УК. 24 пациента (51,1%) в период, относящийся к инкриминируемым им деяниям, находились в состоянии алкогольного или наркотического опьянения и совершали более тяжкие ООД. Алкогольное/наркотическое опьянение облегчало реализацию агрессивных намерений [2, 4, 6, 12].

Таблица 2

Характер правонарушения исследуемых больных

Кражи, угоны транспортных средств, мошенничество	15 (31,9%)
Хулиганство, угроза, клевета, уничтожение имущества	11 (23,4%)
Причинение вреда здоровью, истязание	6 (12,8%)
Убийство, покушение на убийство	7 (14,9%)
Разбои, грабежи, бандитизм	8 (17,0%)

Следует выделить, что эти обследованные не совершали ООД сексуального характера и ООД, связанных с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

Пациенты, совершившие ООД сексуального характера и ООД, связанные с незаконным оборотом наркотических средств и психотропных веществ, как правило, находятся на АДН на протяжении длительного времени (порой, до конца жизни). В первом случае это связано с трудностями определения клинко-динамических показателей степени общественной опасности в процессе лечения нарушений сексуального поведения, во втором – с продолжающейся наркотизацией/алкоголизацией, с формированием синдрома зависимости от ПАВ.

При судебно-психиатрической оценке психических расстройств, а также с целью последующей дифференцированной профилактики совершения повторных ООД большое значение приобретает изучение психопатологических механизмов, лежащих в основе ООД.

В соответствии с классификацией М.М.Мальцевой и В.П.Котова [9] психопатологические механизмы ООД разделены на две группы по характеру лежащих в их основе психических нарушений: продуктивно-

психотических и негативно-личностных. Авторы определяют продуктивно-психотические механизмы как следствие продуктивных психотических расстройств (бредовые идеи, императивные галлюцинации и автоматизмы и др.), а негативно-личностные механизмы – негативных проявлений и изменений личности (эмоциональная бесконтрольность, интеллектуальная несостоятельность, извращенность и расторможенность влечений, псевдосоциальная гиперактивность и др.).

Данное исследование указывает на значительное преобладание пациентов, совершивших ООД по негативно-личностным механизмам (43 – 91,5%) над обследованными с продуктивно-психотическими механизмами совершения ООД (4 – 8,5%) (рис. 2).

Среди негативно-личностных механизмов чаще встречались ситуационно-спровоцированные действия (28 случаев – имущественные деликты – кражи; причинения вреда здоровью, побои, угрозы, как следствия неразрешимых для больного конфликтных ситуаций), реже – инициативные действия (15 случаев – хулиганства, клевета, разбои).

Продуктивно-психотические механизмы (4 случая) сопровождались бредовой мотивацией и приводили к особо тяжким ООД (убийство).

Судебно-психиатрические экспертные комиссии (СПЭК) определили невозможность всех обследуемых осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими. В соответствии с рекомендациями СПЭК, они были признаны невменяемыми; 44 обследованным (93,7%) назначались принудительные меры медицинского характера, из них: почти половине (20 – 45,4%) – в психиатрическом стационаре общего типа, 12 (27,3%) – в психиатрическом стационаре специализированного типа, 11 (25,0%) – амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра (АПНЛ) и 1 (2,3%) – в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

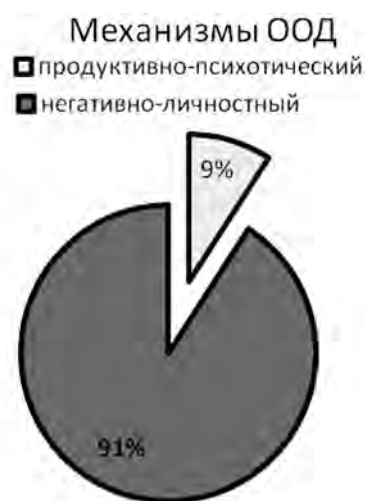


Рис. 2. Психопатологические механизмы ООД, совершенных в прошлом исследуемыми пациентами

Длительность принудительного лечения в психиатрических стационарах была относительно короткой – 2,1 года. При этом у 31 пациента длительность стационарного лечения составляла до 3-х лет, и только у двоих – от 4 до 5 лет. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре почти всегда (96,9%) завершалось полной отменой судами принудительных мер медицинского характера без «ступенчатого» уменьшения интенсивности лечебно-профилактических мероприятий (через АПНЛ).

АПНЛ как первичная принудительная мера медицинского характера (непосредственно после признания лица невменяемым) назначалась пациентам с формированием стойкой ремиссии уже на этапе проведения судебно-психиатрической экспертизы [5] и ее длительность составляла в среднем 10,8 месяцев.

