

# ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.879.87-055.1:616.89-008.444.9:343.268.3:340.131.6:615.214:616.8-085.851

Для цитирования: Кочеткова Е.П., Шереметьева И.И., Строганов А.Е., Лещенко Л.В. Оптимизация системного подхода в реабилитации пациентов, страдающих шизофренией, в условиях принудительного лечения. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2021; 1 (110): 44–52. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-44-52](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-44-52)

## Оптимизация системного подхода в реабилитации пациентов, страдающих шизофренией, в условиях принудительного лечения

<sup>1</sup> Кочеткова Е.П., <sup>2</sup> Шереметьева И.И., <sup>2</sup> Строганов А.Е., <sup>2</sup> Лещенко Л.В.

<sup>1</sup> КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер»  
Россия, 656049, Барнаул, ул. Л. Толстого, 23

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»  
Россия, 656038, Барнаул, пр. Ленина, 40

### РЕЗЮМЕ

Значимость совокупности проблем совершения общественно опасных действий больными шизофренией наиболее важна в современных условиях, особенно в аспекте профилактики повторных правонарушений. **Цель:** снижение аффективной напряженности, вызванной реакцией на психическое заболевание, повышение уровня и качества социального функционирования, развитие и поддержка коммуникативных и социальных навыков, восстановление трудоспособности. **Материал и методы.** В исследовании участвовали пациенты мужского пола, находящиеся на стационарном принудительном лечении в отделении специализированного типа КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана». Диагноз шизофрении установлен в соответствии с МКБ-10 на основе соответствующих клинических признаков заболевания. Медико-психолого-социальная реабилитация осуществлялась на базе разработанной оригинальной психореабилитационной платформы, направленной на снижение уровня агрессивности, с использованием методики предельных смыслов Д.А. Леонтьева, биографического тренинга К.В. Карпинского и трансдраматической психотерапии А.Е. Строганова. Группа сравнения представлена больными с тем же диагнозом, так же совершавшими правонарушения, но не вовлекавшимися в комплекс реабилитационных мероприятий. Уровень агрессивности определяли по опроснику уровня агрессии и враждебности Басса-Дарки. **Заключение.** Использование психореабилитационной программы с использованием опросника Басса-Дарки, биографического тренинга К.В. Карпинского и трансдраматической психотерапии А.Е. Строганова направлено на снижение аффективной напряженности и агрессивности, повышение уровня и качества социального функционирования, расширение коммуникативных и социальных навыков, укрепление идентичности путем совершенствования творческих способностей и самореализации, повышение социальной адаптации, что будет способствовать предупреждению повторных общественно опасных действий.

**Ключевые слова:** медико-психологическая и социальная реабилитация, шизофрения, агрессивное поведение, личность, ценностно-смысловые образования, трансдраматическая психотерапия.

### ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы совершения общественно опасных действий (ООД) пациентами, страдающими шизофренией, не вызывает сомнений. Последнее время перед специалистами в области судебной психиатрии, судебной и клинической психологии остро стоит вопрос профилактики повторных правонарушений среди контингента таких больных [1, 2]. Опасность психически больного предопределяется неправильным и неадекватным ситуационным поведением, в результате чего может быть нанесен ущерб окружающим

или самому больному. При этом, как правило, им нарушаются правовые и социальные нормы [3].

Некоторые авторы правомерно считают, что само по себе опасное действие является следствием психопатологических феноменов. Это относится и к пациентам, страдающим шизофренией [1]. В ряде клинко-психопатологических исследований показано, что причиной агрессивного поведения также может быть дефицит мышления [4]. Кроме того, агрессия рассматривается как следствие особенностей клинической картины заболевания и динамики его течения.

В данной парадигме причинами агрессивного поведения являются бредовые расстройства, аффективная насыщенность эмоциональных переживаний, расторможенность влечений при эмоционально-волевом снижении [5].

Основными задачами, которые выполняют в своей деятельности клинические психологи, являются выявление больных, склонных к насилию, и определение круга пациентов, в отношении которых психотерапевтические вмешательства будут наиболее эффективны. Данная проблема успешно решается в стационарах с отдельными реабилитационными отделениями (отделения с расширенным режимом содержания) [6].

В клинической психологии системный подход служит методологической основой для перехода от наблюдения, экспериментального выявления, описания и систематизации феноменов психической жизни человека к их объяснению, прогнозированию и управлению (коррекции). Системный подход определяет перенос акцента с исследования абстрактного конструкта (болезни) на целостное изучение конкретного человека – личности, существующей в условиях болезни, «предболезни» или психической дезадаптации. Это соответствует общей тенденции гуманизации медицины, преобразованию её основной парадигмы – с нозоцентрической на личностно-ориентированную и адаптационную [7].

