

**ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АМБУЛАТОРНОГО
ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

А.А. Иванова

Омская государственная медицинская академия, Омск

Существующая концепция общественной опасности психически больных объясняет ее происхождение комплексным влиянием клинических, психологических и социальных факторов. Воздействие на них позволяет уменьшить вероятность совершения тяжких деликтов [3, 4, 9, 10]. Осуществление принудительных мер медицинского характера в стационарных условиях не позволяло воздействовать на весь комплекс факторов в связи с ограниченными возможностями применения социотерапевтических мероприятий. Появление амбулаторного принудительного наблюдения и лечения (АПНЛ) способствовало решению данной проблемы, однако до настоящего момента сохраняется потребность в адаптации имеющихся методов лечения к внебольничным условиям работы с опасными пациентами [7]. Актуальной является разработка инструментов оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, а также критериев отмены АПНЛ [2, 6, 12].

Цель настоящего исследования заключалась в изучении клинических и социальных особенностей больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, находящихся на АПНЛ, разработке на этой основе эффективных лечебно-реабилитационных мероприятий и критериев отмены данного вида принудительного лечения.

Проведено сплошное обследование 173 пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, находящихся на АПНЛ в ГУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодниковой» с 2002 по 2005 гг. Выбор данной нозологической формы был обусловлен стабильным преобладанием этих лиц среди психически больных невменяемых [1, 11, 13]. Изученная популяция представлена 156 мужчинами (90,2% обследованных) и 17 женщинами (9,8%) в воз-

расте от 16 до 63 лет. Среди них параноидная шизофрения была выявлена у 77,5% больных, а шизоаффективное и шизотипическое расстройства встречались значительно реже (14,4 и 8,1% соответственно).

В ходе работы применялись следующие методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический, клинико-социальный, статистические методы. Объективизация данных, полученных в ходе клинического интервью, проводилась с помощью «Шкалы общего клинического впечатления» (ШОКВ) и «Шкалы продуктивных и негативных симптомов шизофрении» (PANSS). В качестве критерия оценки степени общественной опасности больного применялся индекс общественной опасности (ИОО).

Согласно принятой методологии изучения невменяемых, вся совокупность пациентов была разделена на две группы по критерию «психопатологический механизм общественно опасного деяния (ООД)» [8]. Такой подход позволяет наиболее полно учесть вклад клинических, личностных и социальных составляющих в генез противоправного поведения пациентов. В изучаемой популяции больных по продуктивно-психотическому механизму совершили ООД 74 пациента (42,8%), по негативно-личностному – 99 человек (57,2%).

В первую подгруппу (с продуктивно-психотическим механизмом ООД) были включены 66 мужчин (89,2%) и 8 женщин (10,8%). Средний возраст пациентов составил $33,1 \pm 9,6$ года. Диагноз параноидной шизофрении (F20) был верифицирован у 51 больного; шизоаффективный психоз (F25) – у 23. Синдромологическая структура психических расстройств у больных этой подгруппы была представлена галлюцинаторно-бредовыми и аффективно-бредовыми расстройствами.

Вторую подгруппу (с негативно-личностным механизмом деликта) составили 90 мужчин (90,9%) и 9 женщин (9,1%). Средний возраст пациентов составил $28,7 \pm 9,8$ года. Диагноз параноидной шизофрении (F20) был установлен у 82 респондентов; шизотипическое расстройство (F21) – у 14 пациентов и у 3 обследованных был выявлен шизоаффективный психоз (F25). Клинические проявления заболевания в момент совершения

правонарушения исчерпывались психопатоподобными состояниями и дефицитарными расстройствами по шизофреническому типу.

При сравнении двух групп между собой было установлено, что пациенты, совершившие ООД по негативно-личностному механизму, на момент правонарушения были достоверно моложе ($p < 0,01$). Кроме того, для них были характерны более низкий уровень образования и доходов ($p < 0,05$), большая частота сопутствующих личностных девиаций и тесная связь между совершением опасного деяния и наличием алкогольного опьянения ($p < 0,001$).

В клиническом плане для пациентов с продуктивно-психотическим механизмом деликта типичным было начало заболевания в более поздние сроки на фоне сохранной личностной структуры и умеренной степени прогрессивности шизофренического процесса. Совершенные ООД были обусловлены галлюцинаторно-бредовыми и аффективно-бредовыми состояниями. У больных с негативно-личностным механизмом отмечалось раннее начало эндогенного заболевания, которое формировалось на фоне преморбидных личностных аномалий, а деликты ассоциировались с психопатоподобными расстройствами и явлениями шизофренического дефекта.