В дальнейшем, после отмены принудительных мер медицинского характера, они продолжали получать лечение в соответствии со стандартами оказания психиатрической помощи и «Инструкцией об организации взаимодействия органов здравоохранения и органов внутренних дел Российской Федерации по предупреждению общественно опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами».

Курация пациентов проводилась с учетом формулы общественной опасности (диагноз – ведущий синдром – тип течения болезни – психопатологический механизм, характер (статья УК), кратность ООД – личностные и ситуационные факторы, способствующие и препятствующие совершению ООД – проведенные на данном этапе лечебно-реабилитационные мероприятия и их эффективность – рекомендуемые меры по предотвращению ООД) [9–11].

В целом, состояние пациентов на протяжении АДН оставалось относительно стабильным. Они регулярно посещали диспансер. Две трети из них (33 – 70,2%) редко (не более 2-х раз за весь период наблюдения) либо вообще не госпитализировались в круглосуточный психиатрический стационар. Случаи недобровольной госпитализации, связанные с возможным совершением повторного ООД (п. «а» ст. 29 «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»), были также единичными. Вместе с тем, более половины обследованных (32 – 68,1%) неоднократно направлялись в отделения дневного стационара, чаще, в медико-реабилитационное отделение, где различные психотерапевтические программы, длительное времяпрепровождение в просоциальном окружении, материальная поддержка (питание) также способствовали социализации больных и профилактике повторных ООД.

Клиническое состояние обследованных на момент снятия с АДН характеризовались формированием следующих основных синдромов:

- дефектные состояния с редукцией продуктивной психопатологической симптоматики у пациентов с прогрессивными формами течения шизофрении;

- стойкая терапевтическая ремиссия у обследованных с рекуррентными формами течения шизофрении, псевдопсихопатической или псевдоневротической шизофренией;

- стойкая редукция психопатоподобных и поведенческих нарушений у пациентов с органическими психическими расстройствами и у лиц с умственной отсталостью.

У большинства отмечалась, хотя и невысокая, но стабильная социальная адаптация (отсутствие повторных ООД, способность к самообслуживанию, возможность общения в соответствующих просоциальных группах). Ощутимую роль в профилактике повторных ООД сыграли контроль состояния и помощь со стороны родственников пациентов. 42 обследованных (89,4%) совместно проживали с родственниками либо регулярно навещались ими.

Важная роль в профилактике первичных и повторных ООД принадлежит прекращению алкоголизации/наркотизации – «катализаторов» ООД [4, 11]. В период установления АДН более половины обследованных (63,8%) систематически употребляли алкогольные напитки и другие ПАВ. На момент снятия с АДН 43 пациента (91,5%) практически не употребляли алкогольные напитки и другие ПАВ. Данная положительная тенденция явилась следствием эффективных терапевтических мероприятий.

38 обследованных (80,8%) были переведены на диспансерное наблюдение. 9 пациентов (19,2%) были направлены в психоневрологические интернаты длительного пребывания.

Заключение

Анализ данного исследования позволил выделить следующие критерии прекращения активного диспансерного наблюдения у пациентов, ранее совершивших ООД.

Основные критерии:

- редукция продуктивной психопатологической симптоматики у пациентов с прогрессирующими формами течения шизофрении;

- стойкая терапевтическая ремиссия у пациентов с рекуррентными формами течения шизофрении, псевдопсихопатической или псевдоневротической шизофрении;

- стойкая редукция психопатоподобных и поведенческих нарушений у пациентов с органическими психическими расстройствами и у лиц с умственной отсталостью;

- отсутствие на протяжении АДН повторных ООД.

Дополнительные критерии:

- психиатрическое наблюдение пациента до совершения им ООД;

- единственное либо малочисленные на протяжении жизни ООД;

- ООД имущественного характера или с нетяжкими агрессивными действиями (клевета, угроза,

побои, хулиганство) совершалось по негативно-личностным механизмам;

- эффективные и относительно недлительные (до двух лет) принудительные меры медицинского характера;

- отсутствие госпитализаций в недобровольном порядке по п. «а» ст. 29 «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» на протяжении АДН;

- просоциальные поведенческие установки и просоциальное окружение;

- отсутствие или прекращение алкоголизации/наркотизации в периоде не менее 5 лет;

- решенные вопросы трудовой и социальной адаптации (установление инвалидности и/или недееспособности).

