

УДК 616.89:159.9.072.59:343.268-056

ОСОБЕННОСТИ КУРАЦИИ СТОЙКИХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ В ПЕРИОД ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Фролова А.В., Лазько Н.В., Макушкина О.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, e-mail: frolova.a@serbsky.ru

Один из значимых факторов в генезе общественной опасности – наличие в клинической картине у больных продуктивной психотической симптоматики. Необходимым в превенции общественно опасного поведения является применение широкого спектра лечебно-реабилитационных мероприятий с выбором наиболее эффективных схем психофармакотерапии. В ходе проводимого исследования проанализированы данные 195 больных мужского пола в возрасте от 18 до 64 лет (средний возраст – 34,15±1,65 года) в отношении которых применялись стационарные принудительные меры медицинского характера. Пациенты с расстройствами шизофренического спектра составили 44,62%, с органическими психическими расстройствами – 34,87%, с умственной отсталостью – 8,72% и с расстройствами личности – 11,79%. В соответствии с необходимостью решения проблемы курации стойких психотических расстройств у данного контингента выделена группа, состоящая из 70 пациентов с тяжелыми психическими расстройствами (44,29% – с расстройствами шизофренического спектра, 37,14% – с органическими психическими расстройствами, 7,14% – с умственной отсталостью, 11,43% – с расстройствами личности, коморбидными с зависимостью от психоактивных веществ либо их злоупотреблением с негативными последствиями), которым назначались наиболее эффективные схемы психофармакотерапии. В работе применялись клинико-психопатологический, экспериментально-психологический методы исследования. Для повышения объективности данных динамического психолого-психиатрического обследования использовались отечественная психометрическая методика СОРОП – «Структурированная оценка риска опасного поведения», Краткая оценочная психиатрическая шкала (Brief Psychiatric Rating Scale, сокр. BPRS). На основании анализа результатов клинико-динамического наблюдения больных обоснована необходимость последовательного подбора адекватной, эффективной психофармакотерапии стойких психотических расстройств в зависимости от структуры клинических проявлений, особенностей конкретного больного на этапах принудительного лечения, что способствует достижению стабильного улучшения состояния, существенно снижает риск общественной опасности. Сочетание проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий с экспериментально-психологическим исследованием и психометрическими методиками (BPRS, СОРОП) обеспечивает более точную оценку эффективности терапии и степени общественной опасности.

Ключевые слова: психотические расстройства, общественно опасное поведение, принудительные меры медицинского характера, психофармакотерапия

FEATURES OF CURATION OF PERSISTENT PSYCHOTIC DISORDERS IN PATIENTS DURING COMPULSORY TREATMENT IN INPATIENT CONDITIONS

Frolova A.V., Lazko N.V., Makushkina O.A.

National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbskiy of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, e-mail: frolova.a@serbsky.ru

One of the significant factors in the genesis of public danger is the presence of productive psychotic symptoms in the clinical picture in patients. Necessary in the prevention of socially dangerous behavior is the use of a wide range of treatment and rehabilitation measures with the choice of the most effective schemes of psychopharmacotherapy. In the course of the study, the data of 195 male patients aged 18 to 64 years (mean age 34.15±1.65 years) were analyzed, in respect of whom inpatient coercive measures of a medical nature were applied. Patients with schizophrenic spectrum disorders accounted for 44.62%, organic mental disorders – 34.87%, mental retardation – 8.72% and personality disorders – 11.79%. In accordance with the need to solve the problem of curation of persistent psychotic disorders in this contingent identified a group consisting of 70 patients with severe mental disorders (44.29% with schizophrenic spectrum disorders, 37.14% with organic mental disorders, 7.14% with mental retardation, 11.43% with personality disorders, comorbid with dependence on psychoactive substances or their abuse with negative consequences), who were prescribed The most effective regimens of psychopharmacotherapy. Clinical-psychopathological, experimental-psychological research methods were used in the work. To improve the objectivity of the data of the dynamic psychological and psychiatric examination, the domestic psychometric methodology was used – “Structured Assessment of the Risk of Dangerous Behavior”, the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Based on the analysis of the results of clinical and dynamic observation of patients, the necessity of consistent selection of adequate, effective psychopharmacotherapy of persistent psychotic disorders is substantiated, depending on the structure of clinical manifestations, the characteristics of a particular patient at the stages of compulsory treatment, which contributes to the achievement of a stable improvement in the condition, significantly reduces the risk of public danger. A combination of ongoing treatment and rehabilitation activities with experimental psychological research and psychometric techniques (BPRS, rus. СОРОП) provides a more accurate assessment of the effectiveness of therapy and the degree of public danger.

