

## ИЗ ОПЫТА ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОЦЕССА ВЛИЯНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ПРОЯВЛЕНИЯ АГРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ОТДЕЛЕНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА

<sup>1</sup>Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

<sup>2</sup>КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Эрдмана Ю.К.», г. Барнаул

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

*Обсуждается возможность использования взаимосвязей ценностно-смысловых образований жизненного мира больных шизофренией и агрессивности в качестве реабилитационного потенциала. В исследовании участвовали пациенты мужского пола, находящиеся на стационарном принудительном лечении в отделении специализированного типа «Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Эрдмана Ю.К.», проходившие комплекс мероприятий на базе разработанной оригинальной психореабилитационной (психокоррекционной) платформы с использованием методики предельных смыслов Д.А. Леонтьева и биографического тренинга К.В. Карпинского, и больные с тем же диагнозом, также совершавшие правонарушения, но не вовлекавшиеся в психокоррекцию (контрольная группа). Для реализации поставленной цели использовалась методика определения уровня агрессивности Басса-Дарки и тест фрустрационной толерантности С. Розенцвейга. Исследование проводилось с позиции различных теорий возникновения агрессии. Проанализированы некоторые аспекты мировоззрения, системы ценностных ориентаций в поведении, а также особенности агрессии у испытуемых обеих групп. Выявлена эффективность предложенной программы для больных шизофренией, направленной на адаптацию во внебольничных условиях, снижение риска агрессивного поведения, профилактику явлений госпитализма, трансформацию жизненных смыслов в структуре жизненного мира.*

**Ключевые слова:** психологическая реабилитация, шизофрения, агрессивное поведение, личность, ценностно-смысловые образования.

## FROM THE EXPERIENCE OF THE STUDY OF THE PROCESS OF INFLUENCE OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION ON MANIFESTATIONS OF AGGRESSION IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS UNDER THE CONDITIONS OF COMPULSORY TREATMENT IN THE DEPARTMENT OF SPECIALIZED TYPE

<sup>1</sup>Altai State Medical University, Barnaul

<sup>2</sup>KGBUZ Altai Regional Clinical Psychiatric Hospital named after Erdman Yu.K., Barnaul

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

*The possibility of using the relationship of value-semantic formations of the lifeworld of patients with schizophrenia and aggressiveness as a rehabilitation potential is discussed. The study involved male patients who were on inpatient compulsory treatment in the department of specialized type of the Altai Regional Clinical Psychiatric Hospital named after Erdman Yu.K., held a complex of measures on the basis of the developed original psycho-rehabilitation (psycho-corrective) platform using the method of liminal meanings by D.A. Leontiev and biographical training by K.V. Karpinsky, and patients with the same diagnosis who also had committed offenses but were not involved in psychocorrection (control group). To achieve this goal, the method of determining the level of hostility by Buss-Durkee and the test of frustration tolerance by S. Rosenzweig were used. The study was carried out from the position of various theories of aggression. Some aspects of the worldview, the value system in behavior, as well as the peculiarities of aggression in the participants of both groups were analyzed. The effectiveness of the proposed program for patients with schizophrenia was revealed aimed at adaptation in out-of-hospital conditions, reduction of the risk of aggressive behavior, prevention of hospitalization phenomena, transformation of life meanings in the structure of the lifeworld.*

**Keywords:** psychological rehabilitation, schizophrenia, aggressive behaviour, personality, value-semantic formations.

Актуальность проблемы совершения общественно опасных действий (ООД) больным шизофренией не вызывает сомнения. Результаты многочисленных исследований не снизили актуальность проблемы совершения пациентами, страдающими данной патологией, агрессивных общественно опасных действий. В последнее время перед специалистами в области судебной психиатрии, судебной и клинической психологии остро стоит вопрос профилактики повторных правонарушений у таких пациентов [1, 2].

