

А. М. Кушнір
**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
 СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ**

А. Н. Кушнір

Современные подходы к медико-социальной реабилитации общественно опасных больных шизофренией

A. M. Kushnir

Modern approach to medical and social rehabilitation in socially dangerous schizophrenic patients

Мета досліджень — розробити сучасні підходи до медико-соціальної реабілітації особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію. Проведено популяційне поперечне дослідження «серії випадків», «випадок — контроль» 511 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, які вчинили особливо тяжкі суспільно небезпечні діяння (СНД). В основу розподілу на групи порівняння покладений психопатологічний механізм реалізації (МР) СНД: до дослідження включені 251 хворий з продуктивно-психотичним МР СНД (I група) та 127 хворих з негативно-особистісним МР СНД (II група). Доведено потребу системного цілісного інтегративного оцінення загального криміногенного статусу вказаного контингенту у межах триєдиного (біопсихосоціального) підходу — клініко-біологічна, психологічна і соціальна складові. Провідними завданнями медико-психологічної реабілітації в умовах застосування примусових заходів медичного характеру є виявлення криміногенних чинників, що брали участь у формуванні протиправної поведінки, з подальшою їх елімінацією відповідно до МР СНД. Встановлено, що значення соціальних криміногенних чинників є суттєвим, але меншим (порівняно з клінічними та особистісними). Тому застосування лише психосоціального підходу до лікування і реабілітації таких хворих є недостатнім для зниження їх суспільної небезпеки.

Ключові слова: шизофренія, суспільно небезпечні діяння проти життя особи, повторні особливо суспільно небезпечні діяння, медико-соціальна реабілітація

Цель исследований — разработать современные подходы к медико-социальной реабилитации больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность. Проведено популяционное поперечное исследование «серии случаев», «случай — контроль» 511 мужчин, больных параноидной шизофренией, совершивших особо тяжкие общественно опасные деяния (ООД). В основу разделения на группы положен психопатологический механизм реализации (МР) деликта: в исследование вошли 251 больной с продуктивно-психотическим МР ООД (I группа) и 127 больных с негативно-личностным МР ООД (II группа). Доказана необходимость системной целостной интегративной оценки криминогенного статуса указанного контингента в рамках триединого (биопсихосоциального) подхода — клинико-биологическая, психологическая и социальная составляющие. Основными задачами медико-психологической реабилитации в условиях применения принудительных мер медицинского характера является выявление криминогенных факторов, участвовавших в формировании противоправного поведения, с последующей их элиминацией в соответствии с МР ООД. Установлено, что роль социальных криминогенных факторов является существенной, но меньшей (по сравнению с клиническими и личностными). Поэтому применение только психосоциального подхода к лечению и реабилитации таких пациентов недостаточно для снижения их общественной опасности.

Ключевые слова: шизофрения, общественно опасные деяния против жизни человека, повторные общественно опасные деяния, медико-социальная реабилитация

The purpose of research is to develop the new approaches due medical and social rehabilitation of especially socially dangerous schizophrenic patients. A cross-sectional, case series, case control study of 511 men population with paranoid schizophrenia, who committed grave and especially grave social dangerous act (SDA) were conducted. All patients were segregated into comparison groups subject to delict's psychopathological mechanism: the study included 251 patients with productive-psychotic mechanism SDA (I group) and 127 patients with negative-personal mechanism SDA (II group). The necessity of an integrated differentiated systematic assessing the overall criminogenic status specified contingent within the triune (bio-psycho-social) approach — clinical and biological, psychological and social components, — was proved. The key objectives of the medical and psychological rehabilitation during compulsory treatment is a diagnostic the criminogenic factors, which involved in the formation of illegal behavior with subsequent elimination in accordance with the mechanism SDA. It is established that the value of social criminogenic factors are significant, but smaller in the equation of clinical and personal. So the use the psychosocial rehabilitation approaches due to treatment and rehabilitation of such patients is insufficient to reduce their public danger.