Keywords: psychotic disorders, socially dangerous behavior, psychopharmacotherapy, coercive measures of a medical nature

В генезе общественной опасности одним из значимых факторов является наличие в клинической картине у больных продуктивной психотической симптоматики. Острые психотические состояния не вызывают затруднений у опытных клиницистов в прогнозировании опасного поведения, как правило, связанного с фабулой психотических переживаний. Более сложными в определении возможности деструктивного опасного поведения являются мало-прогредиентные эндогенные психические расстройства и состояния ремиссии с рудиментарно проявляющимися стойкими психотическими симптомами, что требует анализа взаимоотношений всех факторов (болезненных, личностных, социальных) и условий [1]. По мнению ряда авторов, выраженной агрессия может возникать при параноидных, галлюцинаторно-параноидных синдромах. При этом наиболее провоцирующими являются псевдогаллюцинации императивного характера, а также стойкие аффективно насыщенные бредовые идеи с направленностью на конкретных лиц [2–4]. Некоторые исследователи, рассматривая патологическую мотивацию совершения общественно опасных действий (ООД) при психотических состояниях, отмечают решающую роль различных вариантов бреда, указывая на известную зависимость опасного поведения от содержания бреда, его структуры, темпа бредообразования, аффективной насыщенности и стойкости бредовых переживаний. В структуре параноидного синдрома указывается на наибольшую потенциальную опасность бреда преследования и воздействия, сочетающегося с сенестопатиями, висцеральными и слуховыми псевдогаллюцинациями; наряду с этим отмечается высокая степень опасности лиц с психическими автоматизмами, «бредом овладения», галлюцинациями эротического и императивного содержания [5–7]. Больные с кататоническим синдромом представляют опасность при смене ступора возбуждением, когда поступки носят импульсивный, немотивированный характер, с выраженными деструктивными и разрушительными действиями, в том числе в сочетании с симптомами активного негативизма [8], что практически не встречается в период прохождения принудительного лечения. При исполнении принудительных мер медицинского характера (ПММХ) важными аспектами в профилактике ООД являются адекватность, дифференцированность психофармакотерапии, выбор вариантов психотерапии и психокоррекции, проведение на различных этапах психосоциальных мероприятий, направленных на устранение

или компенсацию наиболее существенных звеньев индивидуального психопатологического механизма общественно опасного поведения пациента, также длительность этапов принудительного лечения (ПЛ) [9, 10].

Цель исследования – выделение наиболее эффективных схем психофармакотерапии для купирования стойких психотических расстройств у лиц с тяжелыми психическими нарушениями в процессе исполнения принудительных мер медицинского характера.

Материалы и методы исследования

Тип исследования – обсервационное описательное. Изучены медицинские документы и архивные материалы ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 5 ДЗМ», ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева», ПНД № 2, 8, 9 г. Москвы, проанализированы результаты клинико-динамического наблюдения больных, направленных на различные виды стационарных ПММХ. Исследовательскую выборку составили 195 больных мужского пола в возрасте от 18 до 64 лет (средний возраст – $34,15 \pm 1,65$ года) в отношении которых применялись стационарные принудительные меры медицинского характера. Удельный вес пациентов с расстройствами шизофренического спектра (РШС) (F20 – F29 по МКБ-10) составил 44,62 % ($n = 87$), с органическими психическими расстройствами (ОПР) (F06 – F07 по МКБ-10) – 34,87 % ($n = 68$), с умственной отсталостью (УО) (F70.1 – F71 по МКБ-10) – 8,72 % ($n = 17$) и с расстройствами личности (РЛ) (F60 – F62 по МКБ-10) – 11,79 % ($n = 23$). В соответствии с необходимостью решения проблемы курации стойких психотических расстройств у данного контингента выделена группа, состоящая из 70 пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, из них с РШС – 44,29 % ($n = 31$), с ОПР – 37,14 % ($n = 26$), с УО – 7,14 % ($n = 5$), с РЛ, коморбидными с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) либо их злоупотреблением с вредными последствиями – 11,43 % ($n = 8$), которым применялись наиболее эффективные схемы психофармакотерапии. Использованы клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и психометрические методы исследования. Для стандартизированной оценки степени выраженности продуктивной психопатологической симптоматики применялась Краткая оценочная психиатрическая шкала (Brief Psychiatric Rating Scale, сокр. BPRS), представленная 18 пунктами-признаками, выраженность которых оценивается по 7-балльной шкале тяжести. С целью объективизации оценки степени

общественной опасности использовалась отечественная психометрическая методика СОРОП – «Структурированная оценка риска опасного поведения». Систематизация и визуализация материала осуществлялась в электронных таблицах Microsoft Office Excel, 2016. В описательной статистике номинальные данные указывались в абсолютных значениях и процентных долях.