Некоторые авторы находят, что само по себе опасное действие является следствием психопатологических феноменов. Это относится и к пациентам, страдающим шизофренией [1]. С позиции различных теорий возникновения агрессии у больных параноидной шизофренией имеет различные причины. Психоаналитики считают, что агрессия – итог недостаточной развитости эго и суперэго, что приводит к неспособности подавления агрессивных побуждений. Ряд клинико-психопатологических исследований показал, что причиной агрессивного поведения также может быть дефицит мышления [3].

Также 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 [4].

Основными задачами, которые выполняют в своей деятельности клинические психологи, являются выявление больных, склонных к насилию, а также определение круга пациентов, в отношении которых психотерапевтические вмешательства будут наиболее эффективны. Наиболее успешно данная проблема решается в стационарах с отдельными реабилитационными отделениями (отделения с расширенным режимом содержания) [5].

Очевидным является тот факт, что снижение количества ООД, совершенных лицами с психическими расстройствами, возможно лишь на основе интенсификации первичной профилактики, которая должна проводиться силами общепсихиатрической сети. Проблема поиска маркеров противоправного поведения и инструментов для их выявления у лиц с психическими расстройствами является важным аспектом в системе профилактической работы психиатрической и психологической служб [6, 7].

Нами была разработана оригинальная психореабилитационная (психокоррекционная) платформа с использованием методики предельных смыслов Д.А. Леонтьева и биографического тренинга К.В. Карпинского.

Целью исследования явилось выявление эффективности психокоррекционных мероприятий в рамках заявленной платформы, направленных на снижение уровня агрессивности и фрустрационной толерантности, включение больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния, в социальную жизнедеятельность без риска асоциального поведения.

### Материалы и методы

Были обследованы больные мужского пола с диагнозом шизофрения, возрастной интервал 21–64 года. Респонденты были разделены на две группы. Основную группу составили 60 пациентов 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 «Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Эрдмана Ю.К.».

Контрольную группу составили 60 мужчин с тем же диагнозом, совершивших правонарушения, но не участвовавших в лечебно-реабилитационных мероприятиях.

Выборочные характеристики исследуемых параметров представлены в виде среднего  $\pm$  стандартная ошибка ( $M \pm m$ ). Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с использованием программы STATISTICA 8.0. Имеются изначально принципиальные различия в показателях форм агрессии между представителями основной и контрольной групп.

В результате углубленного изучения групп респондентов была получена подробная описательная характеристика социально-психологических (таблица 1) и психопатологических особенностей респондентов (таблица 2), представляющих общественную опасность. На следующем этапе были сравнены целевые показатели в исследуемых группах. В итоге был выявлен комплекс характеристик, отличающих пациентов основной группы в зависимости от их нозологической принадлежности, кратности совершенных ООД, их характера и психопатологического механизма ООД.

На первом этапе исследования мы оценили эго-защитные реакции пациентов с помощью теста фрустрационной толерантности Розенцвейга. Кроме того, были проанализированы реакции на неудачу и способы выхода из ситуаций, препятствующих деятельности или удовлетворению потребностей личности. Данные были получены с помощью исследования привычных поведенческих паттернов испытуе-

мых. На следующем этапе нами была описана психопатологическая структура заболевания у исследуемых пациентов, оценена глубина негативных расстройств по соответствующей шкале PANSS. При помощи опросника Басса-Дарки, позволяющего выявить уровень различных видов агрессии, была исследована структура и степень предрасположенности к агрессивному поведению.

Психокоррекционные занятия проводились после психофармакологической терапии, назначавшейся для достижения некоторой редукации либо смягчения психопатологической симптоматики, что является непременным услови-

ем успешного включения. С пациентами проводились структурированные беседы, обучение самоконтролю, планированию своих действий, тренинг поведения, применялся автобиографический метод.

Все пациенты при поступлении в отделение велись с учетом принципа персонализированного подхода: составлялась индивидуальная психореабилитационная программа в соответствии с принадлежностью к той или иной функциональной группе.

Были выделены 4 функциональные группы, основные характеристики которых представлены в таблице 2.

