

УДК 616.895.8-06-316.4.057

А. М. Кушнір

СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЯННЯ ПРОТИ ЖИТТЯ ОСОБИ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ: СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ АСПЕКТ

А. Н. Кушнір

Общественно опасные деяния против жизни человека при шизофрении: социально-демографический аспект

A. M. Kushnir

Socially dangerous acts against the lives of individuals with schizophrenia: social and demographic aspects

Були обстежені 511 чоловіків з шизофренією, які вчинили суспільно небезпечні діяння (СНД). Усі пацієнти в подальшому були поділені на дві групи порівняння: I група — особи з негативно-особистісним механізмом реалізації (127 осіб) та II група — особи з продуктивно-психотичним механізмом реалізації суспільно небезпечних діянь (251 особа). Задля реалізації мети використовували комплексний підхід, що включав клініко-психопатологічний та статистичний методи. В результаті проведеного дослідження хворих на шизофренію, які вчинили СНД проти життя особи, підтверджена наявність порушень їх соціальної і трудової адаптації. За структурою соціально-демографічних чинників, що характеризують соціальне неблагополуччя та сприяють проявам суспільної небезпеки, цей контингент практично не відрізняється від загальної генеральної сукупності осіб, щодо яких судом застосовані інші види примусових заходів медичного характеру. В результаті проведеного аналізу була підтверджена наявність порушень соціальної і трудової адаптації хворих на шизофренію, які скоїли суспільно небезпечні діяння. Було доведено, що механізм реалізації суспільно небезпечного діяння можна розглядати як важливий предиктор повторних СНД.

Ключові слова: суспільно небезпечні діяння, шизофренія, соціально-демографічний аспект

Были обследованы 511 мужчин с шизофренией, совершивших общественно опасные деяния (ООД). Все пациенты в дальнейшем были разделены на две группы сравнения: I группа — лица с негативно-личностным механизмом реализации (127 человек) и II группа — лица с продуктивно-психотическим механизмом реализации общественно опасных деяний (251 человек). Для реализации цели использовался комплексный подход, включавший клинико-психопатологический и статистический методы. В результате проведенного исследования больных шизофренией, совершивших ООД против жизни человека, подтверждено наличие нарушений их социальной и трудовой адаптации. По структуре социально-демографических факторов, характеризующих социальное неблагополучие и способствующих проявлениям общественной опасности, данный контингент практически не отличается от общей генеральной совокупности лиц, в отношении которых судом применены другие виды принудительных мер медицинского характера. В результате проведенного анализа было подтверждено наличие нарушений социальной и трудовой адаптации больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния. Было доказано, что механизм реализации общественно опасного деяния может рассматриваться как важный предиктор повторных ООД.

Ключевые слова: общественно опасные деяния, шизофрения, социально-демографический аспект

There were 511 men with schizophrenia who performed socially dangerous acts. All patients were further divided into 2 groups of comparison: group I — persons with a negative personality mechanism of implementation (127 persons) and group II — persons with a productive-psychotic mechanism for the implementation of socially dangerous acts (251 persons). In order to achieve the goal, a comprehensive approach was used including clinico-psychopathological and statistical methods. As a result of a study of patients with schizophrenia who committed the SDA against human life, the existence of violations of their social and labor adaptation has been confirmed. According to the structure of socio-demographic factors characterizing social disadvantages and contributing to the manifestations of social danger, this contingent practically does not differ from the general population of persons, on which the court applied other types of compulsory measures of a medical nature. As a result of the analysis, there was confirmed the existence of violations of social and labor adaptation of schizophrenic patients who committed socially dangerous acts. It has been proved that the mechanism of realization of a socially dangerous act can be considered as an important predictor of the repeated SDA.

Key words: socially dangerous acts, schizophrenia, socio-demographic aspect

Проблема суспільно небезпечних діянь проти життя особи (СНД ПЖО) пацієнтів з психічними розладами, зокрема хворих на шизофренію, належить до найбільш актуальних в загальній і судової психіатрії [1, 4]. З огляду свого великого соціального значення ця проблема завжди привертала пильну увагу лікарів, суспільства і держави [2, 3]. Питання взаємовпливу психічних розладів і ризику здійснення психічно хворими тяжких насильницьких правопорушень були предметом багатьох досліджень, а попередження суспільно небезпечних діянь пацієнтів з психічними розладами є одним з першорядних завдань психіатрії [4—6, 12].

