

Буравцов Кирилл Александрович

**КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С
ДЛИТЕЛЬНЫМИ СРОКАМИ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В
ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

14.01.06 – Психиатрия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2018

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении
«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и
наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, доцент **Макушкина Оксана Анатольевна**

Официальные оппоненты:

– доктор медицинских наук, доцент **Максимова Наталья Евгеньевна** –
заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии
ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

– доктор медицинских наук, доцент **Шмилович Андрей Аркадьевич** –
заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии лечебного
факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства
здравоохранения Российской Федерации.

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный
центр психического здоровья»

Защита диссертации состоится «05» июня 2018 г. в 15.00 часов на
заседании диссертационного совета Д. 208.024.01 при ФГБУ «Национальный
медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.
Сербского» Минздрава России по адресу: 119034, г. Москва, Кропоткинский
пер., 23

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБУ
«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и
наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России и на сайте
www.serbsky.ru

Автореферат разослан «29» марта 2018 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук

И.Н. Винникова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования.

Актуальной задачей психиатрической службы является прогнозирование проявления и методы профилактики общественной опасности лиц с психическими расстройствами (Мальцева М.М., Котов В.П., 1995; Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В., 1999, 2002; Дмитриев А.С., Винникова И.Н., 2009; Вандыш-Бубко В.В., 2010, 2013; Макушкин Е.В., Горинов В.В., 2016; Фастовцов, Г.А., Осколкова С.Н., 2016 и др.).

Высокий риск совершения такими пациентами противоправных действий, в том числе и повторных, большая часть из которых имеет насильственный характер, обуславливает социальное значение данной тематики (Дмитриева Т.Б., Антонян Ю.М., Горинов В.В. и др., 1999; Ипатов М.Ю., 2000; Кондратьев Ф.В., Осколкова С.Н., 2005).

Количество больных с повторными общественно опасными действиями (ООД) остается стабильным на протяжении ряда лет и ежегодно составляет 25- 30% от числа поступающих на принудительное лечение. Столь большую повторность ООД исследователи связывают, с одной стороны, с несовершенством и недостаточностью мер вторичной профилактики, с другой, указывают на влияние изменения клинико-социальных характеристик психически больных, что требует соответствующей перестройки структуры лечебно-реабилитационного процесса (Макушкина О.А., Яхимович Л.А., 2014). Большое значение при этом придается организации и качеству исполнения принудительных мер медицинского характера (ПММХ), их продолжительности.

Законодательство не регламентирует длительность принудительного лечения (ПЛ), в связи с чем, при наличии медицинских показаний, оно может пролонгироваться судом неограниченно долго. В последние годы в нашей стране прослеживается выраженная тенденция удлинения срока пребывания больных на ПЛ. Так, по данным Государственных статистических отчетов, за период с 2006 по 2014 гг. он возрос на 32,1% и составил в 2014 году 727,6

дней (Макушкина О.А., 2015). Проблема лиц, длительно находящихся на ПЛ, актуальна для многих стран, важным при этом является соблюдение баланса между правами больного и общественной безопасностью (Y. Melamed, 2010).

В связи с этим изучение клинико-социальных характеристик пациентов с длительными сроками ПЛ, анализ причин продолжительного пребывания больных в стационаре, представляется обоснованным и актуальным с позиций оптимизации лечебно-реабилитационного процесса, обеспечения комплексного подхода к предупреждению повторных ООД лиц с психическими расстройствами.

Цель исследования - разработка научно обоснованных подходов к повышению эффективности применения принудительных мер медицинского характера в психиатрическом стационаре на основании изучения клинико-социальных и криминологических особенностей пациентов с длительными сроками принудительного лечения.

Задачи исследования:

1. Провести анализ статистических показателей, характеризующих организацию и исполнение ПММХ в г. Москве, определить долю больных с длительными сроками стационарного ПЛ.
2. Изучить клинические, социально-демографические и криминологические характеристики больных с длительными сроками ПЛ в психиатрическом стационаре.
3. Определить факторы, способствующие длительной пролонгации ПЛ.
4. Разработать научно обоснованные подходы к повышению эффективности применения ПММХ в психиатрическом стационаре.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Увеличение сроков ПЛ является важной медико-социальной проблемой, требующей системного межведомственного рассмотрения и урегулирования для обеспечения баланса между правами пациентов и эффективной защитой общества от их общественно опасного поведения.

