УДК 616.329/.34−002−008.17:616.89−008.48

Т.Е. Джулай, В.В. Чернин, С.А. Воробьев

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНАЯ СФЕРА ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДУОДЕНОГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РЕФЛЮКСОМ

Кафедра факультетской терапии
ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Психодиагностика состояния эмоционально-личностной сферы 70 больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), ассоциированной с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом (ДГЭР) и явлениями рефлюкс-эзофагита (РЭ) разной степени выраженности, обнаружила у них склонность к высокой частоте невротических расстройств с тревожно-депрессивными и ипохондрическими тенденциями, доминирование дезадаптивных типов личностного реагирования на течение болезни (тревожного, ипохондрического, неврастенического, меланхолического, дисфорического). Наибольшая выраженность эмоциональных реакций больных при эрозивном варианте РЭ сравнительно с неэрозивным предполагает их вторичный (нозогенный) характер и требует не только адекватной психокоррекции, но и настойчивой ликвидации соматических жалоб.

Ключевые слова: *гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс, эмоционально-личностная сфера.*

EMOTIONAL AND PERSONAL SPHERE OF PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE, ASSOCIATED WITH DUODENOGASTROESOPHAGEAL REFLUX

T.E. Dzhulay, V.V. Chernin, S.A. Vorobyov
Tver State Medical University

Psychodiagnostics of emotional and personal sphere state of 70 patients with gastroesophageal reflux disease (GERD), associated with duodenogastroesophageal reflux (DGER) and phenomena of reflux esophagitis (RE) of varying severity detected a tendency to high frequency of neurotic disorders with anxious-depressive and hypochondriac tendencies, domination of maladaptive types of personal response to the disease (anxiety, hypochondriac, neurotic, melancholic, dysphoric). The high intensity of emotional reactions of patients with erosive RE compared with non-erosive type indicates their secondary (nozogenic) nature and requires not only adequate psycho-correction, but also the persistent efforts to eliminate the somatic complaints.

Key words: *gastroesophageal reflux disease, duodenogastroesophageal reflux, emotional and personal sphere.*

Введение

Сегодня очевидно, что гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) представляет собой гетерогенную группу патологических состояний, развитие которых происходит с участием разных механизмов [1–4], один из которых связан с дуоденогастроэзофагеальным рефлюксом (ДГЭР). Именно с этим патогенетическим механизмом связывают торпидное течение ГЭРБ, формирование серьезных осложнений и риск развития пищевода Барретта и аденокарциномы пищевода [5–7]. В то же время клиническое своеобразие данного варианта течения ГЭРБ изучено недостаточно. Особенно это касается эмоционально-личностной сферы больных. Это тем более актуально, что хронические заболевания с многолетним течением и многократно повторяющимися симптомами оказывают существенное негативное влияние на эмоциональную сферу личности [8]. Индивидуальные свойства личности и характер реагирования на течение соматического заболевания формируют так называемую «внутреннюю картину болезни» [9], неотъемлемо «встроенную» в клинику болезни. В этом отношении ГЭРБ со свойственным ей упорством пищеводных и внепищеводных симптомов требует пристального внимания, а изучение эмоционально-личностных свойств индивида нуждается в комплексной оценке как в аспекте базисных личностных характеристик, так и реактивных изменений психики.

Целью исследования было комплексное изучение индивидуальных особенностей личности пациента с ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, и личностного реагирования на течение заболевания.

Материал и методы

В одномоментное аналитическое исследование включены 70 больных ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР и протекающей с явлениями классического рефлюксного синдрома (изжога, кислая/горькая отрыжка и регургитация) и эндоскопически различимого рефлюкс-эзофагита (РЭ) (шифр по МКБ-10 К 21.0) в возрасте от 18 до 67 лет (мужчин − 27, женщин − 43), подписавших добровольное информированное согласие на участие. Больные разде-

лялись на группы в зависимости от выраженности воспалительно-эрозивных изменений в дистальном отделе пищевода: пациенты с неэрозивным вариантом РЭ, соответствующим I степени выраженности по классификации Savary–Miller, сформировали группу I (49 человек); с эрозивным РЭ, соответствующим II степени − группу II (21 человек). Критерии исключения (невключения): возраст моложе 18 лет, заболевания пищевода нерефлюксной этиологии, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, состояния после операций на пищеводе и желудке, предшествующее обследованию курсовое лечение нестероидными противовоспалительными и антибактериальными препаратами, злокачественные новообразования любой локализации и стадии, беременность, психические заболевания, а также заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем, сахарный диабет тяжелого течения со стойкой функциональной недостаточностью и снижением трудоспособности (жизнедеятельности).