Дані сучасних досліджень показують, що зростання СНД ПЖО серед пацієнтів з психічними розладами загалом відповідає такому в населенні [11]. За даними Генпрокуратури, 2013 року в Україні було зафіксовано 13 тисяч особливо тяжких злочинів, а 2015 року — вже 21,5 тисяч [13]. Кількість тяжких злочинів загалом по країні

збільшилася на 28 % [9, 11]. Треба наголосити, що зростання злочинності міцно пов'язане з соціально несприятливими тенденціями в нашому суспільстві, які полягають у погіршанні економічної ситуації, падінні української економіки, погіршанні добробуту населення, стрімкому зменшенні доходів, ліквідації робочих місць [14—16]. Такі негативні соціально-економічні перетворення останніх десятиліть в нашій країні зумовлюють збільшення напруженості в суспільстві, сприяють виникненню національних і етнічних конфліктів, зростання злочинності [8, 12]. В таких умовах найбільш вразливою групою є пацієнти з психічними розладами, тому що вони відрізняються низьким рівнем якості життя і соціальної інтеграції, швидко втрачають соціальні зв'язки, навички самообслуговування і контроль над своєю поведінкою, тому вивчення цих аспектів має істотне значення для профілактики СНД ПЖО [1, 3, 8, 10, 16]. Згідно з кримінальною статистикою, в останні роки збільшується кількість випадків суспільно небезпечних діянь проти особистості, скоєних пацієнтами з психічними розладами [13]. Тільки 2013 року кількість

СНД, скоєних пацієнтами з психічними розладами, що включають осудність, склала 10 642 випадків [11, 16].

Актуальною проблемою сучасної психіатрії є пошук найбільш ефективних форм і засобів реабілітації та соціальної адаптації психічно хворих, які становлять суспільну небезпеку. Переконали статистичні відомості свідчать про те, що частота вчинених СНД хворими на шизофренію більшою мірою корелює з їх соціально-демографічними (стать, вік, освіта, професійна кваліфікація, соціальна адаптація, якість життя, психологічні характеристики оточення), соціально-особистісними особливостями, моральною конституцією, ніж з психопатологічною тяжкістю захворювання [2, 7, 11]. За даними літературних джерел, основні соціально-демографічні характеристики контингенту психічно хворих, які становлять найбільшу соціальну небезпеку, суттєво відрізняються від загальної популяції неосудних, що здійснюють СНД, та відіграють істотну прогностичну роль в превенції формування особливо небезпечних форм патологічно зміненої поведінки [4, 6, 9, 14]. Тому розуміння соціально-демографічних характеристик пацієнтів з психічними розладами дозволить визначити чинники ризику скоєння СНД ПЖО та розробити заходи їх профілактики.

Мета дослідження — вивчення соціально-демографічних характеристик пацієнтів з шизофренією, що скоїли СНД ПЖО.

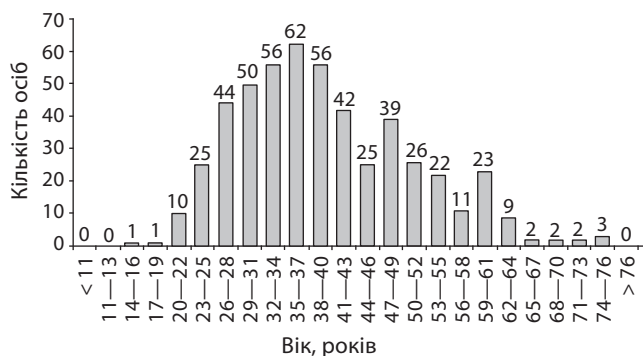
Для реалізації поставленої мети були обстежені 511 чоловіків з шизофренією, які вчинили СНД ПЖО. Усі пацієнти в подальшому були поділені на 2 групи порівняння: I група — особи з негативно-особистісним механізмом реалізації (Н-О МР) СНД (127 осіб) та II група — особи з продуктивно-психотичним механізмом реалізації (П-П МР) СНД (251 особа).

Використовували комплексний підхід, що включав клініко-психопатологічний (вивчення скарг, клінічного, соціального анамнезу, психопатологічного стану) та статистичний методи (точний метод Фішера, кластерний аналіз) [17].

Під час збирання даних соціального анамнезу звертали увагу на склад батьківської родини; умови виховання (гармонічне, гіперопіка, всездозволеність, гіпоопіка, бездоглядність); рівень матеріальної забезпеченості батьківської родини; сімейний стан, тривалість його збереження, ступінь задоволення ним; умови типового проживання за останні три роки до госпіталізації та ступінь задоволення від такого проживання; наявність у близькому оточенні осіб, які мали шкідливі звички, аддиктивну поведінку, проблеми з психічним здоров'ям, зловживали ПАР, вчиняли СНД; спосіб проведення вільного часу, наявність близькі взаємовідносини з членами родини, друзями; наявність періодів, що характеризувалися серйозними проблемами у спілкуванні з оточенням в емоційному (словесні образи), у фізичному (завдання шкоди), у сексуальному (сексуальні домагання) планах, серйозними конфліктами (за місяць до вчинення СНД) та ступінь стурбованості ними.