2. Предикторами длительной пролонгации ПЛ в психиатрическом стационаре являются: повторность привлечения к уголовной ответственности; тяжесть совершенных опасных действий; наличие зависимости от психоактивных веществ, выраженных нарушений поведения и критических способностей, частых эскалаций психического расстройства; нонкомплайентность; выраженная социальная дезадаптация при отсутствии поддержки родных и близких.

3. Сформированные клиничко-социальные характеристики и модели курации пациентов с длительной пролонгацией ПЛ в психиатрическом стационаре могут быть внедрены в практическое здравоохранение и будут способствовать снижению риска повторения опасных действий, сокращению продолжительности исполнения ПММХ.

4. Качество и эффективность исполнения ПММХ зависят от организации мультидисциплинарных форм работы с опорой на биопсихосоциальную парадигму оказания помощи, преодоление фармакорезистентности, госпитализма, восстановление утраченных социальных связей с внедрением системных процедур оценки достижения терапевтического эффекта, стабилизации состояния, прогнозирования риска общественно опасного поведения.

Научная новизна.

Впервые проведен анализ статистических показателей, характеризующих организацию и исполнение ПММХ в г. Москве в сопоставлении с данными по РФ и Центральному федеральному округу. Определена доля больных с длительными сроками стационарного ПЛ, установлена тенденция к ее увеличению в последние годы.

На основании комплексного анализа пациентов, длительно находящихся на стационарном ПЛ, впервые были изучены их клинические, социально-демографические и криминологические характеристики. Полученные данные свидетельствуют о высокой распространенности наследственной отягощенности; раннего дебюта психического расстройства

и неблагоприятного его течения; молодого возраста криминализации с высокой ее повторностью; наличия коморбидной наркологической патологии; социальной дезадаптации. При совершении опасных действий этой категорией лиц преимущественно по продуктивно-психотическому психопатологическому механизму, в процессе длительного исполнения ПЛ установлено смещение синдромального регистра с психотического уровня на дефицитарный со снижением потенциальной опасности, ухудшением соматического состояния, семейной, трудовой адаптации и общего социального функционирования.

По результатам исследования впервые выделены нозонеспецифические подгруппы больных с длительными сроками ПЛ, специфика которых определяется значительной распространенностью непрерывного прогрессивного течения заболевания, фармакорезистентности, нарушений поведения, изменений личности вследствие шизофрении, деменции с появлением пациентов, фактически беспомощных по психическому состоянию вследствие слабоумия либо выраженного дефекта. Новым является выделение предикторов длительных сроков ПЛ в психиатрическом стационаре, к ним отнесены: повторность привлечения к уголовной ответственности; тяжесть совершенных опасных действий; наличие зависимости от психоактивных веществ, выраженных нарушений поведения и критических способностей, частых декомпенсаций психического состояния; отсутствие приверженности к проводимому лечению; асоциальный образ жизни без определенного места жительства; утрата социальных связей вплоть до дезадаптации.

Практическая значимость. Определение доли больных с длительными сроками ПЛ в психиатрическом стационаре позволило оценить объем предоставляемой им помощи, что может в дальнейшем способствовать оптимизации планирования и ресурсного обеспечения деятельности психиатрической службы по исполнению ПММХ.

Выделенные факторы, оказывающие влияние на продолжительность ПЛ, могут быть использованы для оптимизации лечебно-реабилитационного воздействия с позиций соблюдения баланса между правами пациентов, профилактикой госпитализма и защитой общества от повторного опасного поведения лиц с психическими расстройствами.

Внедрение сформированных в процессе диссертационного исследования моделей курации больных будет способствовать определению мишеней лечебной и реабилитационной работы, целью которой является повышение качества исполнения ПММХ.

Внедрение результатов работы. Результаты исследования внедрены в практическую деятельность ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 5 ДЗМ», используются в повседневной работе Отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Публикация материалов исследования. По материалам исследования опубликовано 7 печатных работ, из них 4 в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК РФ.

Апробация работы. Основные положения диссертации обсуждались на Проблемном совете по судебной психиатрии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России 24.12.2014г., 09.03.2016г., 07.02.2018г. Результаты диссертационного исследования были доложены на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием: «Актуальные вопросы судебной психиатрии и принудительного лечения», посвященной 110-летию Психиатрической больницы № 5 ДЗМ (28.09. 2017 г.); IV ежегодной научно-практической конференции «Дроздовские чтения» «Актуальные вопросы принудительного лечения в психиатрии и наркологии» (05.12.2017 г.).

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 199 страницах машинописного текста, состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы,

клинических примеров. Диссертация иллюстрирована 60 таблицами и 12 рисунками. Список литературы содержит 221 библиографический источник, в том числе 135 отечественных и 86 иностранных публикаций.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №5 ДЗМ» с 2014 по 2017 гг. Обследовано 202 больных, в отношении которых исполнялись ПММХ в психиатрическом стационаре.