Таблица 1

Социально-демографические сведения пациентов обеих групп

Характеристики	Основная группа, n=60, %	Контрольная группа, n=60, %
<b>Образование:</b>		
– среднее	20	45
– среднее специальное	50	25
– неоконченное высшее	15	10
– высшее	5	10
<b>Служба в горячих точках</b>	20	20
<b>Социальный статус</b>		
– до госпитализации не работал	30	35
– выполнял высококвалифицированную работу	20	15
– выполнял низкоквалифицированную работу	55	60
<b>Семейный статус</b>		
– гражданский брак	15	15
– одинок, родственников нет	10	15
– проживает с родственниками	55	50
<b>Место жительства</b>	80 – село, 20 – город	20 – село, 80 – город

Таблица 2

Основные характеристики реабилитационных функциональных групп

Характеристики Группы	Течение заболевания	Личностная адаптация	Социальная адаптация	Реабилитационный потенциал	Основная группа	Контрольная группа
1 группа	Хроническое, злокачественное, выраженный личностный дефект	Снижена значительно	Снижена значительно	Неблагоприятный	7	6
2 группа	Хроническое, сформировавшийся личностный дефект	Снижена значительно	Снижена значительно	Сомнительный	25	22
3 группа	Благоприятное, до 5 лет	Нет выраженных изменений	Незначительно снижена	Высокий	23	26
4 группа	Пограничное расстройство, 1-2 психотич. эпизода	Незначительно снижена	Незначительно снижена	Высокий	5	6

**Результаты и обсуждение**

На первом этапе исследования была оценена суммарная E-D реакция. Для этого был проведен анализ показателей выраженности ego-защитных реакций и степени соответствия реакций испытуемых групповому стандарту. В основной группе показатель ED-ego-защитных реакций составил 75%, в контрольной – 32,5%, уровень соответствия реакции испытуемого групповому стандарту – GCR имел соотношение 67,5% и 37,5% в основной группе и контрольной группе соответственно. Это свидетельствует

о значительном повышении в основной группе показателя «суммарная ED реакция» над стандартом, кроме того, выявлено снижение среднего группового CGR у испытуемых основной группы.

На следующем клиническом этапе исследования нами была оценена психопатологическая структура заболевания у исследуемых пациентов. Ведущие психопатологические синдромы у пациентов обеих групп представлены в таблице 3.

Таблица 3

*Психопатологическая структура заболевания у пациентов обеих групп*

Психопатологические синдромы	Основная группа, n= 60		Контрольная группа, n=60	
	абс.	%	абс.	%
Бредовые	13	21,67	16	26,67
Аффективно-бредовые	10	16,67	9	15
Параноидные	20	33,33	19	31,67
Аффективно-параноидные	15	25	13	21,67
Парафрэнные	2	3,33	3	5

Таким образом, у исследуемых пациентов обеих групп преобладала бредовая и параноидная симптоматика. Кроме того, нами были выделены и аффективные варианты данных расстройств, для того чтобы подчеркнуть аффективную насыщенность переживаний как предпосылок к агрессии. Случаи парафрэнных расстройств единичные. Психопатологическая симптоматика носила хронический характер (сумма баллов по шкале PANSS (общий балл) в основной группе составила 75,4±7,5, в контрольной – 73,97±6,3).

Негативные расстройства у всех пациентов проявлялись как в эмоциональной, так и во-

левой сфере. Оценка негативных расстройств проводилась с применением соответствующей шкалы PANSS. Средний балл по негативной шкале PANSS у пациентов основной группы составил 28,2±3,2, у пациентов контрольной – 26,8±2,9, достоверных различий по данному показателю выявлено не было.

С помощью опросника Басса-Дарки была исследована структура и степень предрасположенности к агрессивному поведению.

Описательная статистика показателей агрессии испытуемых по опроснику Басса-Дарки до проведения психореабилитационных занятий приведена в таблице 4.