Першим етапом аналізу було визначення загальних соціально-демографічних характеристик пацієнтів з шизофренією, які скоїли СНД ПЖО. Серед досліджуваних переважали особи віком 39,72 ± 0,50 років (більш ніж половину складають пацієнти віком 26—43 роки, 310 осіб, 66,67 %) (рисунок), православні (441 хворий, 86,30 %) українці (453 особи, 88,65 %), міські мешканці (339 осіб, 66,34 %, з них у великому індустріальному місті проживають 39,33 %, у невеликому — 27,01 % хворих), що мешкають за місцем реєстрації (476 осіб, 93,15 %), пас-

портизовані (436 осіб, 85,32 %) та мають житло (455 осіб, 89,04 %), характеризуються низьким освітнім рівнем (360 осіб, 70,45 %, найбільш типова форма освіти — середня професійна (професійно-технічне училище — ПТУ, після завершення 8 класів навчання в загальноосвітній школі), 177 осіб, 34,64 %), переважно пенсіонери, інваліди або безробітні (184 хворих, 36,01 % та 101 пацієнт, 19,77 %, відповідно, усього — 285 осіб, 55,77 %) (табл. 1).



Розподіл обстежуваних за віком на момент обстеження

Таблиця 1. Розподіл обстежуваних за соціально-демографічними показниками

Соціально-демографічні показники	Частота	
	абс., осіб	відн., %
Місце проживання:		
велике індустріальне місто	201	39,33
невелике місто, пгт	138	27,01
село	158	30,92
невідомо	14	2,74
Варіанти проживання:		
мешкає за місцем реєстрації	476	93,15
мешкає не за місцем реєстрації	13	2,54
невідомо	22	4,3
Наявність паспорта:		
так	436	85,32
ні	70	13,70
невідомо	5	0,98
Наявність прав власності на житло:		
так	455	89,04
ні	35	6,85
невідомо	21	4,11
Рівень освіти:		
неповна середня (8 класів середньої школи — СШ)	84	16,44
середня (10 класів СШ)	99	19,37
середня професійна (8 класів СШ + ПТУ)	177	34,64
середня спеціальна (технікум)	86	16,83
базова (незакінчена) вища	36	7,05
повна вища	29	5,68
Рід заняття (найбільш характерний тип роботи за останні 3 роки) в порядку зменшення частоти:		
пенсіонер або інвалід	184	36,01
безробітний	101	19,77
повний робочий день (40 годин на тиждень)	76	14,87
ув'язнення або лікування	55	10,76
неповний робочий день (епізодично)	44	8,61
неповний робочий день (почасова оплата)	39	7,63
студент	8	1,57
військовослужбовець	4	0,78

Наявність психічної патології у віці до 18 років та її виникнення у 18—20 років встановлено у 78 хворих (15,26 %) через факти звільнення від служби в армії або комісування з її лав. З них діагноз «шизофренія» верифіковано лише у 29 осіб (5,67 %), а іншими підставами були «психічне захворювання» (35 осіб, 6,85 %), розлади особистості або черепно-мозкова травма — по 3 (0,59 %) випадки, олігофренія (8 пацієнтів, 1,57 %).

Доход нижче прожиткового мінімуму мали 460 хворих (90,01 %), 58 осіб (11,35 %) мали нульовий сукупний річний доход (у середньому — 6 896,58 ± 396,69 грн серед тих, хто його мав, і 6 113,80 ± 364,72 грн серед усіх), а на момент вчинення останнього СНД не працювали 313 осіб (61,25 %). Середня кількість робочих днів серед тих, хто працював (198 пацієнтів, 38,74 %), була 214,93 ± 11,92 днів і 83,86 ± 6,57 дні в популяції (близько 7 та 3 місяці відповідно).

За соціальним статусом більшість обстежених представлена робочими (275 осіб, 53,82 %), у інших професійні навички відсутні (43,63 % обстежених, 223 хворих), а проблеми з працевлаштуванням тривали у них у середньому протягом 51,98 ± 1,96 місяців (приблизно 4 роки).

Обтяженість основного захворювання наркологічною патологією виявлено у 76 осіб (14,87 %), наявність хронічної соматичної хвороби, що суттєво впливала на якість життя, встановлено у 348 пацієнтів (68,10 %). Зокрема, встановлено, що в популяції хворих на шизофренію, які вчинили СНД ПЖО, середня кратність усіх госпіталізацій, що не пов'язані з теперішньою, склала 7,44 ± 0,30 разів ($N_{\min} = 1$ раз, $N_{\max} = 50$ разів). Найбільш частою причиною кількості звернень та кратності стаціонарного лікування були психічні та поведінкові розлади. Середня кількість таких госпіталізацій становила 6,87 ± 0,30 разів (мінімум 1 раз до стаціонару потрапляли 72 особи (14,09 %), 2 рази — 53 (10,37 %), 3, 4 та 5 разів — 45 (8,81 %), 41 (8,02 %) та 46 (9,00 %) осіб відповідно, максимальна кількість — 50 разів). Друге місце посідала соматична патологія — пацієнти госпіталізувалися у середньому 2,14 ± 0,16 рази (від 1 до 3 разів стаціонарно лікувалися 92 (18,00 %), 45 (8,81 %), 16 (3,13 %) хворих, відповідно, а деякі обстежені проходили терапію 20 разів), і третє — алкоголізм

та наркоманії — 2,08 ± 0,33 рази ($N_{\min} = 1$, $N_{\max} = 10$ разів).