В соответствии с целью и задачами исследования выделены две группы. *Первая группа (основная)* - 152 пациента, длительно (более 10 лет) находившихся на стационарном ПЛ. *Вторая группа (группа сравнения)* - 50 пациентов, выписанных с ПЛ со сроками пребывания, не превышающими среднюю его длительность согласно данным Государственных статистических отчетов. Отбор больных обеих групп проведен методом сплошной выборки.

В работе применены клинико-психопатологический, клинико-эпидемиологический и математико-статистический методы. Первичные научные данные структурированы при помощи специально разработанной под задачи исследования индивидуальной карты обследования больного, включающей 130 пунктов.

Данные клинического исследования дополнялись результатами применения тестовых методик: шкала позитивной и негативной симптоматики (PANSS), опубликована в 1987 году Stanley Kay, Lewis Opler, Abraham Fiszbein; методика структурированной оценки риска опасного поведения (СОРОП) (Макушкина О.А., Муганцева Л.А., 2016); тест оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре (Лутов Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., 2007); шкала депрессии Бека (Бек А.Т., 1961); опросник качества жизни: SF-36 (Ware J.E., Sherbourne C.D., 1992; Ware J.E. et al., 1993; Ware J.E., 1994);

методика «тест руки Вагнера» (Вагнер Э., 1962; Ратинова Н.А., 1989; Курбатова Т.Н., 2001).

Для изучения связи между характеристиками пациентов и длительностью пребывания на ПЛ применялись корреляционный и дисперсионный анализы. С целью определения возможных различий между основной группой и группой сравнения был использован критерий хи-квадрат Пирсона. Оценка проводилась с использованием таблицы сопряженности признаков 2X2. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы принимали равным 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Установлено увеличение продолжительности пребывания больных на ПЛ в психиатрическом стационаре за период 2009-2013 гг. как в целом по стране (на 27,7%), так и в г. Москве (на 35,4%). В 2013 г. длительность стационарного ПЛ каждого третьего больного в г. Москве превышала пятилетний срок; доля психиатрических коек, занятых ПЛ, достигла 16,5% от общего психиатрического коечного фонда.

Из 152 обследованных, длительно находящихся на ПЛ, преобладали лица старших возрастных групп, средний возраст - $56,4 \pm 11,2$ лет. Средняя длительность стационарного ПЛ составила $20,8 \pm 8,4$ лет.

Проведенное исследование показало преобладание среди обследованных в основной группе лиц с низким образовательным уровнем - большая часть из них имела неполное среднее ($n=58$; 38,2%), либо среднее ($n=42$; 27,6%) образование; менее трети овладели какой-либо специальностью. У большей части пациентов отсутствовала приверженность к труду, вследствие чего нарушение трудовой адаптации имело место еще до дебюта психического расстройства и определило отсутствие трудового стажа (9,9%) либо крайне незначительную его продолжительность (53,3%) и материальное неблагополучие. На период обследования группа инвалидности была определена 100% пациентов, 21 (13,8%) признаны недееспособными. Высокие показатели инвалидизации, существенное

количество больных, признанных судом недееспособными, показывают социальную уязвимость, а порой и незащищенность данного контингента.

Пациенты группы сравнения отличались более сохранной трудоспособностью, имели больший трудовой стаж, а также работали на более квалифицированных работах ($p < 0,01$).

Установлена выраженная семейная дезадаптация больных основной группы - 2/3 из них были холостыми ($n=112$; 73,7%), меньшая часть ранее состояли в браке, но в последствие развелись ($n=27$; 17,8%). Детей имели менее четверти обследованных ($n=36$; 23,7%). За длительный период ПЛ взаимоотношения в семьях ухудшились и стали эмоционально холодными или враждебными, часть семей распались. Значительно ($p < 0,01$) возросло количество лиц (до $n=52$; 34,2%) с отсутствием контактов с родными и близкими. Установлено, что больные из группы сравнения навещались родными и близкими гораздо интенсивнее, чаще имели собственные семьи ($p < 0,01$).

Выявлены достоверные ($p < 0,01$) различия по наличию жилья между группой сравнения, где все пациенты были им обеспечены, и основной группой, где у каждого десятого из числа обследованных ($n=15$; 9,9%) отсутствовало определенное место жительства. Данная категория пациентов в период исполнения ПЛ нуждается в особом социальном патронате.