Ю.И. Полищук (2006) отмечает, что в связи с деятельным реформированием российской психиатрии в направлении её дальнейшей гуманизации и духовно-нравственной ориентации, признанием и принятием биопсихосоциальной модели психических расстройств, приоритетным развитием психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации возникает необходимость более активной разработки гуманитарного аспекта психиатрии [8].

Среди современных подходов к психореабилитации выделяется комплексное лечение, включающее медикаментозную и трудовую терапию, физиотерапию, досуговые мероприятия, а также комплекс психокоррекционных мероприятий. В этот регулирующий комплекс входят образовательно-информационные программы для пациентов и родственников больных, групповые тренинги по формированию навыков повседневной жизни, тренинги по развитию навыков в социальной сфере, нормативного социального поведения, общения и решения повседневных проблем, тренинги по развитию навыков управления психическим состоянием, когнитивно-поведенческая терапия, направленная на улучшение памяти, внимания, речи и поведения, семейная терапия и другие формы индивидуальной и групповой психотерапии [9].

В зарубежной практике принудительного лечения психообразование представлено как один из приоритетных подходов к обучению и психосоциальному лечению и считается едва ли не самой значимой частью всех реабилитационных мероприятий [10].

В литературе обсуждаются симптомы-мишени для психосоциальной терапии и реабилитации пациентов: агрессивное поведение пациента (требующее адекватной психофармакотерапии и психотерапии), нежелание или отказ опекуна ухаживать за пациентом (являющегося предметом семейной психотерапии), активизация ресурсов пациента, направленная на частичное восстановление утраченных социальных навыков [11]. Проводимые реабилитационные программы, несомненно, повышают качество жизни больных, позволяют улучшать их социальный уровень [12].

Специалистами АККПБ им. Ю.К. Эрдмана регулярно проводится реабилитационная работа с лицами, страдающими психическими расстройствами. С 2006 г. на этапе круглосуточного оказания специализированной психиатрической помощи стали разрабатываться и проводиться индивидуальные программы реабилитации в отношении лиц с нарушениями психического здоровья.

#### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Снижение аффективной напряженности в связи с реакцией на психическое заболевание, повышение уровня и качества социального функционирования, развитие и поддержка коммуникативно-социальных навыков, восстановление трудоспособности, укрепление личностной идентичности через развитие творческих способностей и самореализацию, повышение адаптационно-приспособительных возможностей, формирование навыков адаптации при различных видах нагрузок, дестигматизация путем повышения психиатрической грамотности пациентов и членов их семей, поддержка семейного окружения, при необходимости адаптация среды под пациента.

#### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Исследование выполнено на базе стационарного отделения специализированного типа КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Ю.К. Эрдмана». В исследование были включены пациенты с диагностированной по МКБ-10 шизофренией, мужского пола, совершившие правонарушения и проходившие стационарное принудительное лечение.

Целью исследования явилось выявление эффективности психореабилитационных мероприятий в рамках заявленной платформы, направленных на снижение уровня агрессивности, включение больных шизофренией, совершивших обще-

ственные опасные деяния, в социальную жизнедеятельность без риска асоциального поведения.

Исследование носило комплексный характер и было основано на принципах биопсихосоциальной парадигмы шизофрении.

В ходе исследования применялись методы: клинической беседы, наблюдения, клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический и статистический (описательная статистика, парный критерий Стьюдента, критерий хи-квадрат –  $\chi^2$ ).

В исследовании впервые изучена динамика ценностно-смысловой сферы личности, определялся уровень агрессивности и враждебности у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении в отделении специализированного типа КГБУЗ «АККПБ им. Ю.К. Эрдмана». Впервые на основе полученных результатов разработаны методы профилактики и программа лечебно-реабилитационных мероприятий по устранению последствий длительного пребывания в отделении и реабилитации эндогенных больных.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты мужского пола (возрастной интервал 21-64 года) были разделены на две группы. Основную группу составили 60 больных мужского пола с диагнозом: «Шизофрения, параноидная форма, непрерывно-прогредиентное течение, эмоционально-волевое снижение» (F20.0). Все они были признаны невменяемыми в отношении совершения инкриминируемых им деяний и проходили лечение в отделении принудительного лечения специализированного типа. В контрольную группу вошли 60 мужчин с тем же диагнозом, совершившие правонарушения, так же как и в основной группе признанные невменяемыми в отношении совершения инкриминируемых им деяний и находившиеся в отделении принудительного лечения специализированного типа, но не участвовавшие в лечебно-реабилитационных мероприятиях.

В разработанной нами методике (оригинальная психореабилитационная платформа) использован метод, изначально предназначенный для лиц юношеского возраста с криминальными отклонениями социального поведения и адаптированный нами для данной категории больных биографический тренинг К.В. Карпинского [13]. Кроме того, в рамках патопсихологического обследования применялись опросник Басса-Дарки и методика предельных смыслов Д.А. Леонтьева [14]. В отличие от программ, использовавшихся ранее, мы ввели в структуру платформы элементы трансдраматической психотерапии по А.Е. Строганову. В частности «конструирование позитивного образа» из метода коррекции атмосфер и трансформированные театральные упражнения

из методов действенно-аналитической коррекции и коррекции атмосфер [15, 16].