Треба зазначити, що незважаючи на відносно малу частку госпіталізованих в минулому з приводу алкоголізму на наркоманії (28 хворих, 5,47 %), їх поширеність серед хворих на шизофренію, які вчинили СНД ПЖО, є більшою. Зокрема, психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР нами було верифіковано у 19 пацієнтів (3,72 %), а вживання алкоголю зі шкідливими наслідками — у 57 осіб (11,15 %).

Ознаки відхилень у соматичному статусі виявлено у 379 (74,17 %) обстежених. В дослідженій групі найбільш поширеними були ті ж самі соматичні захворювання, що і в загальній популяції хворих на соматичні хвороби, а саме: кардіосклероз внаслідок атеросклерозу, ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, хронічний пієлонефрит, а соматична патологія представлена досить широким спектром розладів.

Отже, в процесі аналізу загальних соціально-демографічних даних щодо популяції чоловіків — пацієнтів з шизофренію, які вчинили СНД ПЖО в Україні, встановлено, що ці показники відповідають таким в генеральній сукупності психічно хворих, які вчинили інші види СНД. Тобто, пацієнти, які становлять особливу суспільну небезпеку, суттєво не різняться від останніх за соціально-демографічними чинниками формування протиправної поведінки. Але клінічні, особистісні та соціальні предиктори вчинення СНД ПЖО хворими на шизофренію, зокрема в контексті механізмів їх реалізації, потребують подальшого дослідження як потенційні маркери-мішені лікувально-реабілітаційних заходів, а також клініко-соціальні критерії оптимальної тривалості примусових заходів медичного характеру. Тому на другому етапі усі пацієнти були поділені на ґрунті кластерного аналізу на дві групи за механізмом реалізації СНД ПЖО: П-П МР та Н-О МР.

Треба наголосити, що чисельність хворих у групах порівняння є самостійною інформативною ознакою, яка свідчить про те, що П-П МР СНД спостерігається у 1,98 разів частіше (251 обстежений проти 127 за Н-О МР СНД), а значить, такі пацієнти сукупно становлять більшу суспільну небезпеку. Середні значення інших кількісних соціально-демографічних ознак наведені в таблиці 2.

Таблиця 2. Середні значення кількісних соціально-демографічних показників функціонального діагнозу в групах порівняння

Ознака, одиниця виміру	Хворі на шизофренію, які вчинили СНД	
	I група, n = 251	II група, n = 127
	M ± m	
Вік на момент обстеження, роки	38,96 ± 0,72	40,19 ± 0,97
Тривалість проживання за місцем мешкання, міс.	273,89 ± 10,42	242,10 ± 13,66
Тривалість госпіталізації, міс.	46,32 ± 1,98	49,75 ± 2,38
Освіта (середня і вища разом), міс.	138,44 ± 1,47	134,26 ± 2,13
Стажування або спеціальні курси, міс.	7,32 ± 1,07	5,73 ± 1,09
Тривалість перебування за останнім місцем роботи, міс.	38,00 ± 3,41	33,24 ± 5,28
— серед тих, хто працював, днів	227,25 ± 15,51	252,29 ± 35,42
— серед всіх, днів	99,99 ± 9,87	81,45 ± 15,46
— у вигляді заробітної плати («чистими»), грн	6244,07 ± 553,53	7463,62 ± 2162,33
— у вигляді допомоги по безробіттю, грн	3811,25 ± 1499,43	561,50 ± 134,64
— у вигляді пенсії по інвалідності, грн	3616,29 ± 410,36	2417,77 ± 346,59
— у вигляді пенсії за віком, грн	5820,71 ± 512,88	3405,43 ± 958,53
— від членів родини, друзів, грн	2570,69 ± 404,42	1549,29 ± 391,18
— неофіційний доход, грн	3399,59 ± 759,79	3083,33 ± 755,83
— сукупний доход, грн	7253,30 ± 483,51	5874,36 ± 1091,14
Кількість утриманців, осіб	0,39 ± 0,09	0,23 ± 0,07