Характер противоправного поведения больных зависел от механизма совершения ООД: при продуктивно-психотическом механизме пациентами совершались преимущественно агрессивные деликты, которые в большинстве случаев являлись первыми в жизни. У больных с негативно-личностным механизмом обнаруживалась отчетливая тенденция к систематическому совершению правонарушений, которые носили в основном имущественный характер. Отличия двух рассмотренных подгрупп больных представлены в таблице.

Полученные данные об особенностях формирования опасного поведения у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, находящихся на АПНЛ, были положены в основу разработанных нами лечебно-реабилитационных программ. Всего с учетом особенностей клинических проявлений заболевания и соотношения различных факторов в генезе

ООД были предложены четыре схемы оказания помощи этим пациентам. В каждой программе были выделены три этапа с учетом рекомендуемой В.П. Котовым и М.М. Мальцевой [5] поэтапной стратегии принудительного лечения: начальный (адаптационно-диагностический), основной (плановая дифференцированная курация), заключительный (завершающий).

Сравнение групп пациентов, совершивших ООД по продуктивно-психотическому и негативно-личностному механизмам

Признак, %	1 группа	2 группа	Достоверность различий
Средний возраст пациентов, лет	33,1±9,6	28,7±9,8	p<0,01
Доля лиц с низким уровнем образования	31,1	45,5	$\chi^2=4,75$; p<0,05
Доля лиц без постоянного места работы	78,4	91,9	$\chi^2=7,69$; p<0,01
Доля лиц с низкими доходами	17,6	31,3	$\chi^2=4,57$; p<0,05
Наличие сопутствующих личностных расстройств	10,8	41,4	$\chi^2=23,39$; p<0,001
Черепно-мозговая травма в анамнезе	27,0	40,4	$\chi^2=3,99$; p<0,05
Поведенческие нарушения в детско-подростковом возрасте	35,7	74,6	$\chi^2=30,79$; p<0,001
Привлечение к уголовной ответственности в преморбиде	16,3	30,3	$\chi^2=5,53$; p<0,05
Совершение ООД в состоянии опьянения	45,9	97,9	$\chi^2=67,06$; p<0,001
Возраст дебюта шизофрении, лет	25,9±9,3	20,5±8,7	p<0,001
Возраст совершения 1-го ООД, лет	31,5±10,6	25,8±9,5	p<0,001

Составными частями программ являлись медикаментозные и немедикаментозные формы терапии. Удельный вес фармакотерапевтической и реабилитационной составляющих был различным в зависимости от степени участия клинических и неклинических факторов в генезе противоправной активности пациентов обеих групп.

Первые две программы по содержанию были близки, поскольку разрабатывались для лиц, совершивших ООД по продуктивно-психотическому механизму. Их общей особенностью было широкое использование психофармакотерапии на всех этапах лечебного воздействия, что определялось практически

полной обусловленностью опасного поведения психотическими расстройствами. Социотерапевтические и психокоррекционные мероприятия применялись в качестве дополнительных. Пациентам с галлюцинаторно-бредовыми состояниями назначались пролонгированные формы традиционных нейролептиков, которые в случае ухудшения комбинировались с препаратами седативного действия. После достижения стабилизации состояния больных переводили на монотерапию пролонгом, либо, при высоком комплаенсе, на пероральные атипичные антипсихотики.

Вторая программа применялась по отношению к больным с аффективно-бредовыми состояниями, при этом методы фармакотерапии были представлены шире в связи с более сложной структурой психотических приступов. На первом этапе использовалось сочетание традиционного нейролептика-пролонга с антидепрессантом (при депрессивном аффекте) или нормотимиком (при маниакальном). Базовым препаратом для купирования шизоаффективных обострений был азалептин, который при необходимости комбинировался с трициклическим антидепрессантом, а поддерживающая терапия проводилась пролонгированным антипсихотиком и нормотимическим средством.

Для третьей и четвертой программ, разработанных для лиц с негативно-личностным механизмом ООД, типичным было активное использование социотерапевтических и психокоррекционных методов, которые к концу лечения даже доминировали над фармакологическими.

При работе с наиболее сложной подгруппой больных с преобладанием психопатоподобных расстройств терапия начиналась с назначения пролонгированного нейролептика в сочетании с корректором поведения или нормотимиком. При рецидиве поведенческих расстройств к ним добавлялся препарат седативного действия, а к моменту прекращения АПНЛ проводилось лечение одним антипсихотиком длительного действия.