Для всех пациентов при поступлении в соответствии с их принадлежностью к той или иной функциональной группе составлялась индивидуальная программа.

В соответствии с принципами, изложенными в работах российских психологов [17] и психиатров [18, 19), психологическая коррекция, как неотъемлемая часть предложенной нами психореабилитационной платформы, представляет собой направленное психологическое воздействие на разные структуры психики с целью обеспечения полноценного развития и функционирования личности. В психореабилитационной работе были выделены компоненты 5 блоков: целевого, организационного, содержательного, технологического и результативного.

Занятия проводились после психофармакотерапии, назначавшейся для достижения редукации либо смягчения психопатологической симптоматики, что является непременным условием успешного включения. С пациентами проводились структурированные беседы, обучение самоконтролю, планированию действий, тренинг поведения, применялся автобиографический метод.

#### Клинический случай

*Пациент А., 24 года. Не работает. Инвалид II группы (основная группа). Находится в КГБУЗ «АККПБ им. Ю.К. Эрдмана» в отделении принудительного лечения специализированного типа в течение 3 лет. Поступил из г. Орел, психиатрического стационара специализированного типа с интенсивным наблюдением (ФКУ «Орловская ПБСТИН»). Ранее наносил самопорезы (незавершенный суицид). Причины суицида объяснить не мог. Осужден по ст. 105 ч. 1 УК РФ (убийство, умышленное причинение смерти другому человеку).*

*Из эпикриза известно, что однажды ночью больной, взяв из дома икону, без брюк ушел в церковь. Там молился, был беспокоен, возбужден. Бригадой скорой помощи госпитализирован в психиатрическую больницу. После выписки к врачам не обращался, через полгода совершил правонарушение – нанес резаную рану шеи отцу. В ходе следствия свой поступок объяснить не мог. Был направлен на судебно-психиатрическую экспертизу, решением суда признан невменяемым с диагнозом: «Параноидная шизофрения. Эпизодический тип течения. Аффективно-бредовый синдром». Было рекомендовано принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением ФКУ «Орловская ПБСТИН», где пациент и находился в течение 2 лет. Впоследствии был переведен в КГБУЗ «АККПБ им. Ю.К. Эрдмана», в отделение принудительного лечения специализированного типа. Принимал нейролептики. Жалобы: «голоса бывают, а потом уходят, раздражительность, неусидчивость, плохой сон». Меди-*

каментозное лечение – галоперидол (1 инъекция в 4 недели) и циклодол (2 раза в день).

При экспериментально-психологическом исследовании в первом срезе выявлено: мышление малопродуктивное, паралогичное, разноплановое, суждения парадоксальны. Эмоционально изменен. Напряжен. Нарастание тревоги и страха, бессонницы и депрессивных тенденций. При наблюдении отмечаются такие изменения речи, как неравномерность, нарушение темпа, вычурность интонации и монотонность. Встречаются рудиментарные продуктивные расстройства: колебания настроения, неврозоподобные страхи, навязчивые действия, деперсонализационные явления, патологическое обр-ное фантазирование.

В конце беседы становится раздражительным и неусидчивым, сообщает, что «планов на будущее не имеет, мыслей нет, голова пустая. Что-то давит на меня, устал, люди раздражают. Сложные вопросы задаете, я не думал о них раньше».

Средний показатель индекса агрессии имел значение 5,9 балла, этот показатель по сравнению с нормой ( $21 \pm 4$  балла) указывает на низкую выраженность агрессии. Средний показатель индекса враждебности, оцениваемый на основании показателей обиды и подозрительности, имеет значение 8,6 балла (норма  $6 \pm 3$  балла), что отражает повышенную склонность к враждебности.

На базе предложенной нами платформы на протяжении 1 года с пациентом проводилась психореабилитация. Были использованы специфические коррекционные мероприятия в соответствии с поставленными задачами: 1) обучение отреагированию (выражению гнева) приемлемым, безопасным для себя и окружающих способом, анализу негативной ситуации в целом, приемам саморегуляции; 2) обучение конструктивным поведенческим реакциям в проблемной ситуации, развитие эмпатии; 3) обучение снижению уровня личностной тревожности; 4) обучение навыкам позитивной самооценки; 5) консультационная работа с членами семьи.

Больной не сразу включился в процесс реабилитации, был настороженным и тревожным, задавал вопросы типа: «а зачем вы у меня все спрашиваете, может с меня инвалидность потом снимут?». Но при этом не отказывался посещать психокоррекционные занятия. Постепенно происходила адаптация, с каждым занятием становился более спокойным, проявлял активность при выполнении предложенных заданий (в большей степени склонен к театральным упражнениям и арттерапии).