Всем больным проведено психодиагностическое тестирование с помощью пакета прикладных программ «Медитест», разработанного с авторским контролем проф. В.П. Зайцева: тип личности пациента изучен с помощью «Сокращенного многофакторного опросника для исследования личности» (СМОЛ); тип отношения к болезни − с помощью теста ЛОБИ («Личностный опросник Бехтеревского института»), для оценки психического статуса больных в момент исследования применен опросник САН – (Самочувствие, активность, настроение), а также 10-сантиметровая визуальная аналоговая шкала (ВАШ) оценки самочувствия.

Для анализа полученных результатов была создана электронная база данных с помощью пакета программ Microsoft Office Excel. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета программ STATISTICA (версия 6.0). Характер нормальности распределения количественных признаков анализировали с использованием критерия Колмогорова–Смирнова и критерия Шапиро–Уилка. С учетом характера и распределения переменной использовали однофакторный дисперсионный анализ, критерий Пирсона χ^2. Критический уровень значимости при проверке нулевой гипотезы принимался равным 0,05.

Результаты

Анализ конфигурации усредненных профилей СМОЛ больных ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, показал, что независимо от выраженности РЭ она характеризовалась подъемом на шкалах «невротической триады» (1–3-я шкалы) в сочетании с подъемом на 4-й и 7-й шкалах и невысоким уровнем на 9-й шкале. Такой тип профиля характеризует выраженные ипохондрические тенденции с озабоченностью индивида своим физическим состоянием, чувствительностью, нерешительностью, склонностью к депрессии и защитным конверсионным реакциям типа «ухода в болезнь», он напрямую обнаруживает явления социальной дезадаптации с нарушением социально приемлемых норм поведения. Применительно к вопросам, связанным со здоровьем, дезадаптивное поведение чаще проявляется упорством соматических жалоб, резистентных к терапевтическим воздействиям, педантичным соблюдением врачебных рекомендаций.

Отчетливые различия профилей СМОЛ обнаруживаются у пациентов с разной степенью выраженности РЭ (рис. 1): усредненный профиль больных с РЭ II степени располагался на всех клинических шкалах существенно выше ($P < 0,05$) профиля пациентов с РЭ I степени. Соответственно, больные с РЭ II степени по шкалам, обеспечившим высокий уровень профиля, существенно чаще имели значения, превышающие нормативный порог, – от 76,2 до 90,4% сравнительно с пациентами с РЭ I степени (от 46,9 до 67,4%). При этом конфигурация профиля пациентов с РЭ II степени имела более отчетливые пики на 2-й ($P = 0,011$) и 7-й ($P = 0,002$) шкалах, выходя за рамки допустимых для акцентуации личности и свидетельствуя о высокой представленности в группе пациентов с невротическими расстройствами. Это подтверждается и повышением профиля данной категории пациентов на 8-й шкале ($P = 0,003$), уровень на которой превышал нормативный порог в 16 случаях (76,2%), свидетельствуя о склонности пациентов к углубленному самонаблюдению, погруженности в свои переживания.

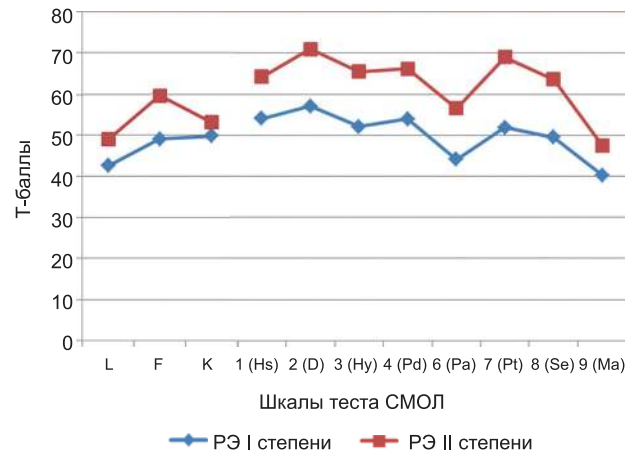


Рис. 1. Усредненные профили теста СМОЛ больных ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, в зависимости от выраженности РЭ. Оценочные шкалы: L – лжи; F – достоверности; K – коррекции. Клинические шкалы: 1 (Hs) – ипохондрии; 2 (D) – депрессии; 3 (Hy) – истерии; 4 (Pd) – психопатии; 6 (Pa) – паранойяльности; 7 (Pt) – психастении; 8 (Se) – шизоидности; 9 (Ma) – гипомании