Результаты исследования и их обсуждение

На адаптационно-диагностическом этапе ПММХ у пациентов, поступающих на принудительное лечение, психотическая симптоматика, как правило, не носит острого характера, либо диссимилируется ими, но при этом является фактором сохраняющегося опасного поведения.

У пациентов с РПС в структуре психотических расстройств наблюдались бредовые идеи отношения, преследования, в некоторых случаях воздействия с чувством овладения и открытости, которые отличались чаще направленностью на лиц ближайшего окружения, сопровождались реакциями негодования, недовольства, настороженностью, подозрительностью, своеобразным восприятием и трактовкой окружающего, агрессивными проявлениями по отношению к больным и медицинскому персоналу, также пониженным настроением с ощущением внутреннего напряжения, нарушениями сна со сновидениями неприятного содержания. Дополнительным психогенным моментом являлась неопределенность ситуации, в частности длительности лечения, что усиливало тревогу, напряжение. Подбор психофармакотерапии осложняли формальность, малодоступность пациентов в отношении болезненных переживаний наряду с отсутствием критики своего состояния. Касаясь вопросов совершения ООД, больные передавали ситуацию правонарушения с бредовой трактовкой поведения окружающих, а также действий сотрудников полиции. Специфические процессуальные расстройства мышления чаще всего проявлялись аморфностью, элементами соскальзываний, «путаницей» мыслей, паралогичностью суждений. При проведении патопсихологического исследования у больных прослеживалась погруженность во внутренние переживания со склонностью к идеаторной переработке поступающей информации, настороженность, негативное отношение к выполнению методик, выявлялись нарушения мотивационно-смысловой сферы, актуализация случайных, поверхностных и наглядных признаков объекта, ориентация на субъективные

критерии. Клиническая картина больных с ОПР характеризовалась бредом преследования, отношения, часто ипохондрическими бредовыми идеями (наличия недиагностированного «тяжелого» заболевания), которые носили рудиментарный, реже систематизированный характер, с конкретным содержанием, созвучным в большинстве случаев личностной проблематике. Бредовые переживания, сопровождавшиеся тревогой, страхом, разнообразными жалобами соматического характера с фиксацией на своем состоянии, церебрастенической симптоматикой, приводили к дезорганизации деятельности, дисфориям, конфликтам с окружающими. Наблюдавшийся у более сохраненных больных органический галлюциноз носил рецидивирующий характер, с преобладанием слуховых и зрительных обманов восприятия, их бредовой трактовкой, и сопровождался психомоторным возбуждением с проявлением гетероагрессии. Помимо психотической симптоматики прослеживались характерные для данной нозологии проявления психоорганического синдрома разной степени выраженности в виде конкретности, обстоятельности, торпидности, вязкости мышления, нарушений в концентрации и распределении внимания, замедленности, истощаемости ассоциативных процессов, снижения мнестических функций, нарушения критических способностей. Экспериментально-психологическое исследование выявляло наличие труднокорректируемых построений, требовательность к другим людям, склонность к внешнеобвиняющим реакциям, снижение самоконтроля с элементами аффективной дезорганизации, напряженность, склонность к самовзвинчиванию, сложности в организации интеллектуальной деятельности, снижение ее целенаправленности, трудности целостного адекватного осмысления стимульного материала. У больных с УО психотравмирующий фактор помещения в стационар для проведения принудительного лечения приводил к декомпенсации состояния, проявляющейся усилением церебрастенической симптоматики с повышенной утомляемостью, истощаемостью, головными болями, вегетативно-вазомоторной и вестибулярной неустойчивостью, сопровождавшейся сниженным настроением, плаксивостью, раздражительностью, недовольством окружающими. Эпизодически на фоне нервного напряжения возникали галлюцинаторные расстройства в виде отрывочных, бедных по содержанию вербальных галлюцинаций либо аффектогенные иллюзии с ошибочным восприятием окружающих предметов, усилением страхов,