Результаты ретестового обследования (через 1 год, второй срез) показали, что поведение пациента упорядочилось, стал более спокойным, усидчивым, менее напряженным, активнее использовал экспрессивную речь, улучшились процессы планирования, структурирования, осмысления, организации нового опыта и сложно по структуре материала. При сохранении паралогичности и разноплановости мышление стало более продуктивным. Улучшилось

эмоциональное состояние: снизился уровень агрессивности, враждебности, обиды, раздражительности, вербальной агрессии, чувства вины. Формировалось осознание собственных эмоций и чувств других людей, развивались эмпатия и позитивная самооценка. На фоне обучения отреагированию своего гнева приемлемым способом отмечено расширение спектра поведенческих реакций, снижение деструктивных элементов в поведении. Наладилось взаимопонимание с родственниками и знакомыми.

Результаты в первом и втором срезах показали, что в динамике имеет место достоверное снижение по шкалам обиды (1,54 и 1,5,  $p=0,01$ ), раздражительности (7,43 и 6,32,  $p<0,05$ ), вербальной агрессии (5,9 и 5,3,  $p<0,05$ ) и чувства вины (3,1 и 2,0,  $p<0,05$ ).

Некоторые показатели (физическая и косвенная агрессия, негативизм и подозрительность) практически не изменились, так как входят в структуру данного заболевания.

В качестве средства психореабилитации была принята представленная на рисунке 1 оригинальная структурно-функциональная модель.

Пациенты имели следующие симптомы: расстройство поведения, заторможенность, чувство безысходности, эпизодические навязчивые страхи (преследования, нападения), приступы депрессии, отсутствие значимых реальных смыслов. У них прослеживались нарушения сферы мотивации, социальной регуляции деятельности и поведения, необщительность со стремлением отгородиться от внешнего мира и уйти в мир фантазий. Наблюдались кратковременные психотипические эпизоды, проявляющиеся в бредовых идеях, неадекватности мыслей. Во всех случаях диагностировались стойкие изменения личности. Больные находились в отделении специализированного типа на принудительном лечении в среднем 1,5-2 года.

Критерии включения: 1) решение судебно-психиатрической экспертной комиссии о невменяемости на момент совершения ООД; 2) направление судом на принудительное лечение в психиатрический стационар (с разным режимом содержания); 3) возраст не моложе 17 лет; 4) стационарное состояние на момент обследования. Критерии исключения: 1) начало заболевания после совершенного ООД; 2) подростковый возраст; 3) острая психотическая симптоматика на момент обследования; 4) глубокие дементные состояния.

Данная когорта больных в полной мере соответствует понятию «особая степень общественной опасности» по критериям тяжести и кратности совершенных деликтов. Среди пациентов с преобладанием в клинической картине психотических расстройств особая общественная опасность была обусловлена склонностью к совершению тяжких и особо тяжких ООД.

<b>Культура психологическая – культура личности</b> (информированность, функциональная грамотность, социально-психологическая компетентность)			
<b>Компоненты целевого блока</b>			
Цель: развитие механизмов рационально-успешного социального функционирования в конкретном социальном пространстве, где находится или будет находиться пациент, с принятием себя как части социума			
Уровни организационной подструктуры (подходы к пониманию гуманитарной парадигмы сущностных проявлений личности, определение задач и целей психокоррекционной работы)			
<b>Интеграционные</b> – установление и поддержание контактов с окружением	<b>Творческие</b> – активизация ресурсов через раскрытие способностей	<b>Просветительные</b> – пробуждение и развитие интересов и потребностей	<b>Воспитательно-опеку-ские</b> – преодоление отчужденности личности, научение социализации и взаимодействию
<b>Компоненты содержательного блока</b>			
Когнитивный	Аффективный	Поведенческий	
<b>Компоненты технологического блока</b> (комплексные, поэтапно-ступенчатые реабилитационные программы)			
Групповые		Индивидуальные	Трудотерапия в условиях лечебно-трудовых мастерских
Арттерапия, психообразование (в том числе для родственников длительно болеющих пациентов), когнитивный и социальный тренинги, лечебная физкультура (включая адаптивную гимнастику)		Трансдраматическая, рациональная и поведенческая психотерапия, психокоррекция, релаксация	Швейный, столярный и другие производственные цеха, уборка территории
<b>Компоненты результативного блока</b>			
Динамические смысловые системы сознания	Фрустрационная толерантность (устойчивость к фрустрирующим ситуациям). Типы реакций фрустрации: способы реагирования субъекта в ситуациях препятствия, показатель «степени социальной адаптивности» (GCR)	Деструктивный способ разрешения ситуативного конфликта, неконтролируемость агрессивных и враждебных реакций в ответ на фрустрацию и пребывание в экстремально-угрожающей ситуации	
Повышение Индекса децентрации (ИД) – соотношения своих помыслов и действий с интересами других людей. Повышение Индекса рефлексивности (ИР) – знать, понимать, сознавать, чувствовать, ощущать, помнить, не забывать	Повышение коэффициента групповой конформности в соответствии с реалиями окружающей среды (индивидуальная адаптация субъекта к своему социальному микроокружению и стабильному функционированию, мобилизация личностно-адаптационного потенциала на основе принципов комплаентности, демократического сотрудничества и творческой активности)	Снижение уровня физической, косвенной и вербальной агрессии, раздражения, негативизма, вины и обиды. Формирование осознания своих агрессивных и враждебных реакций, а также чувств других людей, развитие эмпатии. Развитие позитивной самооценки. Обучение отреагированию своих агрессивных и враждебных реакций приемлемым способом, а также отреагированию на ситуацию в целом. Обучение управлению своим гневом. Расширение спектра поведенческих реакций в проблемной ситуации и снятие деструктивных элементов в поведении	