Анализ результатов изучения типов личностного реагирования на болезнь с помощью теста ЛОБИ обнаружил у больных ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, высокую частоту тревожного, ипохондрического, неврастенического, меланхолического типов, входящих в состав I (интрапсихически-дезадаптивного) блока шкал опросника. Они обнаруживались как в составе «чистых» типов реагирования, так и в составе «смешанных» и «диффузных» типов. Это свидетельствует о преимущественно эмоционально-

волевых нарушениях и наличии признаков психической дезадаптации с интрапсихической направленностью. Подобная комбинация личностных реакций на течение заболевания характеризуется повышенной эмоциональной лабильностью больных, беспокойством, мнительностью, фиксацией внимания на анализе собственных ощущений с драматизацией имеющейся симптоматики, нетерпеливостью и в то же время сомнениями в информативности диагностических приемов и результативности лечения. Такой тип дезадаптивного поведения интерпретируется как пассивно-оборонительный, для которого типичны преимущественно пассивные формы психологической защиты с «вытеснением» факта болезни из сознания либо «уходом в болезнь».

Что касается III (интерпсихически-дезадаптивного) блока шкал, характеризующего явления психической дезадаптации с преимущественно интерпсихической направленностью, то он был представлен в основном дисфорическим типом реагирования в составе «смешанных» и «диффузных» типов, ассоциированных с неврастеническим, ипохондрическим, меланхолическим, сенситивным типами. Следует заметить, что типичные внутренняя напряженность, негативизм и мрачно-озлобленное настроение этой категории пациентов проявлялись, главным образом, завистью по отношению к людям, для которых ограничения в рационе питания необязательны, причем подобное отношение было направлено, в том числе, и на совместно питающихся близких родственников.

Отсутствие признаков психической и социальной дезадаптации в связи с имеющимся заболеванием обнаруживали пациенты с гармоничным типом реагирования, доминирующим в составе I (условно-адаптивного) блока шкал опросника. Их отличали адекватные, взвешенные реакции на все обстоятельства в связи с заболеванием, включая диагностические процедуры и лечение, а также активно-оборонительные стратегии поведения по типу «защиты» и «совладания» с высокой степенью комплаенса в отношениях «врач–пациент».

Сравнение конфигурации профилей больных ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, при разной степени выраженности РЭ показывает их сходство (рис. 2). Тем не менее, у больных с РЭ II степени сравнительно с РЭ I степени имело место доминирование всех типов отношения к болезни, составляющих второй блок шкал (P = 0,024), и в первую очередь, ипохондрического (P = 0,015) и меланхолического (P = 0,069). В третьем блоке шкал статистически значимые различия (P = 0,026) были связаны с большей представленностью эгоцентрического типа отношения к болезни (P = 0,003). При этом различий по шкалам, представляющим первый блок и характеризующим в основном адекватное отношение к болезни с признанием факта ее существования и необходимости диагностических и лечебных действий для сохранения активного социального функционирования, не отмечено. Подобная особенность профиля свидетельствует о наличии у пациентов с РЭ II степени признаков психической дезадаптации как с интрапсихической, так и интерпсихической направленностью.

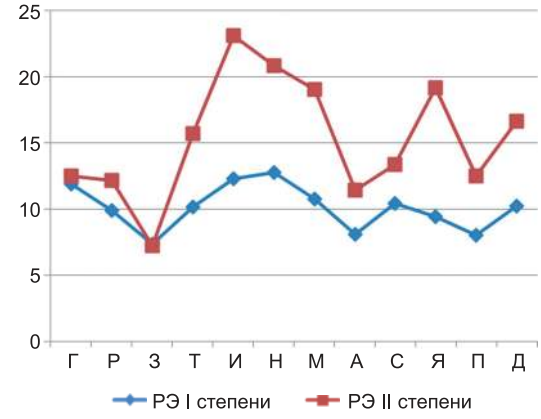


Рис. 2. Усредненные профили типов отношения к болезни у пациентов группы I в зависимости от выраженности рефлюкс-эзофагита. Типы отношения к болезни: Г – гармонический; Р – эргопатический; З – анозогнозический; Т – тревожный; И – ипохондрический; Н – неврастенический; М – меланхолический; А – апатический; С – сенситивный; Я – эгоцентрический; П – паранойяльный; Д – дисфорический