В процессе анализа криминологических характеристик определено, что среди обследованных с длительными сроками ПЛ высока доля лиц, ранее имевших криминальный опыт ($n=63$; 41,4%). Доля лиц, ранее отбывавших наказание в местах лишения свободы, в основной группе была значительно больше (27,6% против 8,0% в группе сравнения), что подтверждает высокий уровень их общественной опасности и требует длительных реабилитационных мероприятий.

Установлено, что к особенностям криминологической характеристики больных основной группы относится насильственный характер общественно опасного поведения (82,2%): почти половина ($n=73$; 48,0%) совершили

убийство, 23,7% (n=36) - агрессивные действия против личности. Обследованные из группы сравнения отличались меньшей тяжестью совершенных правонарушений ($p < 0,01$).

Результаты исследования свидетельствуют о преобладании в нозологической структуре психических расстройств у пациентов с длительными сроками ПЛ шизофрении (n=114, 75%) и органических психических расстройств (ОПР) (n=27, 17,8%). Достоверных различий с группой сравнения по данному параметру не установлено. Однако течение заболевания в основной группе было более неблагоприятным – так, шизофренический процесс имел непрерывный тип течения в 52,6% (n=80) случаев.

Установлено, что почти у половины больных в основной группе (n=72; 47,4%) дебют заболевания произошел в подростковом и юношеском возрасте, многие имели сочетание перенесенных экзогенных вредностей преимущественно ЧМТ с алкоголизацией (n=75; 49,3%), ранее совершали суицидальные попытки (n=45; 29,6%). В группе сравнения эти характеристики имели меньшую распространенность ($p < 0,01$).

У всех больных шизофренией с длительными сроками ПЛ имели место выраженные нарушения дифференцированности эмоциональных проявлений; ассоциативного процесса, снижение синтонности, формальность контакта, аффективные колебания. Психическое состояние 11 (9,6%) из них характеризовалось выраженной пассивностью и апатией. Паранойяльные идеи, параноидная симптоматика при обследовании выявлена у 22 (14,8%). Психопатоподобные проявления в период исполнения ПММХ отмечались у преимущественного большинства 69 (60,5%) пациентов. Наиболее распространенной была параноидная форма шизофрении (n=78; 68,4%). ООД этой категорией больных было совершено в психотическом состоянии, которое определяло патологическую мотивацию поведения. В процессе исполнения ПММХ продуктивная симптоматика у большинства пациентов дезактуализировалась либо была полностью купирована, клиническая

картина определялась дефицитарными изменения психики в виде эмоциональной холодности, нарушения социальных коммуникаций, постепенной аутизации.

В процессе исследования определено, что у большинства пациентов с ОПР в период совершения ООД присутствовала продуктивная симптоматика в виде галлюциноза (n=8; 29,6%) и бредовых идей (n=11; 40,7%). При настоящем обследовании в психическом состоянии больных на первый план выступали эмоциональная неустойчивость, периодические аффективные колебания с проявлением агрессии к окружающим, снижение интеллектуальных способностей, нарушение критического осмысления происходящих вокруг событий. На протяжении исполнения ПММХ распространенными у пациентов с ОПР были когнитивные и эмоционально-волевые нарушения, расстройства поведения. Продуктивная психопатологическая симптоматика у преимущественного большинства была купирована в первый год пребывания в стационаре. В 9 (34,6%) случаях имело место выраженное снижение интеллектуального функционирования до степени деменции. Патология эмоционально-волевой сферы включала эмоциональную лабильность; взрывчатость; повышенную возбудимость со вспышками агрессии.

Установлено, что до совершения ООД у психиатра наблюдались 82,0% больных основной группы, в том числе только 17,7% было установлено активное диспансерное наблюдение (АДН). При этом у большей части имели место факты опасного поведения до совершения ООД и поступления на ПЛ, что позволяло прогнозировать их потенциальную общественную опасность и должно было послужить поводом для включения в группу АДН.

Важной частью исследования являлось определение психопатологических механизмов ООД (Лунц Д.Р., 1972; Котов В.П., Мальцева М.М., 1995) у лиц с длительной пролонгацией стационарного ПЛ. Установлено следующее их распределение: 67,1% (n=102) ООД совершено по продуктивно-психотическим механизмам, в 32,9% (n=50) случаях имели

место негативно-личностные механизмы ООД. В группе сравнения преобладали негативно-личностные механизмы совершения ООД (54%) ($p < 0,01$).