Таблица 4

*Описательная статистика выборки у пациентов обеих групп до проведения психореабилитационных занятий*

	n	Среднее значение		Основная группа после проведения реабилитационных мероприятий, n=60
		Основная группа, n=60	Контрольная группа, n=60	
Физическая агрессия	60	5,23	5,44	4,98
Косвенная агрессия	60	5,15	6,01	5,05
Раздражительность	60	7,10	6,32	6,43
Негативизм	60	2,95	3,14	2,95
Обида	60	3,58	3,72	1,54
Подозрительность	60	5,88	5,91	1,50
Вербальная агрессия	60	6,35	6,14	5,67
Чувство вины	60	3,30	3,45	2,10

На основании полученных данных можно констатировать более выраженную агрессивность у пациентов основной группы.

Во втором срезе опросника Басса-Дарки (после проведения лечебно-реабилитационных мероприятий) все категории агрессии снизились:

физическая агрессия (4,98), косвенная агрессия (5,05), раздражительность (6,43), обида (1,54), чувство вины (2,10). Остались прежними только негативизм (2,95) и подозрительность (5,88), вербальная агрессия (5,67), что входит в структуру заболевания данной категории больных.

Следующим этапом явилось ретестовое исследование с интервалом 1 год опросника Басса-Дарки. Результаты в первом и втором срезах показали, что в динамике имеет место достоверное снижение по шкалам обиды (1,54 и 1,35 соответственно, различия достоверны для  $p=0,01$ ), раздражительности (6,43 и 6,32 соответственно, различия достоверны для  $p<0,05$ ), вербальной агрессии (5,67 и 5,6 соответственно, различия достоверны для  $p<0,05$ ) и чувства вины (2,1 и 2,0 соответственно, различия достоверны для  $p<0,05$ ).

Таким образом, после проведения психологической коррекции достоверно снизились показатели по шкалам обиды, раздражительности, вербальной агрессии, чувства вины. Показатели физической и косвенной агрессии, негативизм и подозрительность изменений не претерпели.

Для выявления среднего значения коэффициента социальной адаптации (GCR) была проведена оценка теста фрустрационной толерантности Розенцвейга. В основной группе до реабилитации значение составило 17,7%, после реабилитации – 22,2%.

### Заключение

Комплекс мероприятий в рамках разработанной нами психореабилитационной (психокоррекционной) платформы привел к снижению таких проявлений агрессии, как раздражительность, обида, вербальная агрессия и чувство вины.

После участия в психореабилитационных мероприятиях испытуемые в ситуациях фрустрации стали преуменьшать травмирующие, неприятные аспекты этих ситуаций, останавливать обращенные к окружающим агрессивные проявления там, где другие обычно выражают требования экстрапунитивной направленности.

Оригинальная психореабилитационная (психокоррекционная) платформа с использованием методики предельных смыслов Д.А. Лентьева и биографического тренинга К.В. Карпинского способствует снижению аффективной напряженности, агрессивности, повышению уровня и качества социального функционирования, развитию коммуникативных и социальных навыков, укреплению идентичности через развитие творческих способностей и самореализации, повышению социальной адаптации, что, можно предположить, будет способство-

вать предупреждению повторных общественно опасных действий.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### Список литературы:

1. Golenkov A., Large M., Nielssen O. A 30-year study of homicide recidivism and schizophrenia. *Crim Behav Ment Health*. 2013;23(5): 347-355. DOI: 10.1002/cbm.1876
2. Golenkov A., Nielssen O., Large M. Systematic review and meta-analysis of homicide recidivism and schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2014;14: 46. DOI: 10.1186/1471-244X-14-46
3. Селезнева Г.Н. Агрессивное поведение у больных шизофренией. *Научный дискурс*. 2016;1: 176-180.
4. Абдулсаева С.М. Значение психотравмирующей ситуации в генезе общественно опасных действий больных шизофренией. *Практика судебно-психиатрической экспертизы*. 2005;43: 64-72.
5. Худякова Ю.Ю. Агрессия у больных параноидной шизофренией: психодинамический подход. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2015;11(2): 106-120.
6. Булыгина В.Г. Измерение рисков насилия в судебной психиатрии. *Психологическая наука и образование*. 2011;1: 50-60.
7. Корнетова Е.Г., Семке А.В. Современные вопросы и перспективы изучения шизофрении с ведущей негативной симптоматикой. *Бюллетень сибирской медицины*. 2014;13(1): 5-13.