что приводило к дезорганизации поведения. У пациентов с относительно неглубокой степенью психического недоразвития прослеживались преходящие бредовые идеи отношения, не носившие систематизированного характера, отличавшиеся бедным и конкретным содержанием без тенденции к усложнению в сочетании с тревогой, подозрительностью, проявлением гетероагрессии. Следует отметить, что при совершении импульсивных поступков пациенты были доступны эмоциональному контакту, их поведение зависело от внешних воздействий. При психологическом исследовании выявлялись недоразвитие высших психических функций, невозможность самостоятельной организации собственной деятельности, связь эмоциональных реакций с актуальными переживаниями, выраженная обедненность ассоциативной сферы, истощаемость, отсутствие критических и прогностических способностей, неспособность понимания целесообразности своих поступков и предвидения их последствий. На начальном этапе принудительного лечения у пациентов с РЛ возникали астенические проявления с фиксацией на своих ощущениях, на фоне которых развивалось состояние декомпенсации с нарастанием аффективного напряжения и заострением основных патохарактерологических свойств личности в виде вспыльчивости, гневливости, с токсично-злым фоном настроения, что приводило к возникновению вегето-сосудистых кризов и усиливало в последующем тревогу и ипохондрические переживания, способствовало возникновению аффектогенных сенестопатий со сверхценной интерпретацией тяжести предполагаемой болезни, требованиями дополнительного лечения, отдельными истерическими проявлениями в поведении. У лиц, психопатическая структура которых в период становления исчерпывалась наличием сензитивных или истерических черт, в силу эгоцентризма, особенностей мышления и эмоциональной сферы взаимоотношения с окружающими истолковывались своеобразно, сопровождалась недоверчивостью, подозрительностью с формированием бредовых идей отношения с проявлением гетероагрессии. При экспериментально-психологическом исследовании обнаруживались конфликтность, низкая коммуникативная пластичность с тенденцией настаивать на собственной позиции без учета мнения собеседника, демонстративность, облегченность и поверхностность в оценке проблем, недоучет обстоятельств, при исследовании эмоционально-волевой сферы отмечались признаки аффективной лабильности с раздражительностью, вспыльчиво-

стью, импульсивностью, низкой рефлексией и способностью к пониманию своих переживаний.

Следует отметить, что общими особенностями обследуемых респондентов являлись: высокая распространенность фармакорезистентности, коморбидность основного заболевания с зависимостью от ПАВ либо их злоупотреблением с негативными последствиями, наличие экзогенно-органических вредностей (перинатальная патология, травмы головы, интоксикации), отягощенность соматическими заболеваниями, что в совокупности во многом определяло малопланируемую перспективность фармакотерапии и сложность подбора эффективных схем. Анализ психофармакотерапии, проводимой респондентам в период ПЛ, с оценкой ее результата путем применения клинико-динамического наблюдения и психометрии позволил установить наиболее эффективные схемы лечения больных. Данный анализ на этапах принудительного лечения проводился с учетом утвержденных клинических рекомендаций, стандартов оказания медицинской помощи при психических расстройствах, многолетнего опыта работы по оказанию медицинской помощи лицам с тяжелыми психическими расстройствами, совершившим правонарушения. Выделена группа с наиболее эффективными схемами проводимой психофармакотерапии, состоящая из вышеуказанных 70 респондентов. Определено, что проводимая психофармакотерапия была направлена прежде всего на купирование психопродуктивных расстройств, нарушений поведения и эмоциональной сферы, не исключая проведение при необходимости лечебных мероприятий симптоматического характера. Пациентам с РШС назначался галоперидол (до 20 мг в сутки) либо трифлуоперазин (до 15 мг в сутки) в/м в сочетании с клозапином (100–150 мг в сутки); при соматической отягощенности применялся зуклопентиксол-акуфаз (50–150 мг в/м с повторными инъекциями с интервалом в 2–3 дня) в сочетании с хлорпротиксеном (100 мг в сутки), в ряде случаев добавлялся амитриптилин (25–50 мг в сутки). Следует отметить, что, несмотря на различия в применяемых схемах лечения, эффективность указанных препаратов была фактически равноценна. При поступлении больных данной группы на ПЛ отмечался высокий показатель по общему баллу шкалы BPRS (72,096±9,1), что свидетельствовало о значительной выраженности психопатологических нарушений, существенном влиянии на состояние ситуационных факторов. Учитывая клинические особенности и совокупность психи-