Анализ частоты встречаемости психопатологических синдромов в период совершения ООД показал, что наиболее распространенными были галлюцинаторно-параноидный ($n=73$; 48%), психоорганический ($n=24$; 15,8%) и психопатоподобный ($n=18$; 11,8%) синдромы, определившие патологическую мотивацию поведения больных. При настоящем обследовании у значительной части пациентов отсутствовала продуктивная психопатологическая симптоматика, их психическое состояние характеризовалось выраженными изменениями личности вследствие шизофрении, ($n=79$, 65,5%), психопатоподобным синдромом ($n=37$, 24,3%) либо интеллектуально-мнестическим снижением, достигающим до степени деменции ($n=26$; 17,1%). Таким образом, в период длительного ПЛ в психиатрическом стационаре произошло смещение синдромального регистра с психотического уровня на дефицитарный. Превалирование негативной симптоматики над позитивной подтверждается результатами применения шкалы PANSS у больных шизофренией: в период обследования значение показателя шкалы позитивных симптомов составило 18,3 балла, негативных симптомов – 24,7 баллов, общепсихопатологических симптомов – 39,3 балла. Общий балл по шкале PANSS - 82,3 балла.

В результате анализа характера лечебно-реабилитационных мероприятий, проводимых в период исполнения ПММХ, установлено преимущественное применение биологической терапии при недостаточном (с учетом клинико-психопатологических характеристик заболевания, мультифакториального генеза общественно опасного поведения) психологическом коррекционном воздействии. Выявлены существенные ($p < 0,01$) различия сравниваемых групп больных по проведению психолого-психотерапевтической коррекции: в основной группе на период проведения исследования в занятиях с психологом участвовали только 2,0% больных, в

группе сравнения – 38,0%. Пациенты с длительными сроками ПЛ редко привлекались к постоянной трудотерапии (10,5%), эффективность трудовой реабилитации у них была низкой (22,4%).

Результаты применения тестовой методики SF-36 свидетельствуют о том, что качество жизни пациентов, длительно находящихся на ПЛ, значительно ниже, чем у здоровых людей. Наиболее выраженное снижение отмечено по шкалам «ролевое физическое функционирование» (RP) и «эмоциональное функционирование» (SF). Выявлены отрицательные корреляционные взаимосвязи между длительностью лечения и шкалами: «физическое функционирование» (-0,38), «ролевое физическое функционирование» (-0,53), «жизнеспособность» (-0,13), «ролевое эмоциональное функционирование» (-0,26), что свидетельствует о снижении общей жизненной активности и эмоционального функционирования больных при продолжительном исполнении ПЛ в психиатрическом стационаре.

Полученные в процессе исследования данные свидетельствуют о значительном увеличении количества соматических заболеваний у пациентов за период проведения ПЛ ($p < 0,01$). Наиболее существенно возросла распространенность сердечно-сосудистой и эндокринной патологии.

При анализе результатов применения «Метода оценки субъективной удовлетворенности психически больных лечением в психиатрическом стационаре» (Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д., 2007) установлена положительная корреляционная взаимосвязь между частотой бесед с врачом и субшкалами «взаимоотношение врач-больной» (0,57), «результат лечения» (0,51); между субшкалой «результат лечения» и занятиями с психологом (0,53).

Установлено, что средний индекс агрессивности обследованных больных, определенный по шкалам теста руки Вагнера, составил 0,13, что выше, чем в нормативной выборке, но ниже, чем в асоциальных группах населения. По результатам корреляционного анализа определено, что риск проявления агрессии связан с молодым возрастом на момент совершения

ООД, агрессивным поведением в отделении на протяжении длительного времени, а также многократными нарушениями режима исполнения ПММХ. В группе пациентов, участвовавших в психотерапевтических, психокоррекционных мероприятиях, средний индекс агрессивности был низкий и составил (-) 0,9, у остальных он был равен 0,41.

В процессе исследования определены значимые различия в соблюдении режима стационара между сравниваемыми группами пациентов ($p < 0,01$): стойкая тенденция к нарушению режима исполнения ПММХ имела у 27,0% ($n = 41$) больных, длительно находившихся на ПЛ, в то время как в группе сравнения такие пациенты отсутствовали.

Получены данные, свидетельствующие о повышении приверженности проводимой терапии больных с длительными сроками ПЛ - с 2,0% при поступлении до 30,3% на период обследования. Однако, по сравнению с пациентами группы сравнения, данный показатель в основной группе был значительно ниже ($p < 0,01$).

С учетом установленных социальных, криминологических, клинико-динамических характеристик и эффективности лечебно-реабилитационных процедур *выделены нозонеспецифические подгруппы больных с длительными сроками стационарного ПЛ*, разработаны модели дифференцированной курации пациентов.

