

Факторы совершения агрессивных общественно опасных действий психически больными старших возрастных групп

Е. Р. Кунафина

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме

Целью исследования являлось установление комплексов причинных факторов совершения агрессивных общественно опасных действий (ООД) психически больными старших возрастных групп. Был проведен сопоставительный анализ клинично-динамических, личностно-адаптационных и социально-ситуационных факторов у больных шизофренией и бредовыми психозами и органическими психическими расстройствами совершившими ООД в возрасте 50 лет и старше с перечисленными факторами больных соответствующего возраста, никогда не совершавших правонарушений с выделением наиболее «криминогенных». Выделенные криминогенные комплексы, являющиеся факторами риска совершения агрессивных ООД, могут дать представление о степени потенциальной социальной опасности конкретного больного и быть использованы для своевременного выявления социально опасных пожилых больных в населении, дифференцировать методы профилактики.

Ключевые слова: психиатрия, агрессия, пожилой возраст.

Актуальность

В последние годы демографическая ситуация в нашей стране характеризуется рядом изменений, которые оцениваются специалистами как демографический кризис. По данным последней переписи населения 2002 года происходит повсеместное падение рождаемости, резко увеличилась смертность населения молодого и среднего возраста, произошло «постарение» населения России. Высокий процент лиц старших возрастных групп ведет к росту удельного веса психически больных этого возраста.

В условиях экономических трудностей, в населении нашей страны параллельно росту общей преступности происходит рост противоправных действий, совершаемых лицами с различными психическими расстройствами. За последние 10 лет число общественно опасных действий (ООД), совершаемых психически больными, увеличилось в 2 раза. Преобладают агрессивные деликты — убийства, нанесение телесных повреждений, изнасилования и другие тяжкие преступления [1, 3]. Соответственно, происходит увеличение количества ООД, совершенных лицами старших возрастных групп, страдающих психическими заболеваниями. Своевременное выявление контингента больных, представляющих потенциальную опасность, играет важную роль в профилактике ООД.

Целью нашей работы являлось установление комплексов причинных факторов совершения агрессивных ООД психически больными старших возрастных групп. Эта цель определила следующие задачи:

- 1) определить клинично-нозологический состав психически больных, совершивших ООД в возрасте 50 лет и старше;
- 2) изучить структуру и характер ООД, совершенных больными выделенных основных нозологических групп;
- 3) сопоставить контингенты больных совершивших и не совершивших ООД в возрасте 50 лет и старше, и выявить факторы «риска» совершения агрессивных ООД.

Материал и методы исследования

В основу работы положено сплошное клиническое исследование психически больных в возрасте 50 лет и старше, проходивших судебно-психиатрическую экспертизу в Башкирской республиканской психиатрической больнице с 1991 по 2004 гг. в связи с привлечением к уголовной ответственности за совершение различных противоправных деяний и признанных невменяемыми (276 чел.). Контрольная группа (230 чел.) была составлена в результате сплошного отбора всех больных с диагнозами, аналогичными исследованной группам, в возрасте 50 лет и старше, состоящих на учете в Республиканском психоневрологическом диспансере и никогда не привлекавшиеся к уго-

Кунафина Елена Рафаэлевна — доцент кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИПО Башкирского государственного медицинского университета, к. м. н.

Таблица. Структура ООД среди больных исследованных групп

Виды ООД	Больные шизофренией и бредовыми расстройствами		Больные органическими психическими расстройствами		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Против личности (агрессивные деликты)	39	45,9	107	73,8	146	66,0
Против собственности (имущественные)	28	32,9	18	12,4	46	17,4
Против общественной безопасности (хулиганство)	15	17,6	16	11,0	32	13,9
Сексуальные	1	1,2	—	—	1	0,5
ДТП	1	1,2	3	2,1	3	1,7
Хранение оружия	1	1,2	1	0,7	2	0,5
Всего	85	100,0	145	100,0	230	100,0

ловной ответственности. Контрольная группа была сопоставима с основной по нозологическому и возрастному составу. В исследование не включали лиц женского пола, так как их количество среди всех лиц в возрасте 50 лет и старше, проходящих судебно-психиатрическое освидетельствование по уголовным делам в Республиканской психиатрической больнице, незначительно и оно имеет свою специфику [2].