Ознака, одиниця виміру	Хворі на шизофренію, які вчинили СНД	
	I група, n = 251	II група, n = 127
	M ± m	
Проблеми з працевлаштуванням за останні 5 років до нинішньої госпіталізації: — тривалість, днів	761,79 ± 65,31	644,41 ± 80,87
Збереження поточного сімейного статусу, міс.	138,02 ± 10,66	188,24 ± 16,77
Кількість друзів, осіб	9,35 ± 4,83	5,22 ± 1,16
Тривалість серйозних конфліктів за місяць до вчинення СНД, днів		
— з членами родини (серед тих, хто мав родину)	16,34 ± 1,74	12,28 ± 2,10
— з членами родини (серед усіх)	6,57 ± 0,86	3,87 ± 0,83
— з іншими особами (серед тих, хто мав контакти)	13,29 ± 2,63	12,52 ± 2,72
— з іншими особами (серед усіх)	3,60 ± 0,80	2,07 ± 0,60

Примітка. Напівжирним шрифтом виокремлені вірогідні різниці показників в порівнюваних групах (p < 0,05)

Як було встановлено, на рівні середніх значень проаналізованих кількісних соціально-демографічних ознак вірогідні різниці між виокремленими групами порівняння незначні. Вони стосуються рівня доходу протягом року до вчинення СНД у вигляді допомоги по безробіттю, а також пенсій по інвалідності і за віком (який був у пацієнтів I групи вірогідно вищий), а також збереженню рівня поточного сімейного стану (який був вірогідно вищий у II групі).

Імовірно, ці відмінності зумовлені саме особливостями психічного статусу обстежених. Добре відомо, що пацієнти з продуктивно-психотичною симптоматикою мають більший рівень енергетичного потенціалу, стійкість у досягненні своєї мети, ніж пацієнти з домінуванням негативних, дефіцитарних симптомів, що не може не відбиватися на рівні доходів перших у вигляді державної допомоги. Проте зворотню стороною цих клінічних проявів основного захворювання є, зокрема, порушення здатності зберігати свій поточний сімейний стан. На ко-

ристь цього свідчить також і підвищена конфліктність пацієнтів з П-П МР СНД, на що вказує вірогідно велика тривалість серйозних конфліктів з членами родини впродовж місяця, який передував вчиненню СНД. Саме тому наступним напрямом психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію з таким психопатологічним механізмом має стати психосоціальна робота, спрямована на зниження рівня конфліктності, що особливо яскраво виявляється в стосунках з членами родини.

Поглиблений, подіапазонний аналіз кількісних соціально-демографічних показників підтвердив отримані дані і виявив додаткові відмінності між групами порівняння (табл. 3). Зокрема, встановлено, що тривалість перебування за останнім місцем роботи (більше ніж 24 місяці), а також кількість оплачуваних робочих днів (серед тих, хто працював більше ніж 280 днів) і дохід у вигляді пенсії по інвалідності (більше ніж 7200 грн) протягом року до вчинення СНД були вірогідно вищим у хворих на шизофренію з П-П МР СНД (p < 0,05).

Таблиця 3. Результати подіапазонного аналізу вірогідних кількісних соціально-демографічних показників функціонального діагнозу в групах порівняння¹⁾

Ознака	Частота ознаки, %		відношення частот	ДК	МІ	P	
	I група, n = 251	II група, n = 127					
Загальні відомості							
Місце мешкання: місто	72,91	59,84	0,82	-0,86	0,06	0,0035	
село	27,09	40,16	1,48	1,71	0,11	0,0035	
Віросповідання (світогляд):	православ'я	89,24	77,95	0,87	-0,59	0,03	0,0019
	атеїзм	5,58	13,39	2,40	3,80	0,15	0,0061
	інше	0,40	2,36	5,93	7,73	0,08	0,0373
Освіта / робота / матеріальний статус							
Неповна середня (8 класів СШ)	13,15	25,98	1,98	2,96	0,19	0,0011	
Середня професійна (8 класів СШ + ПТУ)	37,05	28,35	0,77	-1,16	0,05	0,0223	
Незакінчена вища	9,16	3,15	0,34	-4,64	0,14	0,0159	
Служив повний строк в строювих частинах армії	35,86	23,62	0,66	-1,81	0,11	0,0049	
Наявність професійних навичок: є	56,97	51,18	0,90	-0,47	0,01	0,0493	
Наявність водійського посвідчення: є	21,12	11,81	0,56	-2,52	0,12	0,0092	
Наявність власного автомобіля: є	6,77	2,36	0,35	-4,57	0,10	0,0384	
Звичайний (останній) рід занять: робочий	23,90	18,11	0,76	-1,21	0,03	0,0468	
	інвалід	30,28	37,80	1,25	0,96	0,04	0,0314