Keywords: schizophrenia, socially dangerous acts against the life of a person, repeated especially socially dangerous acts, medical and social rehabilitation

Вітчизняні та закордонні систематичні огляди (з використанням мета-аналізу наукових даних) вказують на значну частоту рецидивів суспільно небезпечних діянь (СНД) проти життя особи* (ПЖО) серед хворих на шизофренію. Порівняльний аналіз поширеності і причин скоєння повторних СНД (ПСНД) цим контингентом в різних країнах світу свідчить про те, що довгострокове застосування примусових заходів медичного характеру (ПЗМХ), зокрема із втіленням якісних комплексних диференційованих лікувально-реабілітаційних програм (КДЛРП) та спостереження після виписки сприяють зниженню реалізації ПСНД пацієнтами з шизофренією [1—6].

Незважаючи на важливість і складність зазначеної проблеми, ефективність застосування ПЗМХ до таких

хворих у нашій країні і за кордоном залишається недостатньою, а методологічні, методичні, інструктивні розробки КДЛРП потребують удосконалення та підвищення рівня доказовості щодо їх застосування.

Зазначене зумовило мету дослідження — розробити сучасні підходи до медико-соціальної реабілітації особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію.

Дизайн дослідження: популяційне, поперечне, «серії випадків», «випадок — контроль».

На базі психіатричної лікарні з суворим наглядом (м. Дніпро) проведено популяційне дослідження усіх чоловіків, хворих на шизофренію, які вчинили СНД ПЖО — вичерпно повна репрезентативна вибірка, по суті тотожна їх генеральній сукупності в Україні. Всього обстежено 511 пацієнтів у віці від 16 до 76 років (середній вік — 39,72 ± 0,50 років), переважно з параноїдною шизофренією (F20.0) (95,30%), здебільшого — з безперервним типом перебігу. За ознакою психопатологічного МР СНД

*Делікти у вигляді вбивств, тяжких тілесних ушкоджень зі смертельними наслідками, об'єднаних терміном «СНД проти життя особи». © Кушнір А. М., 2017

пацієнти були поділені таким способом: продуктивно-психотичний (П-П) МР СНД встановлений у 251 хворого, негативно-особистісний МР СНД — у 127 хворих, змішаний — у 112 обстежених.

Для виокремлення чинників ризику-антиризиків проведено компаративний аналіз показників клініко-психопатологічного (зокрема з урахуванням контекстуальних чинників), клініко-анамнестичного (психіатричний, наркологічний, сімейний, соціальний анамнез, анамнез СНД), соціально-демографічного (освіта, робота, матеріальний статус, родина і соціальні зв'язки), клінічного методів дослідження (відповідно до модулів розробленої Карті обстеження) за ознакою вчинення повторного (163 хворих на шизофренію) або одноразового (294 пацієнти з шизофренією) СНД.

З аналізу були виведені 54 обстежених у зв'язку з невідповідністю критеріям включення або неповними даними за одним/декількома методами дослідження.

Оброблення 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 [7].

Для усіх ознак, частота яких в групах порівняння була достовірно різною, розраховували діагностичні коефіцієнти (ДК) і міри інформативності Кульбака (MI) [8].

Заходи КДЛРП, запроваджені до пацієнтів, які скоїли особливо суспільно небезпечні делікти, суттєво різняться тих, що використовують у загальній психіатричній практиці до хворих на шизофренію, як за умовами проведення (застосування ПЗМХ), так і за їх кінцевою метою. Остання полягає, перш за все, у профілактиці ПСНД. Досягнення саме цієї мети вказує на ефективність медико-соціальної реабілітації. Тобто, якщо під час лікування і реабілітації психічно хворого, що не скоював кримінальних вчинків, лікар намагається досягти клінічного одужання чи поліпшення його психічного стану, то при побудові лікувально-реабілітаційних програм щодо хворих на шизофренію, які вчинили СНД, лікар керується прагненням знизити суспільну небезпеку пацієнта до того рівня, коли він собою перестане її становити, отже, не скоїть нового СНД [9, 10].

Термін «медико-соціальна реабілітація» повною мірою відображає наш погляд на «філософію» лікування та реабілітацію зазначеного контингенту, а його використання зумовлено таким.