**Р и с у н о к 1. Модель психореабилитационной работы над ценностно-смысловой сферой личности у больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении в отделении специального типа**

Анализ характера совершенного ООД позволил установить существенные различия в исследуемых группах (табл. 1). Результаты повторности деликтов в обеих группах представлены в таблице 2.

Процедура стандартно-формализованного тестирования занимала от 60 до 90 минут, выполнение всей батареи заданий было доступно подавляющему числу пациентов. Случаи отказа от выполнения какого-либо из тестов или неспособность справиться с ними по иным причинам от-

мечались в единичных случаях и значимо не влияли на общую картину. Все пациенты основной группы были обследованы в динамике повторно через год.

Выборочные характеристики исследуемых параметров представлены в виде «средней» ± «стандартная ошибка» ( $M \pm m$ ). Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере с использованием программ «Statistica for Windows» (Ver. 8.0). Имеются изначально принципиальные различия между показателями

форм агрессии у представителей основной и контрольной групп.

**Т а б л и ц а 1. Распределение исследуемых пациентов по характеру ООД, %**

Характер совершенных ООД	Основная группа	Контрольная группа
Связанные с наркотиками	10	15
Сексуальные	5	10
Агрессивные против личности	20	15
Убийство	35	30
Привлечение к уголовной ответственности в прошлом 1 раз	45	40
Привлечение к уголовной ответственности более 1 раза	15	10

**Т а б л и ц а 2. Распределение пациентов исследуемых по первичности/повторности совершения ООД, %**

Первичность/повторность совершенных ООД	Основная группа	Контрольная группа
Первичные деликты агрессивного характера	45	20
Первичные деликты против собственности, здоровья и нравственности	55	80

Исследование в обеих группах показало, что среди респондентов с диагнозом по МКБ-10: «Шизофрения, параноидная форма» значимо чаще встречались лица с низким образовательным уровнем: средним (20%) и среднеспециальным (50%) образованием. Около трети (30%) пациентов не работали до госпитализации, более половины (55%) были заняты низкоквалифицированными видами труда. Не работали в течение жизни 30% исследуемых основной группы, что соответствовало их низкому образовательному уровню и социальному статусу в целом. Пациенты достоверно чаще ( $\chi^2=13,2$ ,  $df^2=2$ ,  $p<0,001$ ) имели трудовой стаж, но прогрессивное течение психического расстройства сопровождалось нарастающей социальной дезадаптацией и потерей постоянного места работы. В 50% случаев респонденты основной группы были инвалидами II группы по психическому заболеванию, что являлось одним из пусковых факторов в совершении многократных противоправных деяний имущественного и корыстного характера. Более половины (55%) больных до госпитализации проживали с родственниками, значительно реже встречались состоявшие

в гражданском браке (15%) и одинокие (10%). Исследуемые основной группы достоверно чаще ( $\chi^2=9,8$ ,  $df^2=3$ ,  $p<0,05$ ) были холостыми и ранее не состояли в браке, тогда как респонденты контрольной группы в анамнезе чаще состояли в официальном браке, но на момент обследования были разведены или овдовели. Длительность заболевания определяла процесс социальной дезадаптации. Анализ воспитания показал более высокую встречаемость неблагоприятных семейных взаимоотношений в основной группе ( $\chi^2=8,2$ ,  $df^2=3$ ,  $p<0,05$ ). Изучение анамнестических данных позволило выявить преобладание делинквентного дебюта и постепенного развития психического заболевания с детского возраста ( $\chi^2=18,3$ ,  $df^2=6$ ,  $p<0,01$ ). В контрольной группе достоверно чаще ( $\chi^2=16,9$ ,  $df^2=6$ ,  $p<0,01$ ) наблюдалось острое начало заболевания с личностным дрейфом в виде нарастающих изменений личности.

Далее была произведена оценка психопатологической структуры заболевания у исследуемых пациентов. Ведущие психопатологические синдромы в обеих группах представлены в таблице 4.