Абсолютное большинство (83,4%) составили больные с органическими психическими расстройствами (52,6%) и шизофренией и хроническими бредовыми расстройствами (30,8%). Больные с другими нозологическими формами (F 10,5; F 30; F 70; F 44; G 40) составили за 10 лет всего 16,6% (46 сл.), поэтому в дальнейших исследованиях они не принимались во внимание, так как статистически значимые различия по отдельным параметрам были недостоверны. Поэтому были отобраны две группы исследования как наиболее нозологически представленные в сплошном клиническом отборе: первая группа — 85 больных шизофренией и бредовыми расстройствами (F 20-F 29), вторая группа — 145 больных с органическими психическими расстройствами (F 00-F 09).

Возраст больных в обеих группах варьировал в пределах от 50 до 87 лет, средний возраст на момент обследования составил 68,8 лет.

Был проведен сопоставительный анализ клинико-динамических, личностно-адаптационных и социально-ситуационных факторов больных шизофренией и бредовыми психозами и органическими психическими расстройствами 50 лет и старше с перечисленными факторами больных соответствующего возраста, никогда не совершавших правонарушений с выделением наиболее «криминогенных». Различное сочетание составляющих факторов в криминогенных комплексах коррелировало с различной мотивацией агрессивных ООД.

Соотношение этих признаков в генезе ООД, совершенных психически больными в возрасте 50 лет и старше, в сравнении с контрольной группой позволило определить криминогенные

комплексы с факторами прямой причинности ($t > 2,58$; $P < 0,001$), и факторами второго плана ($t < 2,58$; $P < 0,01$), в меньшей степени способствующие совершению опасных действий.

Полученные результаты обрабатывались с использованием программы «STATISTICA-5.0». Для оценки достоверности сравниваемых средних величин использовался t-критерий для независимых выборок. Для выявления зависимости между показателями применялся корреляционный анализ с выявлением коэффициента линейной корреляции (r). В последующем, при содействии доктора физико-математических наук БФАН Н.К. Бакирова производилась специальная статистическая обработка полученных данных.

Результаты и их обсуждение

Структура и характер опасных действий у больных исследованных групп свидетельствует о высоких показателях удельного веса агрессивных ООД (таблица). По соответствующим статьям Уголовного Кодекса квалифицировано 66% всех деликтов. При этом у больных и шизофренией и органическими психическими расстройствами насильственные правонарушения значительно преобладают над остальными (73,8%). При шизофрении это обусловлено наличием выраженной и острой психотической симптоматики, а при органических психических расстройствах повышенной возбудимостью, что часто приводит к агрессии и проявляется в преобладании правонарушений против личности. Аналогичные данные приводят Ю. Д. Криворучко (1982), М. Е. Кузнец (1984), М. М. Мальцева и В. П. Котов (1995), Т. Г. Нью (2002).

Было установлено, какие из правонарушений наиболее тесно связаны с определенными группами факторов (клинико-психопатологическими, личностно-адаптационными и социально-ситуационными).

Совершение больными шизофренией и бредовыми расстройствами агрессивных действий в наибольшей мере определялось психопатологической симптоматикой (галлюцинаторно-бре-

довые состояния с определенным содержанием переживаний (идеи воздействия, преследования, отравления, ревности), направленность бреда на конкретных лиц из ближайшего окружения, сочетание продуктивной симптоматики со значительной аффективной напряженностью и социально-ситуационными факторами (асоциальное окружение, злоупотребление алкоголем).