Отмеченные тенденции согласуются с результатами изучения самочувствия больных ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, с использованием теста САН и визуализации субъективного восприятия ощущения здоровья и телесного благополучия по шкале ВАШ, обнаружившими в обеих группах пациентов их достоверно более низкую оценку в случае РЭ II степени сравнительно с РЭ I степени.

Они свидетельствуют, что у больных ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, эрозивный вариант РЭ протекал со значимо более низкой оценкой своего функционального состояния пациентом по данным теста САН, чем неэрозивный вариант РЭ (соответственно 33,81 ± 2,84 и 27,00 ± 1,66 балла, P = 0,032). Показатель самочувствия по ВАШ у пациентов с РЭ II степени также находился достоверно ближе к минимальным цифровым значениям, характеризующим самочувствие на момент обращения, чем у больных с РЭ I степени (соответственно 4,49 ± 0,44 и 5,71 ± 0,29, P = 0,024).

Обсуждение

Комплексное психодиагностическое исследование позволило получить целостную характеристику эмоционально-личностной сферы больных ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР. У данной категории больных обнаружена склонность к высокой частоте невротических и психопатических расстройств с тревожно-депрессивными и ипохондрическими тенденциями, доминирование дезадаптивных типов личностного реагирования на течение болезни − тревожного, ипохондрического, неврастенического, меланхолического, дисфорического. Выраженность эмоциональных нарушений преобладала при эрозивном варианте РЭ. Это вполне согласуется с данными Н.С. Лапиной и Н.Н. Боровкова [10], С.В. Тихонова и В.А. Лавро-

вой [11], И.А. Гришечкиной [12], Z. Kovacs [13], выявившими у больных ГЭРБ независимо от типа рефлюкса в пищевод доминирование именно тревожных расстройств с преобладанием их выраженности при эрозивном варианте заболевания по всем шкалам физического и психического функционирования. Авторы убеждены, что яркая соматическая симптоматика ГЭРБ способствует трансформации тревожных расстройств в тревожно-фобические и тревожно-ипохондрические.

Полученные данные дают основание интерпретировать совокупность реакций со стороны эмоционально-личностной сферы больного ГЭРБ как вторичные («нозогенные») по отношению к соматической патологии. В этом случае выраженность и упорство клинических симптомов играют роль хронического аффективного воздействия, рано или поздно нарушающего адаптационно-приспособительные возможности организма с развитием депрессивных и ипохондрических тенденций актуального психического состояния и явлениями психической дезадаптации личности [14].

Заключение

Такая сложная структура и выраженность расстройств эмоциональной сферы пациента с ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, ее связь с выраженностью воспалительно-эрозивных изменений в СОП заставляют пересмотреть ряд акцентов в клинических рекомендациях этим пациентам. Не говоря уже о том, что больной ГЭРБ, ассоциированной с ДГЭР, с наличием невротических расстройств нуждается в адекватной психокоррекции, врачу следует быть настойчивым в ликвидации основных соматических симптомов болезни – изжоги и регургитации – как наиболее деструктивных для эмоционального состояния больного. Врач, добиваясь комплаентных отношений с пациентом, должен обращать особое внимание на недопустимость «терпеливого» отношения даже к непродолжительным эпизодам изжоги, а также безусловное следование антирефлюксному жизненному стилю. Такой тип взаимодействия врача и пациента должен сформировать у него то, что В.И. Симаненков и С.В. Тихонов [15] называют «ответственным самолечением». Это тем более необходимо, что предикторами низкой приверженности к лечению у больных ГЭРБ являются мужской пол, молодой возраст, умеренная выраженность рефлюксного синдрома с сохраненным уровнем качества жизни.

Литература/References

1. *Маев И.В.* Дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс: клиническое значение и подходы к терапии / И.В. Маев, Ю.С. Гуленченко, Д.Н. Андреев и др. // Consilium Medicum. – 2014. – Т. 16. – № 8. – С. 5–8.

