

ГОДИШНИК НА СОФИЙСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“
ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ
Книга Психология
Том 99

ANNUAIRE DE L'UNIVERSITE DE SOFIA „ST. KLIMENT OHRIDSKI“
FACULTE DE PHILOSOPHIE
Livre Psychologie
Tome 99

ЛИЧНОСТОВИ ПРЕДДИСПОЗИЦИИ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА АНТИСОЦИАЛНИ ДЕЙСТВИЯ ПРИ ШИЗОФРЕННО БОЛНИ

СТОЯН БЪЧВАРОВ

Катедра „Социална, трудова и педагогическа психология“

Стоян Бъчваров. ЛИЧНОСТНЫЕ ПРЕДИСПОЗИЦИИ ДЛЯ СОВЕРШЕНИЯ АНТИ-СОЦИАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ У ШИЗОФРЕННО БОЛНЫХ

В студию рассматривается проблематика, связанная с шизофреническим психозом и острой криминогенной активностью. Представлен взгляд автора на восприятие и анализ феноменов, связанных с болезнью от позиции генезиса, протекания и дезадаптирующего влияния на пациента. В связи с этим феномены рассматриваются в совокупности биологических, социальных и психологических анализов доболезненной структуры личности для повышения возможностей профилактики и ранней диагностики психоза и связанные с ней антисоциальной активности.

Stoyan Bachvarov. PERSONAL PREDISPOSITIONS FOR COMMITTING CRIMES BY SCHIZOPHRENICS

The paper presents topics connected with schizophrenia and its acute criminal manifestation. From the author's point of view schizophrenic phenomena should be comprehended and analyzed in their genesis, course and maladaptive influence over the patient. Because of this psychological reasons. Psychological analyses of premorbid personal characteristics are found important for rising the opportunities for prevention and early diagnostics of the psychosis and its following antisocial activities.

Шизофренията в съвременната психиатрия се класифицира като ендегенна психоза. Това произлиза от схващането, че „душата“ може да заболее от само себе си, независимо от соматичното състояние на индивида. Счита се, че хората боледуват от шизофрения от дълбока древност, но едва към края на XIX и началото на XX в. тя е обособена като самостоятелна нозологична единица. Основни причини за това са както все още неизяснената етиология на заболяването, така и голямото разнообразие на формите и протичането ѝ. Описания на това заболяване са открити и в трудовете на редица автори от първата половина на XIX в., макар и не под това название.

Шизофреничната психоза представлява особен интерес и в наши дни именно поради гореспоменатите проблеми, а също така и поради изявената болестност и заболяемост. Сред останалите психози шизофренията е с един от най-високите проценти на антисоциално поведение и прояви. Характерните за болните от шизофрения обществено опасни действия предимно спрямо личността и здравето на човека са провокирани от естеството на пораженията, които психозата нанася върху висшите психични функции, социалната адаптация на болния. Болестта засяга когнитивните структури и най-вече мисленето и контрола над волевата сфера, а биологичните, генетични, социални и социокултурни, както и психопатологични механизми и пътища, по които това става, не са докрай и недвусмислено изяснени. Това поставя болните от шизофрения в позиция на „етикетирани“ и отбягвани от социума, което подсилва и обостря тяхната трайна дезадаптация в личен и професионален план.

Високият процент антисоциални и криминални прояви в резултат от заболяването са предмет на множество изследвания, които дават предимно описателни характеристики и класификации на подбудите и мотивацията за извършване на обществено опасни действия от болните. Правени са редица изследвания на генетично, неврологично и хромозомно равнище, както и невропсихологични такива, даващи обнадеждаващи, но не и категорични резултати в установяване психопатологичните механизми на шизофреничните опасни деяния.

Повлияването на личността на болния от развитието на психозата не е единствената насока на съвременните изследвания. Все повече се налага схващането за важната роля на предболестната личност за предвиждане и превенция на опасните деяния на шизофренично болния. Познаването на преморбидната акцентуация или личностова абнормност е позитивен момент в превенцията на определен вид деяния. Това може да даде и насоки за изследване в бъдеще на евентуална превенция на заболяемостта от шизофрения у индивиди с определени рискови личностови характеристики.

