

**Клинико-социальные характеристики больных и их поведения в стационарах,
осуществляющих принудительное лечение общего типа**

Березанцев А.Ю.

Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии
им. В.П. Сербского (Москва)

Кузнецов Д.А.

Психиатрическая больница № 5 Департамента здравоохранения
г. Москвы (Москва)

Ведущее место в медицинской системе профилактики общественно опасных действий психических больных принадлежит стационарному принудительному лечению. Часто в повседневной практике врача-психиатра одним из основных критериев изменения или отмены того или иного вида принудительного лечения служит способность больного выполнять режимные требования, и, в частности, наличие или отсутствие агрессивных тенденций, проявление явных и скрытых признаков поведения так называемого отрицательного лидера. В этом свете становится актуальной проблема выявления клинико-социальных детерминант подобного поведения больного в режимном отделении, что опосредованно может также помочь врачу выявить и потенциальную опасность повторного совершения ООД больным после выписки из стационара.

В целях сопоставления клинико-социальных предикторов нарушения режима больными, направленными на принудительное лечение (ПЛ) в условиях психиатрического стационара специализированного и общего типа, с особенностями их поведения в стационаре было обследовано 43 испытуемых мужского пола на базе МПБ №5.

Диагноз шизофрения (F-20) во время судебно-психиатрической экспертизы был установлен 41,6% из них, органическое психическое расстройство (F-02/06) – 30,2%, умственная отсталость (F-70,71,73) – в 4, 7% случаев.

Половина испытуемых воспитывались до 16 лет в полной семье, 11,6 % – с одним из родителей и 7 % проживали в детском доме. В случае проживания в семье в 25,6% отношения с отцом были враждебные, с физическим и моральным насилием со стороны последнего. В 11,6% сексуальное насилие в детстве было совершено чужим лицом. Неоднократное грубое физическое насилие в детстве испытывало на себе 25,6% больных. У 14 % в анамнезе были однократные суицидальные попытки. В 37,2% случаев агрессия в целом, была направлена против родственников, и в таком же количестве случаев на ближайшее окружение и почти в 60% случаев на третьих лиц. Так в 27,9% случаев жертвой ООД был отец, в 11,6% – супруга.

Во время ПЛ 32,6% проявляли вербальную агрессию, физическую – только в 18,6% случаев. При том, что преморбидные особенности больных в 37,2% случаев квалифицировались психиатрами как возбудимые и в 37,2% – как эмоционально-неустойчивые.

Однофакторный анализ выявил, что статистически значимый вклад в отнесение больных в группу тех, кто стремился к лидерству в среде асоциальных больных, имели те, кто: имел частые конфликты с учителями из-за проблем в поведении, шантажно-демонстративный механизм аутоагрессии, направленность агрессии в семье на отца. Дискриминатный анализ в качестве предикторов выделил также постоянное унижение в детстве со стороны сверстников, и самонаказание как механизм аутоагрессии. Важным является то, что такие лица не совершали ООД в отношении лиц женского пола, не нарушали режим в отделении на протяжении всего срока лечения.

В отношении тех, кто нарушал режим в течение всего срока пребывания в стационаре, предикторами выступали такие переменные, как агрессия в семье со стороны отца и по отношению к отцу, шантажно-демонстративный механизм аутоагрессии.

Те, кто демонстрировал вербальную агрессию в стационаре, были гиперопекаемы в семье, статистически значимо чаще совершали убийство. При этом, во время ПЛ не отмечалось физической агрессии.

Лиц, демонстрирующих физическую агрессию, статистически значимо отличали враждебные условия воспитания в семье, избегание страдания как механизм аутоагрессии, направленность агрессии в ООД на отца. Они адекватно-негативно относились к ситуации ПЛ, и среди них не было лиц, стремящихся к лидерству среди асоциальных больных.

Таким образом, можно отметить, что в нашей группе обследованных больных, так или иначе нарушавших режим стационарного лечения, выделяется довольно большой удельный вес с проблемными микросоциальными и макросоциальными факторами в детском и подростковом возрасте, наличие аутоагрессивных тенденций в анамнезе.