Проведене популяційне дослідження зумовило потребу розглядати психічний розлад, що лежить в основі неосудності хворого, як єдине біопсихосоціальне поняття (біопсихосоціальна модель психічних розладів [11, 12]), ґрунтуючись на принципах багатоосового і системного підходів, з використанням положень щодо етапності, сукупності, диференційованості та індивідуальності лікувально-реабілітаційних втручань.

Сутність біопсихосоціального підходу при роботі з пацієнтами під час застосування ПЗМХ полягає у розумінні інтегрованого функціонально-динамічного характеру їх взаємодії з оточуючим, переважно соціальним середовищем. Інакше кажучи, психопатологічні прояви процесуального захворювання, тобто змінені хворобою функції психіки (біологічний субстрат), знаходять власний відбиток і реалізуються у соціальному континуумі, який відображається в особливостях соціальної адаптації і соціального функціонування (СФ) пацієнтів, їх міжособистісних відносинах тощо, що є значущим у поведінці (правомірної поведінки або кримінально карані вчинки).

Принцип багатоосового підходу забезпечує отримання даних щодо механізмів формування та МР скоєно-

го СНД на різних осях, що відтворюють сутність психічних порушень, особистісно-соціальних орієнтацій (настанов), а також СФ хворого.

Принцип системного підходу дозволяє провести всебічне дослідження ознак, що формують загальний статус хворого, та їх взаємозв'язків як у межах окремої осі (аутокореляційний аналіз), так і на різних осях (кроскореляційний аналіз).

Така інтегративна оцінка функціонального стану пацієнта (мультиmodalність) дозволяє виокремити його клініко-біологічні, психологічні, соціальні особливості і створити всебічне відображення хворого у властивих саме йому діагностичних категоріях, характер яких визначається його адаптаційно-компенсаторними можливостями — тобто сформулювати реабілітаційний діагноз. Саме такий погляд на побудову КДЛРП дозволяє усунути суспільну небезпеку пацієнта, зумовлену клінічним, особистісним та соціальним чинниками, якщо вони беруть участь у генезі (механізм формування і механізм реалізації) СНД та стають криміногенними [9, 10].

Зазначене зумовлює необхідність сукупного медико-соціопсихологічного оцінення загального статусу вказаного контингенту хворих, а також комплексність й диференційованість лікувально-реабілітаційних впливів.

Тому для розкриття механізмів формування скоєного СНД проводили аналіз клінічних, особистісних та соціальних чинників. Вони найбільш повно відображали психічні прояви хвороби в їхньому взаємозв'язку та взаємозумовленості протягом усього періоду захворювання, що передувало реалізації останнього делікту, супроводжувало його та зумовило неосудність особи. Це, в свою чергу, дало змогу виявити криміногенні чинники, які брали участь у формуванні протиправної поведінки [10].

Таке визначення лікувально-реабілітаційних програм — медико-соціальної реабілітації — для зазначеного контингенту також вказує на низку обов'язкових кроків, що роблять КДЛРП ефективними щодо профілактики вчинення ПСНД хворими на шизофренію, а саме:

а) комплексний підхід у реалізації індивідуалізованих програм ПЗМХ (за участю психіатра, психолога, соціального працівника — медичний [психіатричний, медико-психологічний аспекти] та соціальний напрямки КДЛРП);

б) урахування результатів аналізу генезу скоєного СНД, а також криміногенних чинників на момент прибуття особи до психіатричної лікарні з їх подальшим моніторингом (розмежування хворих за МР СНД, а також встановлення ієрархічної структури численних маркерів, що супроводжували скоєння теперішнього кримінального караного вчинку і прогностичних чинників ризику-антиризиків повторних СНД у межах юридичного та медичного критеріїв неосудності;

в) принципи необхідності і достатності [10].