ческих нарушений в структуре **ОПР**, больным назначался галоперидол (5–10 мг в/м) либо зуклопентиксол-акуфаз (50–150 мг в/м). При наличии психофармакорезистентности дополнительно применялись тиоридазин 75–100 мг в сутки либо хлорпро-тиксен 75–100 мг в сутки, в ряде случаев – хлорпромазин 25–50 мг в вечерние часы, а также индивидуально подбирались нормотимики (карбамазепин 600–800 мг в сутки, вальпроаты 500–900 мг в сутки, окскарбазепин 800–1000 мг в сутки, ламотриджин 150–200 мг в сутки). В последующем, в зависимости от динамики психического состояния, назначенный психотропный препарат оставался как базовый. У пациентов при психометрическом исследовании отмечался высокий показатель по общему баллу шкалы BPRS (70,23±6,89). Больным с **УО** для купирования психотической симптоматики с учетом степени ее выраженности, индивидуальной переносимости препаратов назначались перорально: рисперидон (2–4 мг в сутки) либо зуклопентиксол (20 мг в сутки) в сочетании с клозапином (25–50 мг в сутки), либо с тиоридазином (до 75 мг в сутки). Показатель по общему баллу шкалы BPRS составлял: 65,8±3,76, что подтверждало выраженность психотических расстройств. При декомпенсации **РЛ** необходимым являлось применение нейролептиков. Такие проявления, как гневливость, враждебность, раздражительность, в сочетании со сверхценными ипохондрическими идеями либо бредом отношения купировались кветиапином (300–600 мг в сутки), либо рисперидоном (4–8 мг в сутки) с дополнением клозапина (50–100 мг). Аффективный дисбаланс корректировался венлафаксином (150–375 мг в сутки) либо нормотимиком ламотриджином (100–200 мг в сутки). Показатель по общему баллу шкалы BPRS был достаточно высоким: 67,75±4,92. У пациентов во всех нозологических группах на начальном этапе ПММХ суммарный показатель по методике СОРОП соответствовал высокому риску совершения опасных действий ((+)20 баллов и более)).

На втором этапе проводимая интенсивная психофармакотерапия носила седативно-элективный характер и была направлена на дезактуализацию, фрагментацию различных звеньев психопатологического синдрома и редукцию психотических проявлений. У пациентов с **РШС** дозировку препаратов изменяли в зависимости от данных динамического комплексного обследования и наблюдения, которые свидетельствовали об ундулирующем характере психопатологических проявлений на фоне общей положительной динамики. Купиро-

вание сохраняющейся подозрительности, настороженности, бредовой настроенности, конфликтности достигалось применением рисперидона (8 мг в сутки), либо галоперидола (15 мг в сутки), либо трифлуоперазина (15–20 мг в сутки); при соматической отягощенности – зуклопентиксола (до 30 мг в сутки). Пациенты продолжали получать клозапин (75–100 мг в сутки). Тревожно-депрессивные проявления купировались амитриптилином с наращиванием доз до 100 мг в сутки. При проведении патопсихологического исследования выявлялась менее выраженная охваченность переживаниями и относительная упорядоченность поведения, отмечалась склонность к идеаторной переработке информации и построению труднокорректируемых концепций с опорой на внутренние критерии, измененность смысловой сферы, субъективность мышления и восприятия, формальность эмоциональных проявлений с аффектацией при обсуждении субъективно значимых тем. При объективном обследовании психического состояния с применением шкалы BPRS наблюдалось значительное снижение показателя по общему баллу (58,23±9,54). Психофармакотерапия у больных с **ОПР** прежде всего была направлена на купирование дисфорических, бредовых, галлюцинаторных расстройств. Переход на пероральный прием нейролептиков требовал назначения более высоких доз препаратов: галоперидол (10–15 мг в сутки), зуклопентиксол 20–40 мг в сутки. В ряде случаев галоперидол заменялся на кветиапин (100–200 мг в сутки). У части пациентов использовались относительно небольшие дозы тиоридазина (50 мг в сутки), либо хлорпро-тиксена (30 мг в сутки). Продолжалось применение нормотимиков: вальпроаты (500–900 мг в сутки), карбамазепин (600–800 мг в сутки), ламотриджин (100–150 мг в сутки). Наряду с этим проводилась курсовая терапия ноотропами (пирацетам, пантогам, фенибут, аминалон), средствами, улучшающими мозговое кровообращение (циннаризин, винпоцетин, трентал), рассасывающими и дегидратационными препаратами (сернокислая магnezия, диакарб), также проводились курсы витаминотерапии. При психологическом исследовании отмечалась большая доступность продуктивному контакту, при этом сохраняющиеся признаки аффектации при затрагивании субъективно значимых тем, невысокая продуктивность интеллектуальной деятельности, недостаточность критического отношения к своему состоянию и сложившейся ситуации. Применение шкалы BPRS указывало на снижение показателя по общему баллу (61,58±6,37). Учитывая