Пациенты с выраженными эмоционально-волевыми и поведенческими нарушениями ($n = 64$, 42,1%). Клиническую картину определяют нарушение волевого контроля над поведением; выраженная патология эмоциональной сферы в виде эксплозивности, парадоксальности аффективных разрядов, эмоциональной неадекватности, значительными нарушениями критики и прогностических функций; личностным огрублением. В синдромальной структуре преобладают нарушения поведения, психопатоподобный и психоорганический синдромы. Эта категория больных имеет большую распространенность коморбидной основному заболеванию зависимости от психоактивных веществ. Пациенты неоднократно проявляли вербальную и

невербальную агрессию к персоналу и другим больным, в связи с чем им неоднократно проводилась активная седативная терапия в специализированном отделении стационара, многим изменялся вид ПММХ с общего на специализированный.

Больные нуждаются в длительной психофармакотерапии, направленной на коррекцию нарушений поведения, психопатоподобной симптоматики. Препаратами выбора могут быть нейролептики седативного действия, нейролептики-корректоры поведения, нормотимики, препараты лития. С целью формирования просоциальных поведенческих стереотипов, в том числе закрепления социально одобряемых способов выхода из ситуации фрустрации, целесообразны психологическая коррекция и психотерапия в групповом и индивидуальном режиме с проведением поведенческих тренингов; тренингов, направленных на улучшение социальной когниции, повышение самоконтроля; формирование устойчивого отказа от употребления ПАВ.

Пациенты с непрерывно-прогредиентной динамикой психического расстройства с частыми психотическими эпизодами (n=43, 28,3%). Подгруппа характеризуется частой (с периодичностью более 2-х раз в год) эскалацией психотической психопатологической симптоматики – расстройств восприятия и персекуторных бредовых идей с периодическими ауто- и гетероагрессивными тенденциями, отсутствием приверженности проводимому лечению, в части случаев - стойкой фармакорезистентностью, грубым нарушением критических способностей.

Работу при исполнении ПММХ в психиатрическом стационаре в отношении пациентов этой подгруппы целесообразно направить на преодоление фармакорезистентности, подбор эффективного психофармакологического лечения психотических и сопутствующих им аффективных нарушений с широким применением препаратов пролонгированного действия, атипичных нейролептиков. Психосоциальная реабилитация возможна после купирования продуктивной симптоматики.

Пациенты с непрерывным течением заболевания, нарастающей нейрокогнитивной и эмоционально-волевой дефицитарностью (n=30, 19,7%). У больных данной подгруппы отсутствует симптоматика психотического уровня, их психическое состояние определяется дементным синдромом либо шизофреническими изменениями личности в виде апато-абулического дефекта, степень выраженности которых такова, что больные становятся безынициативными, беспомощными, утрачивают навыки самообслуживания, нуждаются в постороннем уходе. В стационаре пациенты пассивны, эмоционально однообразны, бездеятельны. У многих больных отсутствует жилье, нарушены родственные связи, они социально дезадаптированы.

Такие пациенты нуждаются в активной социальной поддержке. Психосоциальная реабилитация должна быть направлена на решение социальных вопросов, восстановление навыков самообслуживания, межличностной коммуникации, повышение социальной когниции. Важная задача медицинского персонала при работе с одиночными больными данной категории заключается в подготовке необходимых документов и направлении их в органы социальной защиты населения с целью оформления пациента в психоневрологический интернат.

Пациенты с малопрогредившим течением психического расстройства, устойчивой терапевтической ремиссией, достаточной комплаентностью (n=15, 9,9%). Преимущественно совершили тяжкие ООД повторно. На протяжении длительного времени у них отсутствуют обострения либо декомпенсация психического расстройства, выраженные волевые и поведенческие нарушения. Больные получают однотипную поддерживающую психофармакотерапию, имеют устойчивые положительные установки на ее прием, высокий уровень комплаентности во взаимоотношениях с врачом. Течение болезни имеет хронический малопрогредивший характер. Такие пациенты принимают активное участие в работе с психологом и трудовых процессах. Большинство изменило вид ПЛ на более мягкий.

Исполнение ПММХ целесообразно направить на активную психосоциальную реабилитацию с проведением тренингов социального функционирования, межличностных коммуникаций, формированием устойчивых установок на приверженность к лечению и посещению участкового психиатра, прием поддерживающей фармакотерапии, в том числе с применением нейролептиков пролонгированного действия. Показана ступенчатая отмена ПММХ с изменением вида лечения со стационарного на амбулаторный.