Содержание четвертой программы, направленной на коррекцию ассоциированных с опасностью дефицитарных расстройств, на начальном этапе заключалось в применении традиционных пролонгированных нейролептиков, которые в дальнейшем заменялись на атипичные антипсихотики в малых до-

зах. Содержание социотерапевтических мероприятий для лиц с психопатоподобными расстройствами заключалось преимущественно в семейной терапии и психообразовании родственников, а при явлениях дефекта – в инструментальной поддержке и тренинге социальных навыков.

Оценка результатов применения разработанных программ позволила доказать их значительную эффективность. При этом более высокие показатели были достигнуты при работе с пациентами первой группы (с продуктивно-психотическим механизмом ООД). Данные, характеризующие эффективность проведенных мероприятий для всех пациентов первой группы, то есть отражающие усредненные результаты применения первой и второй программ, обусловлены близостью полученных значений в подгруппах. В течение 18 месяцев у них отмечалась редукция общего балла по шкале PANSS с 58,4 до 42,6 балла. Для названного показателя достоверность различий с исходными значениями на уровне $p < 0,05$ достигалась к концу третьего месяца и $p < 0,01$ – через 12 месяцев терапии. Аналогичные результаты были получены при оценке динамики среднего суммарного балла по шкале общего клинического впечатления. Средний балл ШОКВ-тяжесть у лиц с галлюцинаторно-бредовыми и аффективно-бредовыми расстройствами за время наблюдения уменьшился с 3,89 до 2,53. Статистическую достоверность различий с исходным уровнем значения приобретали с шестого месяца терапии.

Наряду с динамикой психического состояния, комплексная оценка эффективности терапии включала в себя анализ степени опасности пациентов, определявшейся с помощью индекса общественной опасности. В первой группе больных в течение 18-месячного периода наблюдения происходило достоверное снижение индекса с $1,8 \pm 0,7$ до $0,9 \pm 0,4$ балла, причем в течение последнего полугодия его значения стабилизировались и оставались на уровне примерно 1 балла, несмотря на продолжавшуюся психофармакотерапию.

Эффективность проведенной противорецидивной терапии мы оценивали по двум базовым показателям: доле пациентов без обострения и доле больных, не совершивших повторных

ООД в течение периода исследования, а также катamnестического наблюдения. Длительность последнего составила от 3 месяцев до 4 лет – в среднем $1,4 \pm 0,5$ года. В первой группе повторные ООД совершили 4,1% больных, а рецидивы психотической симптоматики были зарегистрированы у 12,2%.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что применявшиеся терапевтические схемы позволяют надежно контролировать основные симптомы заболевания и достичь выраженного противорецидивного эффекта у пациентов с продуктивно-психотическим механизмом ООД.

Сводные оценки результатов лечения пациентов с негативно-личностным механизмом деликта показали меньшую его эффективность, чем у лиц с доминированием продуктивных расстройств. Во второй группе имели место более высокие средние значения общего балла по PANSS как на момент начала, так и на момент окончания АПНЛ. Появление статистически достоверных различий по сравнению с исходным уровнем происходило в более поздние сроки, а степень редукции суммарного балла была меньшей, чем среди лиц, совершивших ООД по продуктивно-психотическому механизму (на 27,1 и 15,6% соответственно). В результате 18-месячного курса лечения удалось достичь редукции суммарного балла по PANSS в среднем с 71,2 до 60,1 ($p < 0,01$). Средний балл по ШОКВ-тяжесть уменьшился с 4,31 до 3,08. При этом сроки наступления статистической достоверности в различиях значений совпадали с показателями первой группы.

Несмотря на более высокие значения ИОО, чем в первой группе ($2,1 \pm 0,7$ балла), динамика его редукции подчинялась общим закономерностям: значения индекса к концу первого года АПНЛ приближались к окончательным – $1,1 \pm 0,4$ балла, и в дальнейшем мало подвергались изменениям.

На протяжении 18 месяцев терапии и последующего катamnестического наблюдения, у 21,2% обследованных отмечалось ухудшение психического состояния, а у 7,1% больных были зарегистрированы повторные правонарушения. Доля таких пациентов была выше, чем в первой группе, однако эти различия достигали степени статистической значимости лишь при срав-

нении частоты обострений ($\chi^2=5,65$; $p=0,0175$). Показатель повторности ООД, различаясь в абсолютном выражении более чем в два раза, не соответствовал уровню достоверности ($\chi^2=1,68$; $p=0,194$).