Maev I.V. Duodenogastrojezofageal'nyj refljuks: klinicheskoe znachenie i podhody k terapii / I.V. Maev, Ju.S. Gulenchenko, D.N. Andreev i dr. // Consilium Medicum. – 2014. – T. 16. – № 8. – S. 5–8.

2. *Морозов С.В.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: формы заболевания и особенности их лечения / С.В. Морозов, Ю.А. Кучерявый // Лечебное дело. – 2015. – № 4. – С. 21–29.

Morozov S.V. Gastrojezofageal'naja refljuksnaja bolezn': formy zabolevanija i osobennosti ih lechenija / S.V. Morozov, Ju.A. Kucherjavyj // Lechebnoe delo. – 2015. – № 4. – S. 21–29.

3. *Бордин Д.С.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: типичные проблемы терапии и пути их преодоления / Д.С. Бордин, С.В. Колбасников, А.Г. Кононова // Доктор.ру. – 2016. − № 1 (118). – С. 14–18.

Bordin D.S. Gastrojezofageal'naja refljuksnaja bolezn': tipichnye problemy terapii i puti ih preodolenija / D.S. Bordin, S.V. Kolbasnikov, A.G. Kononova // Doktor.ru. – 2016. − № 1 (118). – S. 14–18.

4. *Soll A.H.* Gastroesophageal reflux practical management of a common, challenging disorder / A.H. Soll, R. Fass // Clin. Cornerstone. – 1999. – V. 1. – № 5. – P. 1–17.

5. *Кайбышева В.О.* Эпидемиология, факторы риска и профилактика рака пищевода / В.О. Кайбышева // Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология. − 2012. − № 6. − С. 29–33.

Kajbysheva V.O. Jepidemiologija, faktory riska i profilaktika raka pishhevoda / V.O. Kajbysheva // Jeffektivnaja farmakoterapija. Gastrojenterologija. − 2012. − № 6. − S. 29–33.

6. *Осадчук М.А.* Рефрактерная форма гастроэзофагеальной рефлюксной болезни: клинико-эндоскопические, функциональные и морфофункциональные критерии / М.А. Осадчук, А.М. Осадчук, Д.В. Балашов, И.М. Кветной // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2011. – № 2. – С. 30–36.

Osadchuk M.A. Refrakternaja forma gastrojezofageal'noj refljuksnoj bolezni: kliniko-jendoskopicheskie, funkcional'nye i morfofunkcional'nye kriterii / M.A. Osadchuk, A.M. Osadchuk, D.V. Balashov, I.M. Kvetnoj // Ros. zhurn. gastrojenterol., gepatol., koloproktol. – 2011. – № 2. – S. 30–36.

7. *Liu J.J.* Refractory gastro-oesophageal reflux disease: diagnosis and management /J.J. Liu, J.R. Saltzman // Drugs. – 2009. – № 69 (14). – P. 1935–1944.

8. *Симаненков В.И.* Психосоматические расстройства в практике терапевта / В.И. Симаненков. – СПб: СпецЛит, 2008. – 335 с.

Simanenkov V.I. Psihosomaticheskie rasstrojstva v praktike terapevta / V.I. Simanenkov. – SPb: SpecLit, 2008. – 335 s.

9. *Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания / Р.А. Лурия. – 4-е изд. – М.: Медицина, 1977. – 112 с.

Lurija R.A. Vnutrennjaja kartina bolezni i jatrogennye zabolevanija / R.A. Lurija. – 4-e izd. – M.: Medicina, 1977. – 112 s.

10. *Лапина Н.С.* Тревожно-депрессивные состояния у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / Н.С. Лапина, Н.Н. Боровков // Клинич. медицина. – 2008. – Т. 86. – № 2. – С. 59–62.

Lapina N.S. Trevozhno-depressivnye sostojanija u bol'nyh gastrojezofageal'noj refljuksnoj bolezn'ju / N.S. Lapina, N.N. Borovkov // Klinich. medicina. – 2008. – T. 86. – № 2. – S. 59–62.

11. *Тихонов С.В.* Личностные особенности и качество жизни пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / С.В. Тихонов, В.А. Лаврова // Профилактическая и клинич. медицина. – 2011. – № 3 (40). – С. 262–266.