Для уточнения степени риска опасного поведения лицам с длительными сроками ПЛ проведена методика Структурированной оценки риска опасного поведения (СОРОП). Средний балл у пациентов с выраженными эмоционально-волевыми и поведенческими нарушениями (n=64) составил (+)29,6 баллов; у больных с непрерывно-прогредиентной динамикой психического расстройства, частыми психотическими эпизодами (n=43) – (+)20,8 баллов. У обследованных с непрерывным течением заболевания, нарастающей нейрокогнитивной и эмоционально-волевой дефицитностью (n=30) средний балл по СОРОП был равен (-) 0,3 балла; у пациентов с малопрогредиентным течением психического расстройства, устойчивой терапевтической ремиссией, достаточной комплаентностью (n=15) он составил (+)4,1 балла. Данные показатели подтверждают результаты клинической оценки и свидетельствуют о высоком риске общественной опасности у пациентов с непрерывно-прогредиентной динамикой психического расстройства, частыми психотическими эпизодами и больных с выраженными эмоционально-волевыми и поведенческими нарушениями.

В период исполнения ПММХ деятельность каждого специалиста (психиатр, психолог, психотерапевт, социальный работник) по его компетенции целесообразно направить как на снижение риска опасного поведения, так и на преодоление необоснованно длительных сроков пребывания больных в стационаре. Применение разработанных моделей

курации, основанных на описанных наиболее распространенных клинико-социальных характеристиках пациентов, позволит повысить качество ПЛ, будет способствовать сокращению повторности совершения ООД.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для эффективной профилактики общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами участковому психиатру целесообразно широко применять активное диспансерное наблюдение и назначение антипсихотических препаратов пролонгированного действия; учитывать факторы, повышающие риск противоправного поведения, значимыми среди которых являются: отсутствие приверженности к проводимой терапии, зависимость от ПАВ, наличие криминального опыта, социальная дезадаптация.

2. В целях снижения потенциальной общественной опасности, риска проявления агрессии, сокращения сроков пребывания в стационаре, повышения качества жизни и субъективной удовлетворенности больных проводимым лечением исполнение ППМХ рекомендуется организовать с использованием мультидисциплинарного принципа взаимодействия специалистов, проведением психотерапевтической и психокоррекционной работы с пациентами.

3. Для определения тактики лечебно-реабилитационной работы рекомендуется использовать описанные нозонеспецифические характеристики больных с длительными сроками стационарного ПЛ, разработанные модели их дифференцированной курации в целях оптимизации сроков госпитализации, предотвращения повторных противоправных действий лиц с психическими расстройствами.

4. При составлении плана лечебно-реабилитационной работы с пациентами, длительно находящимися на стационарном принудительном лечении, рекомендуется учитывать: специфику течения и степень выраженности имеющегося психического расстройства; приверженность к проводимой терапии; психопатологический механизм опасного поведения;

характер и выраженность социальной дезадаптации; наличие криминального опыта; реабилитационный потенциал.

5. При решении вопросов продления/отмены принудительного лечения целесообразно использовать комплексный подход к определению риска опасного поведения с учетом данных длительного динамического наблюдения, психологического исследования, анализа эффективности биологической терапии и психосоциальной реабилитации с применением валидных оценочных инструментов. Его реализация будет способствовать объективизации принимаемого решения, оптимизации сроков госпитализации больного и снижению повторности совершения ООД.

6. Неотъемлемой частью системы профилактики общественно опасного поведения следует считать реализацию гарантируемых государством, предусмотренных Законом РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», мер социальной поддержки лиц с психическими расстройствами в виде социально-бытовой помощи и содействия в трудоустройстве; социально-бытового устройства инвалидов, а также ухода за ними.

ВЫВОДЫ

1. Продолжительность пребывания больных на принудительном лечении в психиатрическом стационаре увеличилась в последние годы как в целом по стране, так и в г. Москве; возросла доля больных с периодом исполнения ПММХ, превышающим 10 лет.

2. К распространенным социально-демографическими характеристикам пациентов с длительными сроками принудительного лечения в психиатрическом стационаре относятся: возраст старше 50 лет; низкий образовательный уровень; высокая потребность в социальной поддержке вследствие инвалидизации и недееспособности; семейная дезадаптация - отсутствие поддержки родных и близких; материальная и жилищная необеспеченность.