Зазначене також зумовлює нагальну потребу включити до індивідуалізованих КДЛРП дві важливі стратегії [13], спрямовані, з одного боку, на профілактику психопатологічної симптоматики, що детермінувала СНД, а також рецидивів основного захворювання, з другого — на найбільш повноцінну інтеграцію пацієнта у суспільство, а з третього — на посилення усвідомлення хворим власного психічного стану, особливостей реагування щодо навколишніх обставин та адекватності їх сприйняття. До них належать:

а) індивідуально-центроване формування практичних і соціальних навичок (поліпшення СФ) пацієнта для максимально можливого функціонування в умовах стресогенних обставин (зокрема поза психіатричної

лікарні з суворим наглядом), а також оптимізації його реагування на стрес;

б) створення відповідного терапевтичного режиму (екологічно щадливого) як в умовах застосування ПЗМХ, так і після виписки, у сукупності з розвитком відповідних ресурсів мікро- та макрооточення задля редукції потенційних стресорів.

При цьому, якщо до хворих на шизофренію, які не вчиняли СНД, достатньо використовувати одну із зазначених стратегій, то до контингенту, про який йдеться, — їх поєднання.

Треба додати, що використання, скажімо, поняття «психосоціальна терапія і реабілітація», на наш погляд, є менш доцільним. Тлумачення цього терміну [14] вказує лише на психосоціальний підхід (при зменшенні локусу уваги щодо біологічного компонента), а психосоціальна терапія і реабілітація у загальному сенсі мають за мету забезпечення рівноваги між психічним функціонуванням особи та соціальними стосунками, що впливають на її життєдіяльність. Тобто, це формування або відновлення недостатніх або втрачених внаслідок хвороби когнітивних, мотиваційних, емоційних ресурсів особистості, навичок, знань, вмій взаємодіяти, розв'язувати проблеми, використовувати стратегії опанування психопатологічної симптоматики психічно хворим з вадами соціальної адаптації, що мають забезпечувати їх інтеграцію у суспільство [14].

Заходи КДЛРП, що треба запроваджувати до особливо суспільно небезпечних пацієнтів з шизофренією, хоча і мають бути спрямовані на вищевказані аспекти, але повинні враховувати специфіку застосування ПЗМХ. Вона складається з двох істотних компонентів [15]:

а) своєрідності клініко-феноменологічної картини психічного розладу і зумовлених ним особливостей СФ та інших криміногенних чинників, що у сполученні складають формулу неосудності: юридичний та медичний критерії неосудності;

б) тривалого тримання за рішенням суду таких пацієнтів в умовах проведення ПЗМХ, що сприяє поглибленню дезадаптації, а також їх алло- та аутостигматизації.

Це зумовлює необхідність відповідної етапності лікувально-реабілітаційних втручань та чіткої їх диференціації за МР СНД.

Ми поділяємо пропозиції Котова В. П., Юр'євої Л. М. [9, 10, 15, 16], що серед етапів медико-соціальної реабілітації доцільно виокремлювати такі:

а) адаптаційно-діагностичний; б) інтенсивних лікувально-реабілітаційних заходів; в) стабілізації досягнутого ефекту; г) завершальний.

Нами запропоновано загальні заходи на кожному із вказаних етапів [10, 15] (ретельний опис КДЛРП відповідно до цих етапів для хворих з різними МР СНД буде наданий у наступних публікаціях).

На адаптаційно-діагностичному етапі у межах клініко-біологічного дослідження проводили клінічне, клініко-психопатологічне, анамнестичне обстеження, а саме: вивчали соматичний статус, наркологічний анамнез, психіатричний статус (психопатологічний синдром, тип перебігу, прогредієнтність, гострота стану, стадія захворювання, тип дефекту, тип реагування на дефект, особливості попередньої психофармакотерапії), судово-психіатричні аспекти вчиненого СНД, — підсумковим показником ставав узагальнювальний клінічний діагноз. Він складався з нозологічної належності захворювання, основного і факультативного синдромів, типу перебігу хвороби, характеру стану, що зумовив необхідність ПЗМХ,

преморбідних особливостей пацієнта з шизофренією, який вчинив СНД ПЖО.

Ці дані стали підґрунтям для розкриття механізмів формування скоєного хворим останнього СНД (передували ним) по клінічній осі.