Больные шизофренией и бредовыми расстройствами, совершившие агрессивные ООД обусловленные психопатологической симптоматикой в возрасте 50 лет и старше, отличались от больных, никогда не совершавших ООД (с достоверностью различий $p < 0,001$), длительностью активной стадии заболевания, наличием галлюцинаторно — параноидного синдрома, с направленностью бредовой фабулы на конкретных лиц ближайшего окружения, активным бредовым поведением, что способствовало реализации агрессивных тенденций. Совершению ООД также способствовали нестойкие лекарственные ремиссии после выписки из стационара, с отсутствием поддерживающего лечения и наблюдения в ПНД. Совершение агрессивных ООД было в меньшей степени обусловлено ситуацией, возникающей объективно, независимо от желания больного, включающей в себя провоцирующий момент. Больные, совершившие агрессивные ситуационно-спровоцированные ООД (в отличие от больных, никогда не совершавших ООД с достоверностью различий $p < 0,01$), находились в фазе стабилизации процесса, с «инкапсулированными» бредовыми идеями, с направленностью бредовой фабулы на неопределенных лиц. Эти больные, проживая в семье с неприязненным отношением со стороны родственников, имели зависимое, подчиненное положение. И поэтому они были неудовлетворены положением в семье, характером отношений в семье, кругом общения. Совершению ООД также способствовало употребление алкоголя родственниками больных, когда реализация опасных действий происходила в условиях очередного конфликта, провоцируемого пострадавшим.

При анализе, какие из правонарушений наиболее тесно связаны с определенными группами факторов (клинико-психопатологическими, личностно-адаптационными и социально-ситуационными) было установлено, что совершение больными органическими психическими расстройствами насильственных правонарушений в большей мере определялось психопатологической симптоматикой и негативно-личностными особенностями больных.

Больные органическими психическими расстройствами, совершившие агрессивные ООД вследствие психопродуктивной симптоматики в возрасте 50 лет и старше, отличались от боль-

ных, никогда не совершавших ООД, сформированным психотическим расстройством, наличием активной стадии заболевания, с аффективными нарушениями, преобладанием параноидной симптоматики, с направленностью бредовой фабулы на конкретных лиц ближайшего окружения, с активным бредовым поведением, что способствовало реализации агрессивных тенденций ООД с достоверностью различий $P < 0,001$. Совершению ООД также способствовали отсутствие поддерживающего лечения и наблюдения в ПНД. В меньшей степени совершение агрессивных ООД было обусловлено негативно-личностными особенностями. Больные проживали в семьях, где отношения между членами носили неприязненный характер, отсутствовало взаимопонимание, внутрисемейная атмосфера характеризовалась напряженностью и конфликтностью отношений, применением насилия, отчуждением. Эмоциональные реакции больных были неустойчивы, со склонностью к эксплозивности. Характерно наличие иждивенческих тенденций, что проявлялось в субъективной неудовлетворенности положением в семье, характере отношений. Родственники больных злоупотребляли спиртными напитками, вовлекали их в пьянство. Поэтому реализация ООД происходила чаще всего в состоянии алкогольного опьянения (с достоверностью различий $p < 0,01$).

Выводы

Совершение агрессивных действий, совершенных больными шизофренией и бредовыми расстройствами и органическими психическими расстройствами в возрасте 50 лет и старше определялось комплексами клинико-психопатологических, личностно-адаптационных и социально-ситуационных факторов. В результате сопоставления указанных характеристик больных, совершивших ООД в возрасте 50 лет и старше, и больных не совершавших ООД получены новые данные о формировании агрессивного поведения и социальной опасности психически больных старших возрастных групп. Выделенные криминогенные клинико-социальные комплексы, являющиеся факторами риска социальной дезадаптации и совершения ООД, могут дать представление о степени потенциальной социальной опасности конкретного больного и быть использованы для своевременного выявления социально опасных пожилых больных в населении, дифференцировать методы профилактики.

Литература

1. Антонян Ю. М., Верещагин В. А. Состояние насильственной преступности в России. В: Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В. (ред.) Агрессия и психическое здоровье. СПб.: Юридический центр Пресс; 2002. 23-33.

Полный список литературы см. на сайте umj.ru