Полученные данные свидетельствуют о том, что пациенты второй группы в силу имевшихся у них клиничко-социальных особенностей обладали меньшим лечебно-реабилитационным потенциалом. Несмотря на это, подбор адекватных схем медикаментозной терапии и целенаправленное воздействие на дезадаптирующее влияние социума, позволяли достичь высоких результатов, что положительно сказывалось на степени общественной опасности.

Полученные результаты эффективности лечебных программ позволили сформулировать критерии отмены АПНЛ больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Для больных с продуктивно-психотическим механизмом они должны включать: наличие сформированной ремиссии и отсутствие на протяжении 6 месяцев признаков активности процесса, значение общего балла по шкале PANSS не более 45, достижение приемлемого уровня социальной адаптации, значения индекса общественной опасности не более 1 балла на протяжении не менее чем 6 месяцев.

Для лиц с негативно-личностным механизмом ООД прекращение АПНЛ возможно при отсутствии признаков активности процесса на протяжении 6 месяцев, значении общего балла по шкале PANSS не более 62, решении социальных проблем, отсутствии проявлений опасного поведения на протяжении 6 месяцев, значении индекса общественной опасности не более 1,5 балла на протяжении 6 месяцев.

Таким образом, в результате проведения исследования были разработаны схемы фармако- и социотерапевтических мероприятий для пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, находящихся на АПНЛ. Применение комплексных лечебно-реабилитационных программ в отношении этого контингента позволило достичь достоверного улучшения психического состояния больных, верифицируемого по

шкалам PANSS и ШОКВ ($p < 0,01$), а также снизить уровень общественной опасности ($p < 0,01$).

Литература

1. Белоусова М.Л. Преступность и опасные действия больных шизофренией в период 1988-1998 гг. (социально-демографические и криминологические характеристики) / М.Л. Белоусова // Рос. психиатр. журн. 2002. №5. С. 33-37.
2. Дмитриев А.С. Психофармакотерапия в условиях принудительного лечения / А.С. Дмитриев, И.Н. Винникова, Н.В. Лазько // Судебная психиатрия: метод. и организац. проблемы совр. судебно-психиатр. практики / под ред. академика РАМН Т.Б. Дмитриевой. М., 2004. Вып. 1. С. 41-55.
3. Дмитриева Т.Б. Проблемы и перспективы судебно-психиатрической службы в Российской Федерации / Т.Б. Дмитриева // Рос. психиатр. журн. 2006. № 2. С. 4-9.
4. Кондратьев Ф.В. Особенности диагностирования шизофрении у больных, совершивших общественно опасные деяния: пособие для врачей / Ф.В. Кондратьев. М., 2006. 54 с.
5. Котов В.П. Судебная психиатрия / В.П. Котов, М.М. Мальцева // Руководство по психиатрии: в 2 т. / под ред. А.С. Тиганова. М., 1999. Т.1. С. 372-403.
6. Лифшиц А.Е. Диссимуляция агрессивности в период завершения принудительного лечения / А.Е. Лифшиц, А.А. Лифшиц // Психич. здоровье и безопасность в обществе: науч. материалы 1-го нац. конгресса по соц. психиатрии. М., 2004. С. 77.
7. Линчук А.Д. Опыт централизованной организации принудительного лечения в структуре областного психиатрического стационара / А.Д. Линчук // Совр. тенденции организации психиатр. помощи: клин. и соц. аспекты (материалы Рос. конф.) М., 2004. С. 420-421.
8. Мальцева М.М. Опасные действия психически больных (психопатологические механизмы и профилактика) / М.М. Мальцева, В.П. Котов. М., 1995. 256 с.
9. Хамитов Р.Р. Сопряженность клинко-демографических показателей с характером деликтов психически больных, представляющих особую опасность / Р.Р. Хамитов // Рос. психиатр. журн. 2003. №3. С. 42-45.
10. Freedman D., Hemenway D. Precursors of lethal violence: a death row sample // Social science and medicine. 2000. Vol. 50. P. 1757-1770.

11. *Hodgins S, Muller-Isberner R.* Preventing crime by people with schizophrenic disorders: the role of psychiatric services // *British Journal of Psychiatry.* 2004. Vol. 185. P. 245-50.
12. *O'Reilly R.L.* Does involuntary out-patient treatment work? // *Psychiatric Bulletin.* 2001. Vol. 25. P. 371-374.
13. *Wallace C., Mullen P., Burgess P.* Criminal Offending in Schizophrenia Over a 25-Year Period Marked by Deinstitutionalization and Increasing Prevalence of Comorbid Substance Use Disorders // *Amer. jour. of psychiatry.* 2004. Vol. 161. P. 716-727.