### References

1. Golenkov A., Large M., Nielssen O. A 30-year study of homicide recidivism and schizophrenia. *Crim Behav Ment Health*. 2013;23(5): 347-355. DOI: 10.1002/cbm.1876
2. Golenkov A., Nielssen O., Large M. Systematic review and meta-analysis of homicide recidivism and schizophrenia. *BMC Psychiatry*. 2014;14: 46. DOI: 10.1186/1471-244X-14-46
3. Selezneva G.N. Aggressive behavior in patients with paranoid schizophrenia. *Discourse*. 2016;1: 176-180. (In Russ.)
4. Abdulasaeva S.M. The significance of psychotraumatizing situation in the genesis of socially dangerous actions of patients with schizophrenia. *Praktika sudebno-psikhiatricheskoy ekspertizy*. 2005;43: 64-72. (In Russ.)
5. Khudyakova Yu.Yu. Aggression in patients with paranoid schizophrenia: psychodynamic context. *The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology*. 2015;11(2): 106-120. (In Russ.)
6. Bulygina V.G. Measuring the risks of violence in forensic psychiatry. *Psychological Science and Education*. 2011;1: 50-60. (In Russ.)
7. Kornetova E.G., Semke A.V. Contemporary

issues and perspectives on the studying of schizophrenia with negative symptoms leading. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2014;13(1): 5-13. (In Russ.)

#### Контактные данные

Автор, ответственный за переписку: Кулешова Елена Олеговна, к.м.н., ассистент кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета; врач-психиатр КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Эрдмана Ю.К.», г. Барнаул.

656056, г. Барнаул, ул. Луговая, 19.

Тел.: +79039589920.

E-mail: emoryll@rambler.ru

<https://orcid.org/0000-0002-4122-8138>

#### Информация об авторах

Шереметьева Ирина Игоревна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.

656038, г. Барнаул, пр. Ленина, 40.

Тел.: (3852) 566800.

E-mail: rector@agmu.ru

<https://orcid.org/0000-0001-8513-9869>

Кочеткова Елена Петровна, медицинский психолог КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Эрдмана Ю.К.», г. Барнаул.

656922, г. Барнаул, ул. Суворова, 13.

Тел.: (3852) 313914.

E-mail: pb\_erdman@mail.ru

Строганов Александр Евгеньевич, д.м.н., профессор кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.

656038, г. Барнаул, пр. Ленина, 40.

Тел.: (3852) 566867.

E-mail: jazz200261@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-1791-7996>

Лещенко Лариса Владимировна, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета; врач-психиатр КГБУЗ «Алтайская краевая клиническая психиатрическая больница им. Эрдмана Ю.К.», г. Барнаул.

656056, г. Барнаул, ул. Чехова, 17.

Тел.: (3852) 248838.

E-mail: leschenkolvmelik@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0003-4819-5575>

Курышкин Владимир Иванович, к.м.н., доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии и наркологии с курсом ДПО Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.

656056, г. Барнаул, ул. Луговая, 19.

Тел.: (3852) 246651.

E-mail: kuryshkinv@mail.ru

<https://orcid.org/0000-0002-2248-9850>

*Поступила в редакцию 19.02.2021*

*Принята к публикации 11.03.2021*

**Для цитирования:** Шереметьева И.И., Кочеткова Е.П., Строганов А.Е., Лещенко Л.В., Курышкин В.И., Кулешова Е.О. Из опыта исследования процесса влияния психологической реабилитации на проявления агрессии у больных шизофренией, находящихся в условиях принудительного лечения в отделении специализированного типа. *Бюллетень медицинской науки*. 2021;1(21): 45–50.

**Citation:** Sheremetyeva I.I., Kochetkova E.P., Stroganov A.E., Leshchenko L.V., Kuryshkin V.I., Kulshova E.O. From the experience of the study of the process of influence of psychological rehabilitation on manifestations of aggression in schizophrenia patients under the conditions of compulsory treatment in the department of specialized type. *Bulletin of Medical Science*. 2021;1(21): 45–50. (In Russ.)