наличие у пациентов с **УО** неполной редукции психотической симптоматики, снижение аффективной напряженности, при этом сохраняющиеся церебрастенические и когнитивные расстройства, отсутствие критической и прогностической оценки своего состояния и совершенного ООД дозы препаратов оставались на прежнем уровне или незначительно снижались: рисперидон (2–4 мг в сутки) либо зуклопентиксол (10–20 мг в сутки) в сочетании с клозапином (25–50 мг в сутки), либо с тиоридазином (50–75 мг в сутки). Назначались курсы терапии гидрохлоридом аминафенилмасляной кислоты (фенибут) (750 мг в сутки). Проводимое психологическое исследование выявляло снижение актуальности переживаний, однако сопровождалось тенденцией к совершению недостаточно обдуманых, спонтанных поступков, без последующего анализа своих действий; психологом на фоне интеллектуальной дефицитарности больных отмечалась склонность игнорировать затруднения и небрежно относиться к замечаниям, тенденция к избеганию ответственности, нарушение когнитивных функций с выраженной неустойчивостью активного внимания и сужением его объема. В данной группе показатель по общему баллу шкалы BPRS незначительно снижился ($63,4 \pm 4,88$). У пациентов с **РЛ** в связи со снижением аффективной напряженности, менее актуальными бредовыми переживаниями, уменьшением выраженности ипохондрических расстройств назначались препараты в меньшей дозировке: кветиапин (до 400 мг в сутки), либо рисперидон (2–4 мг в сутки) с дополнением клозапина (25–50 мг). Для стабилизации состояния продолжалась терапия венлафоксином (до 150 мг в сутки), либо нормотимиком ламотриджином (до 100 мг в сутки). При психологическом исследовании отмечались более активное высказывание своих переживаний, некоторая демонстративность, снижение аффективной напряженности, потребность в самоутверждении, в одобрении и признании, попытки контроля поведенческих реакций, стремление наладить контакт с окружающими, включиться в реабилитационные мероприятия. Прослеживалось незначительное снижение показателя по общему баллу шкалы BPRS ($65,5 \pm 5,83$). У больных исследуемых нозологических групп на данном этапе принудительного лечения показатель суммы баллов по методике СОРОП свидетельствовал о тенденции к снижению имеющегося высокого риска совершения опасных действий.

Лечебная тактика третьего этапа подразумевала направленный на редукцию резидуальной симптоматики и противо-

рецидивный характер терапии. На данном этапе у больных с **РШС** дозы препаратов снижались: зуклопентиксол (20 мг в сутки), трифлуоперазин (10–15 мг в сутки), рисперидон (до 4–8 мг в сутки). В ряде случаев при снижении энергетического потенциала трифлуоперазин заменялся на перициазин (8–12 мг). Отменялся антидепрессант – амитриптилин. При необходимости проводилась коррекция диссомнических расстройств, в случаях наличия у больного соматической отягощенности более безопасным и эффективным был хлорпротиксен (до 75 мг). Экспериментально-психологическое исследование выявляло нарастание диссимулятивных тенденций, формальное признание наличия болезненного состояния, склонность к контролю за своими высказываниями; психологом указывалось на активное декларирование планов на будущее с недостаточной реалистичностью, переоценкой актуальных возможностей, в мышлении отмечалась ориентация на субъективные критерии. Психометрическая шкала BPRS показывала снижение общего балла до $47,9 \pm 4,39$. Пациенты с **ОПР** продолжали получать галоперидол (5–10 мг в сутки), кветиапин (100–200 мг в сутки), зуклопентиксол (20 мг в сутки) в сочетании с хлорпротиксеном (15–30 мг в сутки), тиоридазином (30 мг в сутки), для стабилизации аффективных нарушений назначался финлепсин (400–600 мг в сутки), чаще ламотриджин (100 мг в сутки). В зависимости от выраженности проявлений психоорганического синдрома повторно проводился курс метаболической терапии. При психологическом исследовании выявлялось повышение энергетического потенциала и побудительной активности, улучшение произвольной регуляции внимания, но сохраняющиеся трудности в самостоятельной организации деятельности, которые не позволяли выделить приоритетные цели на будущее. При проведении психометрического исследования наблюдалось снижение показателя по общему баллу шкалы BPRS ($53,88 \pm 4,56$). В связи с дезактуализацией психотических расстройств, стабилизацией аффективной сферы, с учетом недостаточной критической оценки своего заболевания, совершенного ООД у больных с **УО** дозы препаратов снижались: рисперидон (не более 2 мг в сутки) либо зуклопентиксол (4–6 мг в сутки) в части случаев в сочетании с клозапином (12,5 мг в сутки), либо с тиоридазином (20 мг в сутки). Продолжалась терапия гидрохлоридом аминафенилмасляной кислоты (фенибут) (750 мг в сутки). Психологом при проведении исследования отмечалась положительная динамика состояния с ука-