Встановлення сутності МР СНД (за показниками судово-психіатричних аспектів вчиненого СНД) дало змогу визначити конкретні криміногенні чинники, що брали у ньому безпосередню участь:

а) на клінічній осі: психічний стан хворого в період скоєння СНД — психопатологічні прояви та їх структуру, що відбивалися на поведінці хворого в юридично значимій ситуації;

б) на особистісній осі: особистісні особливості, соціальні особистісні настанови, мотиви вчинення СНД;

в) на соціальній осі: вплив соціальних та мікросередовищних (зокрема ситуаційно зумовлених) чинників на реалізацію СНД.

Під час планування фармакотерапії усі ці дані враховували, особливу увагу приділяли тим психічним порушенням, що брали участь в генезі СНД.

З метою забезпечення достатнього рівня якості надання медичної допомоги особам, щодо яких застосовані ПЗМХ в умовах психіатричної лікарні з суворим наглядом, згідно з чинними стандартами (наказ МОЗ України від 27.07.1998 р. № 226 «Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України», наказ МОЗ України від 05.02.2007 р. № 59 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія»), використовували локальні протоколи медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія» за розділами МКХ-10 (F00—09, F10—19, F20—29, F30—39, F70—73), що призначені для використання у роботі ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України».

На цьому етапі ПЗМХ також проводили психодіагностичне дослідження хворих з метою уточнення глибини, структури психічних порушень, визначення компенсаторних, інших наявних психічних можливостей, їх соціальних, особистісних особливостей, орієнтацій та мотивів.

Психологічний блок включав дев'ять психологічних методик самооціночного й об'єктивного характеру. Це було потрібно для встановлення важливих складових реабілітаційного діагнозу, що за сукупністю психологічних характеристик лягли в основу якісного і кількісного аналізу різнобічної психологічної адаптації кожного пацієнта, де кінцевим результатом став психологічний діагноз.

Соціальне дослідження проводили спільно психіатр і психолог задля оцінювання рівнів СФ, функціональної недостатності та психосоціальної адаптації. Соціальну допомогу надавав соціальний працівник психіатричної лікарні з суворим наглядом, обов'язками за посадою якого на цьому етапі були:

— збирання максимально повної інформації щодо соціального статусу хворого (за блоками ознак Карти дослідження: загальні відомості, освіта, робота, кошти на життя, родина та соціальні зв'язки, анамнез суспільно небезпечних діянь);

— складання плану проведення потрібних соціально-реабілітаційних заходів;

— ознайомлення пацієнта зі структурою та лікувальним режимом відділення і разом із психологом —

надання потрібної допомоги в адаптації до нових для нього умов (дослідження оцінки хворим особливостей тримання особи в умовах ПЗМХ [відчуття комфорту/дискомфорту, що пов'язані з кількістю осіб в палаті, одягом, співвідношенням режиму проведення КДЛРП та відпочинку тощо]).

Загальновідомо, що між вчиненням СНД, досудовим і судовим провадженням з проведенням судово-психіатричної експертизи, постановленням ухвали про неосудність і застосуванням ПЗМХ з доправленням психічно хворого до спеціальної психіатричної лікарні минає багато часу. А тому роль чинників, що брали участь в генезі скоєного СНД, може змінитись. У зв'язку з цим, поряд із встановленням чинників, які брали участь в генезі скоєного СНД, встановлювали їх потенційну ймовірну криміногенність на момент прийому хворого до психіатричного стаціонару [10]. На таке також були спрямовані дослідження цього етапу.

На етапі інтенсивних лікувально-реабілітаційних заходів, ґрунтуючись на отриманих на попередньому етапі результатах, будували адекватні індивідуально-центровані КДЛРП, що включали в себе і профілактику ПСНД. Їх основу складали заходи (біологічні [терапевтичні], психотерапевтичні, психокорекційні, психосоціальні, соціально-реабілітаційні), спрямовані на усунення чинників, що становлять підвищений ризик скоєння нових СНД цим контингентом хворих.

При цьому враховували принципи необхідності і достатності (визначали і забезпечували оптимальний обсяг втручань за встановлювану судом тривалість ПЗМХ аж до усунення криміногенних чинників, а отже, й суспільної безпеки особи).