Ознака		Частота ознаки, %		відношення частот	ДК	МІ	Р	
		I група, n = 251	II група n = 127					
Найбільш характерний тип роботи за останні 3 роки	повний робочий день	19,12	8,66	0,45	-3,44	0,18	0,0031	
	пенсіонер або інвалід	35,06	40,94	1,17	0,67	0,02	0,0479	
	ув'язнення або лікування в примусовому порядку	5,18	10,24	1,98	2,96	0,07	0,0328	
Переїмання працевлаштуванням протягом останніх 5 років до вчинення СНД	незначно	10,36	17,32	1,67	2,23	0,08	0,0212	
	значно	7,57	3,15	0,42	-3,81	0,08	0,0443	
	дуже сильно	3,59	0,79	0,22	-6,58	0,09	0,0239	
Важливість працевлаштування нині і в минулому	неважливо	41,43	49,61	1,20	0,78	0,03	0,0280	
	незначно	10,36	19,69	1,90	2,79	0,13	0,0061	
	помірно	24,70	17,32	0,70	-1,54	0,06	0,0280	
	значно	16,33	8,66	0,53	-2,76	0,11	0,0152	
Тривалість перебування за останнім місцем роботи		54,22	65,63	1,21	0,83	0,05	0,0351	
Кількість оплачених робочих днів протягом року до СНД: серед тих, хто працював		62,73	78,05	1,24	0,95	0,07	0,0323	
Доход у вигляді пенсії по інвалідності протягом року до СНД		78,48	96,23	1,23	0,89	0,08	0,0027	
Родина і соціальні зв'язки								
Задоволеність сімейним станом: так		33,07	42,52	1,29	1,09	0,05	0,0178	
Типове проживання (за останні 3 роки) до госпіталізації	з родиною	9,96	4,72	0,47	-3,24	0,08	0,0347	
	в ув'язненні	1,20	4,72	3,95	5,97	0,11	0,0341	
Улюблене проведення часу до госпіталізації	з друзями	34,66	44,09	1,27	1,05	0,05	0,0183	
	на самоті	37,45	26,77	0,71	-1,46	0,08	0,0107	
Задоволеність таким проведенням часу	байдуже	27,89	17,32	0,62	-2,07	0,11	0,0076	
	так	66,14	74,02	1,12	0,49	0,02	0,0279	
Проблеми в спілкуванні протягом життя	з матір'ю	37,85	44,88	1,19	0,74	0,03	0,0372	
	з сибсами	22,71	33,86	1,49	1,73	0,10	0,0069	
	з партнером	33,86	47,24	1,40	1,45	0,10	0,0038	
	з дітьми	21,91	38,58	1,76	2,46	0,20	0,0003	
	з іншими членами родини	21,12	29,92	1,42	1,51	0,07	0,0172	
	з друзями	12,35	20,47	1,66	2,19	0,09	0,0144	
	з колегами по роботі	22,71	32,28	1,42	1,53	0,07	0,0135	
Погане поводження з хворим в родині	ні	49,80	63,78	1,28	1,07	0,08	0,0031	
	так	39,44	29,92	0,76	-1,20	0,06	0,0173	
З боку кого і в якому плані	Мати (в емоційному)	20,72	14,17	0,68	-1,65	0,05	0,0344	
	Мати (в фізичному)	5,18	0,79	0,15	-8,18	0,18	0,0213	
	Батько (в емоційному)	16,73	7,87	0,47	-3,27	0,15	0,0072	
	Батько (в фізичному)	9,16	3,15	0,34	-4,64	0,14	0,0159	
	Сибси (в емоційному)	10,76	5,51	0,51	-2,90	0,08	0,0376	
	Партнер (в емоційному)	8,37	3,94	0,47	-3,27	0,07	0,0489	
Наявність конфліктів за місяць до СНД	з членами родини	40,24	31,50	0,78	-1,06	0,05	0,0228	
	з іншими людьми	27,09	16,54	0,61	-2,14	0,11	0,0073	
Переїмання протягом 30 днів до вчинення СНД проблемами:	в родині	ні	45,02	55,91	1,24	0,94	0,05	0,0118
		значно	13,55	7,87	0,58	-2,36	0,07	0,0370
		дуже сильно	11,16	2,36	0,21	-6,74	0,30	0,0013

Ознака			Частота ознаки, %		Відношення частот	ДК	МІ	Р
			I група, n = 251	II група, n = 127				
Переїмання протягом 30 днів до вчинення СНД проблемами:	поза родиню	ні	54,98	68,50	1,25	0,96	0,06	0,0036
		помірно	15,94	8,66	0,54	-2,65	0,10	0,0186
		значно	11,95	6,30	0,53	-2,78	0,08	0,0331
		дуже сильно	8,37	2,36	0,28	-5,49	0,16	0,0123
Важливість отримання лікування або консультації в частині проблем	в родині	ні	60,56	69,29	1,14	0,59	0,03	0,0227
		незначно	7,17	16,54	2,31	3,63	0,17	0,0031
		значно	9,16	2,36	0,26	-5,89	0,20	0,0067
		дуже сильно	4,78	0,79	0,16	-7,83	0,16	0,0067
	поза родиню	ні	55,78	65,35	1,17	0,69	0,03	0,0179
		значно	12,35	0,79	0,06	-11,95	0,69	0,0000
Збереження поточного сімейного стану			84,46	70,33	0,83	-0,80	0,06	0,0047
Тривалість серйозних конфліктів за місяць до СНД (серед усіх)			74,50	84,25	1,13	0,53	0,03	0,0101