Tihonov S.V. Lichnostnye osobennosti i kachestvo zhizni pacientov s gastrojezofageal'noj refljuksnoj bolezn'ju / S.V. Tihonov, V.A. Lavrova // Profilakticheskaja i klinich. medicina. – 2011. – № 3 (40). – S. 262–266.

12. *Гришечкина И.А.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – психосоматические аспекты / И.А. Гри-

шечкина // Фармация и фармакология. – 2015. – № 5. – С. 41–42.

Grishechkina I.A. Gastrojezofageal'naja refljuksnaja bolezn' – psihosomaticheskie aspekty / I.A. Grishechkina // Farmacija i farmakologija. – 2015. – № 5. – S. 41–42.

13. *Kovacs Z.* Psychological factors, quality of life and gastrointestinal symptoms in patient with erosive and non-erosive reflux disorder / Z. Kovacs // Int. J. Psychiatry Med. – 2007. – № 37. – P. 139–150.

14. *Смулевич А.Б.* Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений) / А.Б. Смулевич, А.Ш. Тхостов, А.Л. Сыркин и др. // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. – № 2. – С. 4–9.

Smulevich A.B. Klinicheskie i psihologicheskie aspekty reakcii na bolezn' (k probleme nozogenij) / A.B. Smulevich, A.Sh. Thostov, A.L. Syrkin i dr. // Zhurn. nevrol. i psihiatrii im. S.S. Korsakova. – 1997. – № 2. – S. 4–9.

15. *Симаненков В.И.* «Ответственное самолечение» пациентов с изжогой / В.И. Симаненков, С.В. Тихонов // Фарматека. – 2014. – № 10 (283). – С. 35–41.

Simanenkov V.I. «Otvetstvennoe samolechenie» pacientov s izzhogoj / V.I. Simanenkov, S.V. Tihonov // Farmateka. – 2014. – № 10 (283). – S. 35–41.

Джулай Татьяна Евгеньевна (контактное лицо) – ассистент кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России. 170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4. Тел. 8-904-009-11-29; e-mail:tdzhulay@mail.ru.

УДК 616.899.3−058.55(471.331−20)

М.В. Астапченко, Н.Е. Максимова, А.В. Числов

ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВОВАВШИЕ СОВЕРШЕНИЮ ПРАВОНАРУШЕНИЙ ЛИЦАМИ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ, СОСТОЯЩИМИ ПОД АКТИВНЫМ ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ У ПСИХИАТРА В ТВЕРИ

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Проведен анализ с применением специально составленной карты исследования амбулаторной медицинской документации лиц с умственной отсталостью, совершивших правонарушения и состоявших под активным диспансерным наблюдением. Результаты сравнивались с контрольной группой, в которую вошли лица с умственной отсталостью, никогда не совершавшие правонарушений.

Ключевые слова: *умственная отсталость, правонарушения.*

FACTORS CONTRIBUTING TO THE OFFENSES COMMITTED BY PERSONS WITH MENTAL RETARDATION DURING ACTIVE MEDICAL OBSERVATION BY A PSYCHIATRIST IN TVER

M.V. Astapchenko, N.E. Maximova, A.V. Chislov

Tver State Medical University

An analysis using specially prepared study cards of outpatient medical records of persons with mental retardation committed offenses during active medical observation. The results were compared with the control group, which includes people with mental retardation, never to commit an offense.

Key words: *mental retardation, offense.*

Введение

Лица с психическими расстройствами в 70% случаев совершают особо опасные действия (ООД) вне психотического состояния, по так называемым негативно-личностным механизмам [1]. По данным Т.Б. Дмитриевой, из числа испытуемых, направленных на судебно-психиатрическую экспертизу (СПЭК) с психической патологией в 1999 году, основную массу (свыше 30% случаев) составили лица с умственной отсталостью [2]. Кроме того, удельный вес лиц с олигофренией, признаваемых невменяемыми, составляет 23% от всех проходящих принудительное лечение. Лица с умственной отсталостью склонны совершать многократные ООД в связи с наличием у них стойкого опасного поведения.

Кроме того, существенные трудности представляет активное диспансерное наблюдение за такими пациентами после совершения ими ООД, так как недостаточно четко разработаны критерии постановки и снятия с учета именно этого контингента лиц. Повсеместно отмечается высокий удельный вес (около 20%) подростков с умственной отсталостью с девиантным поведением и состоящих на профилактическом учете в инспекциях по делам несовер-