У КДЛРП хворих з різними МР СНД важливе місце посідали вищенаведені заходи психосоціальної терапії і реабілітації, а також психотерапевтична та психокорекційна робота. Останні були орієнтовані на формування у пацієнтів з наркогеніями позитивних особистісних орієнтацій, негативних настанов щодо вживання алкогольних напоїв та/чи наркотиків, доброзичливого ставлення до своїх родичів, сприйняття родини в цілому тощо.

У випадках, коли СНД були скоєні за негативно-особистісним механізмом (зокрема при виражених емоційно-вольових порушеннях), психотерапія і психокорекція були спрямовані не лише на навчання оптимальним формам поведінки в можливих проблемних ситуаціях, але й на закріплення соціально позитивних особистісних орієнтацій, вироблення негативу до вживання алкогольних напоїв та/або наркотичних засобів, поваги й дотримання норм кримінального законодавства і т. ін.

У КДЛРП хворих з П-П МР СНД основну увагу приділяли лікувальній і соціально-адаптаційній складовим відповідно до зниження гостроти продуктивно-психотичної симптоматики. Одним з провідних акцентів психотерапії та психокорекції була робота з родичами таких пацієнтів.

Функціональні обов'язки соціального працівника психіатричної лікарні з суворим наглядом полягали у контактуванні з місцевою владою, управліннями соціального захисту населення, Пенсійного фонду України, паспортними відділами Державної міграційної служби, родичами, опікунами для:

— з'ясування, перевірки даних щодо наявності місця реєстрації, фактичного проживання хворого до госпіталізації, стану житла, а також під чиїм наглядом перебуває майно. У разі втрати хворим житла на етапах досудового/судового провадження з'ясовували можливості та вжи-

вали заходів з відновлення володіння ним через органи прокуратури або у судовому порядку;

— встановлення наявності, обсягу та регулярності отримання хворим соціальної допомоги, а також ступінь виконання/невиконання установою соціального захисту (де прикріплений пацієнт) або опікуном (піклувальником) покладених на них функцій;

— організація зустрічей з нотаріусом, юристом (за потреби).

На етапі стабілізації досягнутого ефекту закріплювали результати медикаментозного лікування, проводили його корекцію. Також зміцнювали просоціальні особистісні настанови, формували критичне ставлення хворого до СНД, осмислення, оцінювання ним чинників, маркерів, що його зумовили і супроводжували вчинення.

Соціальний працівник проводив далі роботу із зміцнення доброзичливих стосунків хворого з родичами, законними представниками (за наявності), допомагав в оформленні йому пенсії, стежив за термінами повторного огляду медико-соціальною експертною комісією.

На завершальному етапі ПЗМХ готували хворого до виписки зі стаціонару. При цьому обов'язково проводили контрольні клінічні, параклінічні, психодіагностичні дослідження (для уточнення соціальних, особистісних орієнтацій, об'єктивізації динаміки позитивного психосоціального, психотерапевтичного та психокорекційного впливу).

Визначення динаміки криміногенних чинників (їх стійкість, зниження, усунення) у кожного пацієнта закладу з'ясовували за допомогою психіатричного огляду комісією лікарів-психіатрів у встановлені кримінальним законодавством (ст. 95 Кримінального кодексу України, ст. 19 Закону України «Про психіатричну допомогу») терміни (не рідше одного разу на 6 місяців) для вирішення питання про наявність підстав для звернення до суду із заявою про припинення, зміну або продовження застосування ПЗМХ.

Це надавало змогу в кожному конкретному випадку проводити потрібну корекцію реалізації КДЛРП та своєчасно (до спливання чергового шестимісячного терміну) клопотати перед судом про зміну або припинення ПЗМХ.

Під час підготовки до виписки хворих на шизофренію (при зміні виду ПЗМХ) враховували такий феномен як дисимуляція. Це зумовлено тим, що фактор дисимуляції фактично наявної психопатологічної симптоматики свідчить про недостатнє розуміння пацієнтом реальної ситуації, неповне прогнозування своєї поведінки і є протипоказанням до припинення ПЗМХ через те, що приховано потужний психопатологічний механізм суспільної безпеки особи [10].