Таким образом, прекращение АДН предполагает определение и совокупный анализ не только клинико-психопатологических и социальных показателей, но и анамнестических, криминологических критериев (характер и психопатологические механизмы ООД, длительность и эффективность принудительных мер медицинского характера), детерминирующих вероятность опасного поведения. Дальнейшее изучение и уточнение критериев прекращения АДН позволит совершенствовать возможности профилактики ООД, совершаемых лицами с психическими расстройствами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакланов В.В., Носов О.П. Методические рекомендации по ведению психически больных в группе активного диспансерного наблюдения. Сыктывкар, 2012.
2. Горшков И.В. Агрессивные общественно опасные действия лиц с психопатиями конституционального и органического генеза против членов семьи (судебно-психиатрический аспект): Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1997.
3. Гурович И.Я., Чуркин А.А., Котов В.П., Косенко В.Г., Мальцева М.М., Румянцева Г.М. Система динамического диспансерного учета и наблюдения психически больных (методические рекомендации). М., 1988.
4. Киселев Д.Н., Шустов Д.И., Гажа А.К., Игнатъев С.В., Гуревич Г.Л. Пациенты с сочетанием психиатрической и наркологической патологии // Журнал неврологии и психиатрии. 2011. Вып. 2. С. 61–65.
5. Котов В.П. и соавт. Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра лиц с тяжелыми психическими расстройствами (методические рекомендации). М.: РИО ФГУ ГНЦ ССП им. В.П.Сербского, 2003.
6. Кудрявцев И.А., Сафуанов Ф.С., Голев А.С. Нарушения поведения лиц в состоянии алкогольного опьянения: психологические механизмы и правовые аспекты профилактики // Психол. журн. 1986. № 6. С. 75–87.
7. Макушкина О.А., Яхимович Л.А., Голланд В.Б. Активное диспансерное наблюдение как мера профилактики ООД в работе внебольничных подразделений психиатрической службы // Судебно-психиатрическая профилактика в Российской Федерации: Аналитический обзор. М., 2012. С. 33–42.
8. Макушкина О.А., Котов В.П., Мальцева М.М., Яхимович Л.А. Внебольничная профилактика общественно опасного поведения больных (по данным зарубежной и отечественной литературы): Аналитический обзор. М.: ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П.Сербского» Минздрава России, 2014. С. 21–26.
9. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных: монография. М., 1995.
10. Мальцева М.М., Котов В.П. Методика активного диспансерного наблюдения // Руководство по судебной психиатрии: практическое пособие / под ред. А.А.Ткаченко. М.: Юрайт, 2013. С. 708–712.
11. Мальцева М.М. Психопатологические механизмы общественно опасных действий больных с психическими расстройствами // Руководство по судебной психиатрии: практическое пособие / под ред. А.А.Ткаченко. М.: Юрайт, 2013. С. 684–698.
12. Сафуанов Ф.С., Иконникова Е.Ю., Филимонова Т.Н., Игонин А.Л. Психологические механизмы агрессивных действий, совершенных в состоянии алкогольного опьянения больными алкоголизмом // Российский психиатрический журнал. 1997. № 3. С. 37–43.

К ВОПРОСУ О КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫХ КРИТЕРИЯХ ПРЕКРАЩЕНИЯ АКТИВНОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

А.В. Кириллова, Г.П. Костюк, Б.А. Нохуров

Прекращение АДН предполагает определение и совокупный анализ не только клинико-психопатологических и социальных показателей, но и анамнестических, криминологических критериев (характер и психопатологические механизмы ООД, длительность и эффективность принудительных мер медицинского характера), детерминирующих риск

опасного поведения. Дальнейшее изучение и уточнение критериев прекращения АДН позволит совершенствовать возможности профилактики ООД, совершаемых лицами с психическими расстройствами.

Ключевые слова: общественно опасное действие, профилактика, активное диспансерное наблюдение, критерии.

CLINICAL AND SOCIAL CRITERIA FOR STOPPING ACTIVE DISPENSARY OBSERVATION

A.V. Kirillova, G.P. Kostyuk, B.A. Nokhurov

The decision about stopping active dispensary observation (ADO) should be based on integrative analysis of clinical-psychopathological and social parameters, patient's history, criminological criteria (nature of offence, psychopathological mechanisms of offence, efficacy of compulsory medical measures) that determine the risks of dangerous behaviours. Further

investigation and specification of criteria for stopping ADO would contribute to better prevention of socially dangerous acts committed by mentally disordered people.

Key words: offence, socially dangerous act, prevention, active dispensary observation, criteria.

Кириллова Алена Вячеславовна – заведующая психиатрическим отделением Филиала №1 ГБУЗ ПКБ №3 им. В.А.Гиляровского ДЗМ; e-mail: kirillova.aw@yandex.ru

Костюк Георгий Петрович – доктор медицинских наук, профессор, главный врач ГБУЗ ПКБ №3 им. В.А.Гиляровского ДЗМ; e-mail: george.kostyuk@gmail.com

Нохуров Байрам Артыкнурович – кандидат медицинских наук, врач-судебно-психиатрический эксперт амбулаторного отделения судебно-психиатрической экспертизы ГБУЗ ПКБ №3 им. В.А.Гиляровского ДЗМ; e-mail: nokhurov@yandex.ru