занием на недостаточность критических способностей. Показатель по общему баллу шкалы BPRS составлял $58,4 \pm 7,499$. С целью стабилизации состояния у пациентов с **РЛ** продолжалось лечение кветиапином (до 400 мг в сутки), либо рисперидоном (2 мг в сутки). Венлафаксин применялся в прежней дозировке (до 150 мг в сутки), либо осуществлялся прием ламотриджина (50 мг в сутки). Психологическое исследование выявляло стремление представить себя с благоприятной стороны, в эмоциональной сфере – раздражительность, несколько повышенную активацию поведения при улучшении критической оценки своего состояния в целом и действий в период ООД; в то же время сформированность в целом морально-нравственных критериев, знание конвенциональных норм и стандартов поведения отличалось тенденцией к их игнорированию в реальном поведении. Прослеживалось снижение показателя по общему баллу шкалы BPRS, который составил $58,38 \pm 7,98$. Сумма баллов при объективной оценке по методике СОРОП указывала на повышенный риск совершения опасных действий во всех нозологических группах (диапазон от (+)7 до (+)19 баллов).

На заключительном этапе разрабатывалась поддерживающая психофармакотерапия, сохраняющая достигнутое улучшение психического состояния, с учетом сложностей, возникающих в период проведения амбулаторного лечения (риск нарушения режима приема лекарственных препаратов). Дозы нейролептиков снижались до возможного минимума, необходимого для поддержания стабильного состояния. В схемах терапии больных с **РШС** предпочтение отдавалось препаратам пролонгированного действия: рисполепт конста (25 мг в/м 1 раз в 2 недели), тревикта (175 мг в/м 1 раз в 3 месяца), зуклопентиксол-депо (200–400 мг 1 раз в 2–4 недели). Для профилактики аффективных расстройств пациентам дополнительно назначались нормотимики (вальпроаты 300 мг в сутки, карбамазепин 200–400 мг в сутки). Результаты психологического обследования подтверждали эффективность проводимой терапии, у пациентов формировались навыки межличностного взаимодействия, наблюдалась большая эмоциональная дифференцированность, положительные социальные установки, значительное восстановление критических способностей. Об улучшении психического состояния также свидетельствовало снижение показателя по общему баллу шкалы BPRS до $42,68 \pm 4,79$. Пациентам с **ОПР** назначался галоперидол деканоат (по 50 мг в/м 1 раз в 3–4 недели) либо зуклопентик-