Не викликає сумніву, що зазначена етапність КДЛРП є доцільною, але може бути зміненою у кожному конкретному випадку відповідно до клініко-біологічних, особистісних, соціальних особливостей пацієнтів. Ці зміни стосуються переважно тривалості зазначених етапів та, у відповідних випадках, оминання окремих складових деяких з них. Наприклад, тривалість етапу інтенсивних лікувально-реабілітаційних заходів залежала від психопатологічної картини хвороби (зокрема наявного типу дефекту), а також соціально-психологічних ресурсів, ресурсів психічної, соціальної адаптації, рівня функціональних можливостей та функціональної недостатності пацієнта, швидкості його відновлення, відсутності резистентності до терапії і т. ін.

В клінічних випадках, коли спостерігали загострення процесу на тлі терапії або внаслідок психогенних декомпенсуючих станів, а також поспішних висновків (під впли-

вом адвокатів, родичів, інших осіб) щодо завершення етапу, доводилося повертатися до його витоків задля оптимальної ефективності лікувально-реабілітаційного процесу.

Важливими складовими усіх етапів КДЛРП було встановлення прогностичних чинників ризику-антиризиків реалізації повторних деліктів хворими на шизофренію задля нівелювання чинників ризику та потенціювання — антиризиків. Таку прогностичну оцінку здійснювали за допомогою розроблених нами спеціальних таблиць. Усі чинники ризику-антиризиків становили показники за методами дослідження (клініко-психопатологічним, зокрема з урахуванням контекстуальних чинників; клініко-анамнестичним: психіатричний, наркологічний, сімейний, соціальний анамнез, анамнез СНД; соціально-демографічним: освіта, робота, матеріальний статус, родина і соціальні зв'язки; клінічним), діагностичну цінність яких було доведено за допомогою порівняльного аналізу частот окремих ознак в групах хворих на шизофренію, які скоїли однократні СНД та пацієнтів, які реалізували повторні делікти, з обчисленням діагностичних коефіцієнтів (ДК) та мір інформативності Кульбака (MI) для кожного з показників.

Виокремлення цих ознак дозволило об'єднати найбільш інформативні ($MI_{\min} = 0,1$) з них у зазначені формальні прогностичні таблиці з метою визначення на їх ґрунті індивідуального ризику здійснення ПНСД за допомогою послідовної процедури Вальда в модифікації Гублера. Суть процедури полягала в тому, що бажаного рівня достовірності прогнозу досягали за допомогою підсумовування значень ДК (ΣDK), отриманих під час обстеження певної особи за показниками, що вивчаються. При цьому ДК послідовно додавали один до одного, відповідно до їх MI (від більшого значення MI до меншого). Достовірність прогнозу на рівні $p < 0,001$ встановлювали при $\Sigma DK > 30$, $p < 0,01$ — при $\Sigma DK > 20$, а $p < 0,05$ — при $\Sigma DK > 13$). Треба зазначити, що саме міра інформативності визначала — з якого чинника треба починати вищевказану процедуру, а саме: від найбільш інформативного аж до досягнення потрібного ступеня прогнозу.

Термін етапу стабілізації міг бути тривалішим у обстежених, які мали статистично значущу вірогідність ризику ПНСД через недостатню впевненість у досягненні сталого ефекту щодо профілактики повторних деліктів.

Проведене дослідження дозволило дійти таких висновків.

1. Ключовою відмінністю медико-соціальної реабілітації хворих на шизофренію під час застосування примусових заходів медичного характеру у спеціальному психіатричному стаціонарі від традиційної психосоціальної реабілітації в звичайних психіатричних закладах є профілактика повторних СНД. При цьому чільне місце під час її проведення займають кроки, спрямовані на усунення клінічного, особистісного та соціального чинників, що брали участь у генезі (механізм формування і механізми реалізації) останнього делікту проти життя особи, є криміногенними, зумовлюють суспільну небезпеку пацієнта.