Примітки: ¹⁾ — в таблиці наведені тільки ті ознаки, між якими встановлені вірогідні різниці між порівнюваними груп

Насамперед, збереження поточного сімейного стану (більше ніж 360 місяців) і тривалість серйозних конфліктів за місяць до вчинення СНД (протягом менше ніж 6 днів) були більшою мірою ($p < 0,05$) характерні для хворих на шизофренію з Н-О МР СНД.

Варто зазначити, що інформативність (МІ) більшості з наведених соціально-демографічних ознак як маркерів, супутніх тому або іншому МР СНД, невелика. Єдиним винятком є показник «високий рівень доходів у вигляді пенсії по інвалідності (більш ніж 7200 грн)» у хворих з П-П МР СНД. Ця ознака має найбільшу діагностичну цінність і інформативність (ДК = -7,56 при МІ = 0,67) в блоці описаних соціально-демографічних показників, що зайвий раз свідчить про відносно вищу стінічність таких пацієнтів. В процесі аналізу якісних характеристик, що стосуються загальних відомостей, а також даних про освіту, роботу і матеріальний статус обстежених перед вчиненням СНД, виявлені чисельні відмінності між групами порівняння (див. табл. 3).

Серед пацієнтів, хворих на шизофренію, з П-П МР СНД вірогідно ($p < 0,05$) була більшою частка осіб, які сповідують православ'я і що живуть в містах, а серед хворих з Н-О МР СНД — атеїсти і сільські жителі. Окрім вказаних, маркерами П-П МР СНД встановлені: незавершена вища освіта, повний строк служби в строю частинах армії, наявність професійних навичок, а також водійського посвідчення, власного автомобіля. Зайнятість повний робочий день упродовж останніх трьох років перед вчиненням СНД також була властивою переважно цієї категорії пацієнтів. Варто також зазначити, що пацієнти з П-П МР СНД демонстрували вищий рівень переїмання своїм працевлаштуванням як упродовж минулих років, так і нині.

Наведені дані свідчать про те, що висока «енергійність» хворих на шизофренію з П-П МР СНД діалектично зумовлює не лише підвищений (порівняно з хворими на шизофренію з Н-О МР СНД) рівень небезпеки вчинення СНД, але і передбачає наявність реабілітаційного потенціалу, який, в разі його оптимального використання, може бути реалізований у вигляді зниження їх суспільної

небезпеки. Виявлені особливості прямо вказують на те, що одним з основних напрямків психосоціальної реабілітації цієї категорії хворих може бути розвиток навичок навчання і трудових навичок, а також інших видів складної конструктивної активності як реальної альтернативи деструктивним імпульсам.

Найважливішим компонентом реабілітації психічно хворих, зокрема і на шизофренію, є створення лікувального мікро- і макросоціального оточення і сприяння найбільш повної їх ресоціалізації. Ось чому останній фрагмент дослідження присвячений аналізу якісних показників і встановленню маркерів соціальних взаємодій у хворих з різними МР СНД (див. табл. 3).

В процесі аналізу якісних показників соціальних взаємодій обстежених виявлені парадоксальні, на перший погляд, співвідношення між рівнем задоволеності своїм сімейним станом, з одного боку, і задекларованими проблемами в спілкуванні з особами з найближчого оточення.

Зокрема, у хворих з П-П МР СНД проблем в спілкуванні з найближчим оточенням було менше, ніж у хворих з Н-О МР СНД, при цьому вони (за їх словами) вірогідно частіше піддавалися поганому поведінню в родині і були менше задоволені своїм сімейним станом, аніж пацієнти II групи.

Наведене свідчить про дисоціацію у сфері міжособистісних комунікацій в мікро- і макрооточенні у вигляді виражених амбівалентності та амбітендентності, а також відомого феномена інверсії родинних почуттів.

Вірогідно більший рівень переїмання комунікативними проблемами в родині і поза її межами в період, що передував вчиненню СНД, демонстрували хворі з П-П МР СНД. Це спостереження свідчить про те, що наростання рівня інтрапсихічного напруження і його прояву, що суб'єктивно відчувається пацієнтом, в міжособистісному спілкуванні можуть бути надійними маркерами підвищеного ризику вчинення повторного СНД.

В результаті проведеного дослідження хворих на шизофренію, які вчинили СНД ПЖО, підтверджено наявність порушень їх соціальної і трудової адаптації. За структурою соціально-демографічних чинників, що ха-

рактикують соціальне неблагополуччя та сприяють проявам суспільної небезпеки, цей контингент практично не відрізняється від загальної генеральної сукупності осіб, щодо яких судом застосовані інші види примусових заходів медичного характеру.