**Т а б л и ц а 4. Распределение пациентов исследуемых групп по клинко-психопатологической синдромальной структуре, абс. %**

Психопатологический синдром	Основная группа, N=60		Контрольная группа, N=60	
	Абс.	%	Абс.	%
Бредовый	13	21,67	16	26,67
Аффективно-бредовый	10	16,67	9	15
Параноидный	20	33,33	19	31,67
Аффективно-параноидный	15	25	13	21,67
Парафренный	2	3,33	3	5

В целом среди пациентов обеих исследуемых групп преобладала галлюцинаторно-параноидная и бредовая симптоматика. Чтобы подчеркнуть аффективную насыщенность переживаний, как предпосылок возникновения агрессии, нами была

изучена аффективная симптоматика в структуре синдрома Кандинского-Клерамбо.

С помощью опросника Басса-Дарки было проведено исследование структуры и степени предрасположенности обследованных к агрессивному поведению. Сравнительный анализ показателей

агрессии у респондентов до и после проведения психореабилитационных занятий приведен в таб-

лице 5.

**Таблица 5. Результаты описательной статистики по формам агрессивных действий среди пациентов исследуемых групп до и после проведения психореабилитационных занятий**

Форма агрессивных действий	Среднее значение		
	Основная группа до реабилитации, N=60	Основная группа после реабилитации, N=60	Контрольная группа, N=60
Физическая агрессия	5,23	4,98	5,44
Косвенная агрессия	5,15	5,05	6,01
Раздражительность	7,10	6,43	6,32
Негативизм	2,95	2,95	3,14
Обида	3,58	1,54	3,72
Подозрительность	5,88	5,88	5,91
Вербальная агрессия	6,35	5,67	6,14
Чувство вины	3,30	2,10	3,45

На основании полученных данных у пациентов основной группы констатировали более высокую агрессивность. Во втором срезе опросника (результаты после лечебно-реабилитационных мероприятий) все категории агрессии снизились: физическая (4,98) и косвенная (5,05) агрессия, раздражительность (6,43), обида (1,54), чувство вины (2,10). Остались на прежнем уровне три вида агрессивного поведения: негативизм (2,95), подозрительность (5,88) и вербальная агрессия (5,67), так как именно они входят в структуру заболевания данной категории больных.

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Оригинальная психореабилитационная платформа с использованием опросника Басса-Дарки, биографического тренинга К.В. Карпинского и трансдраматической психотерапии А.Е. Строганова способствует снижению аффективной напряженности и агрессивности, повышению уровня и качества социального функционирования, развитию коммуникативных и социальных навыков, укреплению идентичности через развитие творчески-креативных способностей и самореализации, повышению социальной адаптации. С высокой степенью вероятности её внедрение будет способствовать предупреждению повторных общественно опасных действий.

#### **КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ**

Авторы декларируют об отсутствии возможных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

#### **ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ**

Авторы заявляют об отсутствии финансирования или спонсорской помощи при проведении исследования.

#### **СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ**

При проведении исследования соблюдены принципы информированного согласия Хельсинкской декларации ВАМ, исследование одобрено локальным этическим комитетом при ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский уни-

верситет» Минздрава России (протокол № 08 от 25.10.2019 г.).

#### **ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES**

- Golenkov A, Large M, Nielssen O. A 30-year study of homicide recidivism and schizophrenia. *Crim Behav Ment Health*. 2013 Dec;23(5):347-55. doi: 10.1002/cbm.1876
- Golenkov A, Nielssen O, Large M. Systematic review and meta-analysis of homicide recidivism and schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2014 Feb 18;14:46. doi: 10.1186/1471-244X-14-46
- Макушкина О.А., Дмитриев А.С., Винникова И.Н. Методические основы судебно-психиатрической оценки общественной опасности и выбора вида принудительных мер медицинского характера: Методические рекомендации. М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2019: 32. Makushkina OA, Dmitriev AS, Vinnikova IN. Methodological foundations for the forensic psychiatric evaluation of public danger and the choice of coercive measures of a medical nature: Methodical recommendations. Moscow: "National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky" Ministry of Health of Russia, 2019:32 (in Russian).
- Селезнева Г.Н. Агрессивное поведение у больных шизофренией. *Научный дискурс*. 2016. № 1 (1): 176-180. Selezneva GN. Aggressive behavior in patients with paranoid schizophrenia. *Scientific Discourse*. 2016;1(1):176-80 (in Russian).
- Абдулсаева С.М. Значение психотравмирующей ситуации в генезе общественно опасных действий больных шизофренией. *Практика судебно-психиатрической экспертизы: Сборник № 43*. М., 2005: 64-72. Abdulsaeva SM. Significance of a psychotraumatic situation in the genesis of socially dangerous actions of patients with schizophrenia. *Practice of Forensic Psychiatric Examination: Collection no. 43*. Moscow, 2005: 64-72 (in Russian).
- Худякова Ю.Ю. Агрессия у больных параноидной шизофренией: психодинамический подход. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2015. Т. 11, № 2: 106-120. Khudyakova YY. Aggression in patients with paranoid schizophrenia: psychodynamic context. *Bulletin of Psychiatry and Psychology of Chuvashia*. 2015; 11(2):106-20 (in Russian).

7. Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика в медицине: современные задачи и перспективы развития. Вестник Санкт-Петербургского университета. 2012. Серия 16. Выпуск 1: 53-90. Shchelkova OY. Psychological diagnostics in medicine: modern objectives and prospects of development. Bulletin of Saint Petersburg University-2012;16(1):53-90 (in Russian).
8. Полищук Ю.И. Значение гуманитарной составляющей в психиатрии. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2006. № 2: 7-9. Polishchuk YuI. Value of the humanitarian component in psychiatry. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology. 2006;2:7-9 (in Russian).
9. Ingason A, Giegling I, Hartmann AM, Genius J, Konte B, Friedl M, Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium (PGC), Ripke S, Sullivan PF, St Clair D, Collier DA, O'Donovan MC, Mirmics K, Rujescu D. Expression analysis in a rat psychosis model identifies novel candidate genes validated in a large case-control sample of schizophrenia. *Transl Psychiatry*. 2015 Oct 13;5(10):e656. doi: 10.1038/tp.2015.151
10. Булыгина В.Г., Макушкина О.А., Белякова М.Ю., Котова М.А. Современные тенденции в использовании психосоциальных вмешательств в зарубежной судебно-психиатрической практике (часть I, II) [Электронный ресурс]. Психология и право. 2014. № 1: 11-24. Bulygina VG, Makushkina OA, Belyakova MYu, Kotova MA. Modern trends in the use of psychosocial interventions in foreign forensic psychiatric practice (part I, II) [Electronic resource]. *Psychology and Law*. 2014. No. 1: 11-24 (in Russian).
11. Руженков В.А., Минакова Ю.С. Дифференцированные подходы к психосоциальной терапии и реабилитации больных шизофренией, признанных судом недееспособными. Научные ведомости Белгородского государственного университета. 2013. № 25 (168): 37-44. Ruzhenkov VA, Minakova YuS. Differentiated approaches to psychosocial therapy and rehabilitation of patients with schizophrenia, recognized by the court as incompetent. *Scientific Reports of the Belgorod State University*. 2013;25(168):37-44 (in Russian).
12. Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации: современное состояние проблемы. Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27, № 1: 83-90. Isaeva ER, Mukhitova YuV. Criteria to evaluate the efficacy of psychosocial rehabilitation: state-of-the-art review. *Social and Clinical Psychiatry*. 2017;27(1):83-90 (in Russian).
13. Карпинский К.В. Психология жизненного пути личности: Учебное пособие. Гродно : ГрГУ, 2002: 167. Karpinsky KV. Psychology of the life path of the individual. Guidebook. Grodno: Grodno State University, 2002:167 (in Russian).
14. Леонтьев Д.А. Жизненный мир человека и проблема потребностей. Психологический журнал. 1992. Т. 13, № 2:107-120. Leontyev DA. Human life world and the problem of needs. *Psychological Journal*. 1992;13(2):107-120 (in Russian).
15. Строганов А.Е. Психотерапия на базе театральные систем. СПб. : Наука и техника, 2008: 496. Stroganov AE. Psychotherapy on the basis of theater systems. St. Petersburg : "Science and Technology",2008:496 (in Russian).
16. Строганов А.Е. Трансдраматическая психотерапия. Lambert. 2011: 568. Stroganov AE. Transdramatic Psychotherapy. Lambert Academic Publishing. 2011:568 (in Russian).
17. Караяни А.Г., Сыромьятников И.В. Психотерапия и психокоррекция как методы психологической помощи. В книге: Прикладная военная психология. Санкт-Петербург: Питер, 2006. Глава 6.3.2: 53-164. Karayani AG, Syromyatnikov IV. Psychotherapy and psychocorrection as methods of psychological assistance. In: *Applied Military Psychology*. St. Petersburg: Piter, r, 2006. Chapter 6.3.2:53-164 (in Russian).
18. Пенитенциарная психология и психопатология: руководство в двух томах / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Я. Семке, А.С. Кононца. Москва, Томск, Кемерово, 2007; Том 1: 576. Penitentiary psychology and psychopathology: Handbook in two volumes. T.B. Dmitrieva, V.Ya. Semke, A.S. Kononets, eds. Moscow, Tomsk, Kemerovo, 2007; Volume 1: 576 (in Russian).
19. Пенитенциарная психология и психопатология: руководство в двух томах / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Я. Семке, А.С. Кононца. Москва, Томск, Кемерово, 2007; Том 2: 524. Penitentiary psychology and psychopathology: Handbook in two volumes. T.B. Dmitrieva, V.Ya. Semke, A.S. Kononets, eds. Moscow, Tomsk, Kemerovo, 2007; Volume 2: 524 (in Russian).