2. Функціональний (реабілітаційний діагноз) хворих на шизофренію в умовах ПЗМХ ґрунтується на триєдиному (біопсихосоціальному) підході, що передбачає системну цілісну інтегративну медико-соціопсихологічну оцінку загального криміногенного статусу (клініко-біологічну, психологічну і соціальну). Його треба формулювати у діагностичних категоріях, які найбільш повно відображають психічні прояви шизофренії, їх взаємозв'язок, взаємообумовленість, що спричинили неосудність особи (до реалізації останнього делікту, протягом скоєння СНД

та після нього). Метою такої діагностики є виявлення криміногенних чинників, які брали участь в формуванні протиправної поведінки.

3. При психосоціальному підході відбувається зміщення фокусу лікувально-реабілітаційних програм у бік ситуаційних чинників (соціально-економічні обставини) та підвищення адаптаційно-компенсаторних можливостей пацієнта стосовно них, що є недостатнім для зниження його суспільної небезпеки. У цьому зв'язку елімінація клінічних і особистісних чинників їх суспільної небезпеки на тлі розкриття механізмів формування та реалізації скоєного СНД, при меншому, але суттєвому, значенні соціальних криміногенних чинників, — є свідченням результативності медико-соціальної реабілітації хворих на шизофренію.

Список літератури

1. Prevalence and attributes of criminality in patients with schizophrenia / [Abolfazl Ghoreishi, Soleiman Kabootvand, Ebrahim Zangani, et al.] // J Inj Violence Res. 2015. № 7(1). P. 7—12.
2. Sher L., Rice T. Prevention of homicidal behaviour in men with psychiatric disorders // The World Journal of Biological Psychiatry. 2015. № 16. P. 212—229.
3. Golenkov Andrei, Nielsens Olav, and Large Matthew. Systematic review and meta-analysis of homicidal recidivism and Schizophrenia // BMC Psychiatry. 2014. Vol. 14. P. 46. PMID: PMC3933385.
4. Richard-Devantoy S. I., Olie J. P., Gourevitch R. Risk of homicide and major mental disorders: a critical review // Encephale. 2009. № 35 (6). P. 521—530.
5. Rueve Marie E., Welton Randon S. Violence and Mental Illness // Psychiatry (Edgmont). 2008. № 5 (5). P. 34—48.
6. Eronen M., Tiihonen J., Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior // Schizophr Bull. 1996. № 22 (1). P. 83—89.
7. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Киев : Морион, 2000. 320 с.
8. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. Москва : Медицина, 1978. 294 с.
9. Котов В. П., Мальцева М. М. Психически больной в современном обществе: опасно ли это? // Право и психиатрия / [сост. С. В. Полушинская ; ред. Бородин С. В., Рябова Л. И.]. Москва : Юрид. лит., 1991. С. 146—164. (Серия: «Проблемы, мнения, перспективы»).
10. Табачников С. И., Мельник В. И., Кушнір А. М. Припинення та зміна примусових заходів медичного характеру щодо психічно хворих, які скоїли суспільно небезпечні діяння та перебувають у психіатричній лікарні з суворим наглядом (методичні рекомендації). Київ, 2003. 20 с.
11. Семичов С. Б. Предболезненные психические расстройства. Москва : Медицина, 1987. 184 с.
12. Бройтигам В., Кристіан П., Рад М. Психосоматическая медицина / пер с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка ; предисл. В. Г. Остроглазова. Москва : ГЭОТАР Медицина, 1999. 376 с.
13. Rössler W. Psychiatric rehabilitation today: an overview // World Psychiatry. 2006. № 5 (3). P. 151—157.
14. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных // Российский психиатрический журнал. 2006. № 2. С. 61—64.
15. Юрьева Л. Н. Шизофрения : клиническое руководство для врачей. Днепропетровск : Новая идеология, 2010. 244 с.
16. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре : руководство для врачей / под ред. В. П. Котова]. Москва : РИГ ГНЦ СИСП им. В. П. Сербского, 2001. 350 с.

Надійшла до редакції 04.03.2017 р.

КУШНІР Анатолій Миколайович, керівник Державного закладу «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом» Міністерства охорони здоров'я України, м. Дніпро, Україна

KUSHNIR Anatolii, Head of the State Institution "Ukrainian mental hospital with the high security" of Ministry of Health of Ukraine, Dnipro, Ukraine