сол депо (по 200 мг в/м 1 раз в 4 недели) в сочетании с хлорпротиксеном (15–30 мг в сутки) или тиоридазином (10–25 мг в сутки) и с дополнением нормотимиком ламотриджином (50–100 мг в сутки). Экспериментально-психологическое исследование обнаруживало улучшение контроля за интеллектуальными операциями, способности к их организации с повышением продуктивности в целом, относительное восстановление критических способностей, возможностей адекватного личностного функционирования, формирование конкретных планов на будущее. Показатель по общему баллу шкалы BPRS составил $45,96 \pm 3,93$. У больных с **УО** с учетом интеллектуальной недостаточности, но при этом формальной критической оценки своего состояния, достаточно реальных высказываний планов на будущее, упорядоченности поведения, в качестве поддерживающей продолжалась терапия тиоридазином (20 мг в сутки). Рисперидон, зуклопентиксол, клозапин отменялись. Психологическое исследование выявляло затруднение планирования своей деятельности на будущее при наличии идей трудоустройства, организации быта, формирования критики к своему состоянию, обусловленного недостаточностью интеллектуально-мнестической и эмоционально-волевой сфер. Показатель общего балла психометрической шкалы BPRS значительно снизился ($45,6 \pm 6,31$). В связи с заметным улучшением способности к контролю своих эмоций, межличностным коммуникациям, планированию деятельности с просоциальными установками пациентам с **РЛ** продолжалась терапия кветиапином (300 мг в сутки) и ламотриджином (50 мг в сутки). Рисперидон, венлафаксин отменялись. При психологическом исследовании у них отмечалось повышение коммуникабельности, активности, потребности в теплых межличностных взаимоотношениях, достаточная способность к контролю поведенческих реакций, в то же время недостаточная гибкость адекватных стратегий разрешения проблемных ситуаций, способность учитывать социальные нормы и правила в своем поведении, склонность к избеганию сложных видов деятельности. Наблюдалось снижение показателя общего балла по шкале BPRS ($46,13 \pm 9,048$), за счет невыраженности факторов, способствующих общественно опасному поведению («враждебность», «подозрительность», «отказ от сотрудничества», «напряженность», «возбуждение»). Показатель суммы баллов по методике СОРОП свидетельствовал о среднем риске совершения опасных действий (диапазон от (-)6 до (+)6 баллов) во всех группах.

Заключение

Осуществление последовательной психофармакотерапевтической тактики в курации стойкой психотической симптоматики у лиц с тяжелыми психическими расстройствами в зависимости от структуры клинических проявлений, особенностей конкретного больного позволяет реализовать наиболее эффективные лечебные мероприятия, способствующие достижению стабильного улучшения состояния, что существенно снижает риск общественной опасности. Сочетание проводимых терапевтических, реабилитационных мероприятий с экспериментально-психологическим исследованием и психометрическими методиками (BPRS, СОРОП) способствует более точной оценке эффективности терапии и степени общественной опасности.

Список литературы

1. Макушкина О.А., Анисимова Т.Г., Макушкин Е.В. Проблема оценки риска опасности лиц, страдающих психическими расстройствами // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. № 11. С. 111–115.
2. Илюшина Е.А. Дифференциальная диагностика и судебно-психиатрическая оценка бредовых и бредоподобных состояний: автореф. дис. ... канд. мед. наук. 14.01.06. Москва, 2014. 23 с.

3. Петрюк А.П. Агрессивное поведение при различных психических расстройствах с учетом качества жизни пациентов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2004. № 3. С. 99–102.

4. Jungirger J. Command hallucination and prediction of dangerousness // *Psychiatric Services*. 1995. Vol. 46. P. 901–914. DOI: 10.1176/ps.46.9.911.

5. Бисалиев Р.В., Кубекова А.С. Агрессивное поведение у пациентов психиатрического профиля // Практическая медицина. 2013. № 1 (66). С. 147–149.

6. Макушкина О.А. Назначение и выбор вида принудительных мер медицинского характера в аспекте эффективной профилактики общественно опасных действий лиц с психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2019. № 2 (103). С. 118–127. DOI: 10.26617/1810-3111-2019-2(103)-118-127.

7. Witt K., van Dorn R., Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies // *PLoS One*. 2013. № 8(2). P. e55942. DOI: 10.1371/journal.pone.0055942.

8. Борисова П.О. Нозологическая дилемма и клинический полиморфизм феномена кататонии // Психиатрия. 2020. Т. 18, № 2 (86). С. 61–70. DOI: 10.30629/2618-6667-2020-18-2-61-70.

9. Винникова И.Н. Меры медицинской профилактики общественно опасных действий больных шизофренией (терапевтические, реабилитационные и фармакоэкономические аспекты принудительного лечения): автореф. дис. ... докт. мед. наук. 14.00.18. Москва, 2009. 33 с.

10. Дмитриев А.В., Лазько Н.В., Оспанова А.В., Фролова А.В. Преемственность терапевтических подходов как основа профилактики общественной опасности при тяжелых психических расстройствах // Российский психиатрический журнал. 2021. № 3. С. 25–31. DOI: 10.47877/1560-957X-2021-10303.