Також було встановлено, що осіб з П-П МР СНД в два рази більше, ніж пацієнтів з Н-О МР СНД. Цей факт дозволяє передбачити подібне співвідношення ризиків і для можливих повторних СНД з боку цієї категорії хворих. Це припущення дозволяє розглядати механізм реалізації суспільно небезпечного діяння не лише як важливий предиктор повторних СНД, але й як значиму мету лікувально-реабілітаційних програм.

Серед соціально-демографічних предикторів СНД ПЖО при П-П МР визначались: мешкання у місті, православне віросповідання, середня професійна та неповна вища освіта, робочі професії, важливість працевлаштування, погане поводження в емоційному плані з пацієнтом членів родини, конфлікти з членами родини за місяць до СНД,

Серед соціально-демографічних предикторів СНД ПЖО при Н-О МР визначались: мешкання у селі, атеїстичні переконання, неповна середня освіта, інвалідність, проблеми спілкування з оточуючими протягом життя.

Отже, отримані дані треба враховувати під час створення диференційованих лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнтів з шизофренією, які скоїли СНД ПЖО.

Список літератури

1. Ангелова-Барболова Н. С. Клинико-социальная характеристика больных шизофренией с агрессивными формами поведения, подвергнутых недобровольной госпитализации (по материалам Республики Болгария) : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.18 — «психиатрия». М., 2009. 21 с.
2. Волошин П. В., Марута Н. О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 1 (82). С. 5—11.
3. Голенков А. В. Убийства и шизофрения: судебно-психиатрические аспекты // Вопросы судебной экспертизы и принудительного лечения психически больных : Областная науч.-практ. конф. Пенза, 2011. С. 16—19.
4. Харитоновна Н. К. Проблемные вопросы судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе при определении опасности лиц с психическими расстройствами // Судебная психиатрия. Актуальные проблемы. М., 2012. Вып. 9. С. 207—215.
5. Singh J. P., Fazel S. Forensic Risk Assessment: A Metareview // Criminal Justice and Behavior. 2010. Vol. 37. P. 965. doi: 10.1177/0093854810374274.
6. Vries R., de Vogel M. Protective factors for violence risk in forensic psychiatric patients. A retrospective validation study of the

SAPROF // International Journal of Forensic Mental Health. 2011. Vol. 10. № 3. P. 178—186.

7. Karabekiroğlu A., Pazvantoğlu O., Karabekiroğlu K. Associations with violent and homicidal behaviour among men with schizophrenia // Nord J Psychiatry. 2016. Vol. 70(4). P. 303—8. doi: 10.3109/08039488.2015.1109139.

8. Хобзей М. К., Волошин П. В., Марута Н. О. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення // Український вісник психоневрології. 2010. Т. 18, вип. 3 (64). С. 10—14.

9. Токарева Г. М., Прытова Е. Б., Булыгина В. Г. Социальные и патопсихологические характеристики психически больных с различной степенью общественной опасности // Психология и право. 2015. № 2. С. 29—38. URL: http://psyandlaw.ru/journal/2015/n2/Tokareva_et_al.shtml.

10. Свинцова А. В., Панкова О. Ф., Атамашкина О. М. Возрастные и гендерные аспекты агрессии у детей и подростков // Психическое здоровье детей страны — будущее здоровье нации : сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии (Ярославль, 4—6 октября 2016 г.) / под ред. д-ра мед. наук, проф. Е. В. Макушкина. М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 2016. С. 340—342.

11. Показники захворюваності на психічні розлади і діяльності психіатричних закладів в Україні у 2012 р. / ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», 2012 ; відповідальний за випуск М. В. Голубчиков. К. : МОЗ України, 2012.

12. Голенков А. В. Общественно опасные деяния больных шизофренией на современном этапе развития // Психическое здоровье. 2013. Т. 11, № 10. С. 22—26.

13. Єдиний звіт про кримінальні правопорушення Генеральної прокуратури України за 2013—2015 рр. URL : https://www.gp.gov.ua/ua/stst2011.html?dir_id=110381&libid=100820.

14. Ильинский Ю. А. Значение некоторых клинических и микросоциальных особенностей в генезе ООД больных шизофренией // Социокультуральные проблемы современной психиатрии. М., 1994. С. 50—51.

15. Булыгина В. Г., Казаковцев Б. А., Макушкина О. А. Факторы, сдерживающие риск насилия. Субъективные оценки и реабилитационный потенциал : методические рекомендации. М., 2014. 22 с.

16. Базарова Е. Н., Молчанова Е. В. Социальные аспекты агрессивного поведения // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. № 6. С. 13.

17. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. М., 1978. 294 с.

Надійшла до редакції 19.04.2018 р.

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

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