3. Клиническими особенностями больных с длительными сроками принудительного лечения являются: раннее начало заболевания и непрерывное прогрессивное его течение; наличие зависимости от ПАВ; большое количество перенесенных экзогенных вредностей; фармакорезистентность; отсутствие приверженности к лечению и наблюдению у психиатра; преобладание продуктивно-психотических психопатологических механизмов совершения опасных действий; смещение (за период лечения) синдромального регистра с психотического уровня на дефицитарный с нарушениями поведения, ростом распространенности деменции, появлением группы больных, фактически беспомощных по психическому состоянию вследствие слабоумия либо выраженного дефекта.

4. К криминологическим характеристикам больных, длительно находящихся на принудительном лечении, относятся: насильственный характер совершенных опасных действий, высокая повторность привлечения к уголовной ответственности, совершение ООД в молодом возрасте.

5. Факторами, способствующими увеличению продолжительности принудительного лечения, являются: частая эксацербация психического расстройства, выраженные нарушения поведения и критических способностей, отсутствие приверженности лечению, зависимость от ПАВ, повторность совершения и насильственный характер опасных действий, утрата родственных (семейных) связей, жилищная неустроенность, необходимость постороннего ухода вследствие беспомощности по психическому состоянию при отсутствии близких.

6. За период длительного исполнения принудительных мер медицинского характера в психиатрическом стационаре ухудшаются семейные и родственные связи, увеличивается распространенность соматической патологии, депрессивной симптоматики, снижаются показатели качества жизни - общая жизненная активность и эмоциональное функционирование больных.

7. Психотерапевтическая и психокоррекционная работа с пациентами, длительно находящимися на принудительном лечении, способствует снижению риска проявления агрессии и общественной опасности в целом, сокращению сроков пребывания в стационаре, повышает субъективную удовлетворенность больного проводимым лечением.

8. Достижение терапевтического эффекта, снижение риска общественной опасности, значительное сокращение сроков пребывания пациентов в психиатрическом стационаре определяется устойчивым улучшением психического состояния, совокупными количественными и качественными оценками восстановления социального функционирования, что требует проработки механизмов социальной, медицинской поддержки социально дезадаптированных пациентов, утративших родственные связи.

9. В целях повышения эффективности применения ПММХ лечебно-реабилитационная работа в отношении пациентов с длительными сроками стационарного ПЛ должна основываться на комплексных нозонеспецифических моделях курации больных, учитывающих клинические особенности течения основного заболевания, эффективность проводимой биологической и психосоциальной реабилитации, данные валидных оценочных инструментов, а также особенности социальной адаптации пациента.

Список работ, опубликованных по теме диссертации.

1. Буравцов К.А. Клинико социальная характеристика больных с длительными сроками принудительного лечения в психиатрическом стационаре. // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г.Казань [Электронный ресурс]: материалы / под общей редакцией Н.Г.Незнанова. — СПб.: Альта Астра, 2015. – С. 827-828 (соавт. Макушкина О.А.).

2. Буравцов К.А. Дискуссионные вопросы прогнозирования общественной опасности с использованием HCR-20 (оценка риска насилия, версия 2) // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии.** – 2016. – № 1 (90) – С. 47-54. (соавт. Макушкина О.А., Жарова Е.Н.).

3. Буравцов К.А. Длительные сроки принудительного лечения больных в психиатрическом стационаре — клиничко-социальный и организационный аспекты // Психическое здоровье. – 2016. – №3 – С. 38—45. (соавт. Макушкина О.А.).

4. Буравцов К.А. Комплексная оценка клинических, социальных и психологических факторов, влияющих на продолжительность исполнения принудительных мер медицинского характера // **Российский психиатрический журнал.** – 2016. – №5. – С.44-51. (соавт. Макушкина О.А., Дурнева М.Ю).

5. Буравцов К.А. Клиничко-социальные особенности и агрессивное поведение пациентов при длительных сроках исполнения принудительных мер медицинского характера // **Обозрение психиатрии и медицинской психологии.** – 2017. – №1. – С. 45-52. (соавт. Макушкина О.А., Дурнева М.Ю).

6. Буравцов К.А. Длительные сроки стационарного принудительного лечения в аспекте профилактики общественной опасности психически больных. // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под редакцией профессора В.В. Вандыша. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, 2017. – Вып. 14. С. 48-60. (соавт. Березкин А.С.).

7. Буравцов К.А. Клиничко-социальные характеристики пациентов с длительными сроками стационарного принудительного лечения и качество оказываемой им помощи. // Актуальные вопросы судебной психиатрии и принудительного лечения. Сборник статей конференции, посвященной 110-летию Психиатрической больницы №5. / Под редакцией А.С. Березкина, О.А. Макушкиной – СПб.: Альтра Астра, 2017. – С. 317-325.