Поступила в редакцию 27.11.2020

Утверждена к печати 03.03.2021

Кочеткова Елена Петровна, медицинский психолог КГБУЗ «Алтайский краевой наркологический диспансер».

Шереметьева Ирина Игоревна, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ДПО, и.о. ректора Алтайского государственного медицинского университета. ORCID ID 0000-0001-8513-9869. e-mail: sheremeteva-ira@mail.ru

Строганов Александр Евгеньевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета, директор института клинической психологии Алтайского государственного медицинского университета. ORCID ID 0000-0002-1791-7996. e-mail: jazz200261@mail.ru

Лещенко Лариса Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета. ORCID ID 0000-0003-4819-5575 e-mail: leschenkolvmedik@mail.ru

✉ Кочеткова Елена Петровна, e-mail: kochetkova00work@mail.ru

UDC 616.879.87-055.1:616.89-008.444.9:343.268.3:340.131.6:615.214:616.8-085.851

For citation: Kochetkova E.P., Sheremetyeva I.I., Stroganov A.E., Leshchenko L.V. Optimization of systematic approach to rehabilitation of patients with schizophrenia in the conditions of coercive treatment. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2021; 1 (110): 44–52. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-44-52](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-44-52)

## Optimization of systematic approach to rehabilitation of patients with schizophrenia in the conditions of coercive treatment

<sup>1</sup> Kochetkova E.P., <sup>2</sup> Sheremetyeva I.I., <sup>2</sup> Stroganov A.E., <sup>2</sup> Leshchenko L.V.

*1 Altai Regional Narcological Dispensary*

*L. Tolstoy Street 23, 656049, Barnaul, Russian Federation*

*2 Altai State Medical University of the Ministry of Health and Social Development of Russia*

*Lenin Avenue 40, 656038, Barnaul, Russian Federation*

### ABSTRACT

Currently the totality of problems of committing the socially dangerous deeds by patients with schizophrenia is of significance, specifically concerning prevention of repeated offenses. **Objective:** to reduce affective tension caused by response to one's own mental illness, to increase the level and quality of social functioning, to develop and support communication and social skills, and to recover working capacity. **Material and Methods.** The study involved male inpatients in the conditions of coercive treatment in a specialist unit of Yu.K. Erdman Altai Regional Clinical Psychiatric Hospital. Patients were diagnosed with schizophrenia according to the ICD-10 based on the corresponding clinical signs of the disease. Medico-psychological-social rehabilitation was carried out based on the developed original psychorehabilitation platform aimed at reducing the level of aggressiveness, using the technique of limiting meanings by D.A. Leontiev, biographical training by K.V. Karpinsky and transdramatic psychotherapy by A.E. Stroganov. The comparison group included patients with the same diagnosis, who committed offenses, but were not involved in the complex of rehabilitation activities. The level of aggressiveness was determined by the Buss-Durkee questionnaire of the level of aggression and hostility. **Conclusion.** The use of psychorehabilitation program including the Buss-Durkee questionnaire, biographical training by K.V. Karpinsky and transdramatic psychotherapy by A.E. Stroganov aimed at reducing the affective tension and aggressiveness, increasing the level and quality of social functioning, widening communication and social skills, strengthening identity by improving creativity and self-realization, increasing social adaptation, which will help prevent repeated socially dangerous deeds.

**Keywords:** medico-psychological and social rehabilitation, schizophrenia, aggressive behavior, personality, value-meaning formations, transdramatic psychotherapy.

Received November 27.2020

Accepted March 03.2021

Kochetkova Elena P., Altai Regional Narcological Dispensary, medical psychologist, Barnaul, Russian Federation.

Sheremetyeva Irina I., MD, Professor, Acting Rector, Altai State Medical University of the Ministry of Health and Social Development of Russia. ORCID iD 0000-0001-8513-9869. [sheremeteva-ira@mail.ru](mailto:sheremeteva-ira@mail.ru)

Stroganov Alexander E., MD, Professor of the Department of Psychiatry, Medical Psychology and Neurology with a course of additional professional education, Altai State Medical University of the Ministry of Health and Social Development of Russia. ORCID iD 0000-0002-1791-7996. [jazz200261@mail.ru](mailto:jazz200261@mail.ru)

Leschenko Larisa V., PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Medical Psychology and Neurology with a course of additional professional education, Altai State Medical University of the Ministry of Health and Social Development of Russia. ORCID iD 0000-0003-4819-5575. [leschenkolvmedik@mail.ru](mailto:leschenkolvmedik@mail.ru)

✉ Kochetkova Elena P., [kochetkova00work@mail.ru](mailto:kochetkova00work@mail.ru)