Според редица автори парафреничната, параноидната и параноиднохалюцинаторната форма на психозата са с най-висок дял сред шизофреничната популация на антисоциални и криминални деяния срещу личността, в частност убийства и опити за убийства, както и сексуални посегателства. Ранното отключване на психозата и често трайното ѝ хронифициране, съчетано с лошата прогноза

и гореспоменатата сериозност на най-честите деяния на болните, обуславят изключителния интерес към проблематиката на изясняване връзките между психозата и антисоциалното поведение, както и механизмите и пътищата, по които то се осъществява. Интерес представлява и връзката между характеристиките на предболестната личност на болния и преди всичко проследяването на характерни прояви на болните предвид преморбидните им акцентуации или личностови разстройства, доколкото се срещат и такива пациенти. Изясняването на проблема за наличието или не на подобни връзки в механизмите на извършване на антисоциалните деяния би било от съществено значение за терапията, лечението и превенцията на развитие на психозата, както и за превенция на болните в епизод или ремисия от подобно поведение.

Био-психосоциалният модел на разглеждане на подобна проблематика не може да ни остави безучастни и към значимостта на критериите от биологично и социално естество в търсене на взаимовръзките между психозата и антисоциалното поведение. Макар и пренебрегвана от биологизаторските насоки на изследване в миналото, днес значимостта на социалната среда и адаптация на индивида е неоспорим факт и заедно с психологическите, биологични и генетични фактори оформя цялостната съвременна концепция за психичното здраве на човека и поведенческите му прояви. Фактори като образователно равнище, семейна среда, професионална реализация, междуличностни взаимоотношения са предмет на множество съвременни изследвания върху шизофренната заболяемост и прояви на болните и връзката им с антисоциалното поведение на страдащите е несъмнена.

ЛИТЕРАТУРЕН ПРЕГЛЕД

През 1857 г. френският психиатър Морел описва като самостоятелно заболяване простата форма на шизофренията под името ранно оглупяване. Това наименование използва и Крепелин през 1898 г., въпреки че днес „dementia praecox“ не се счита за подходящ етикет на заболяването, поради това че шизофренията не води задължително до тежка деградация на личността, а и при наличието ѝ тя не се изразява в комплексно оглупяване. Така и до днес най-широко разпространение е придобило предложеното от Блойлер през 1911 г. название – „шизофрения“, – означаващо разцепена душа. В историческа ретроспектива, разбира се, има много автори, които са отричали нозологичната самостоятелност на болестта. Клайст, Лемке, Леонхард и др. говорят за нея като за сборно понятие. Но в съвременната медицина и психиатрия дискусиите по този проблем постепенно са загубили своята актуалност. В подкрепа на нозологичната самостоятелност на шизофренията са и множеството различни наименования на формите ѝ, както и изградената днес класификация на болестта по типове и характер на протичане. В клиничните пособия и справочници са описани форми, за които съществуват по няколко названия. В близкото

минало се е говорело за шизофренни изменения на личността, или т. нар. defectus schizophrenicus – съвкупност от трайни изменения на личността на болния от шизофрения (снижения на психичната активност, емоционално обедняване, аутизъм, загуба на единството на психичните процеси), но напоследък се счита, че няма общо основание за употребата на тези понятия поради наличие на емпирични данни за редица случаи, в които не става дума за трайна липса на психична функция, обусловена органично, а по-скоро за инертност на патодинамичните отношения. Самата шизофрения като общо понятие и наименование на нозологичната единица се описва в клиничните психиатрични речници като ендогенна психична болест, с неизяснена етиология и патогенеза. Като вероятна причина за заболяването се изтъкват наследствено предразположение, автоинтоксикация във връзка с белтъчната обмяна, автоимунизация или сенсibiliзация на организма към собствените тъкани (в случая мозъчната), при която се образуват токсични продукти, довеждащи до нарушения във функционирането или разстройства във висшата нервна дейност, проявяващи се в т. нар. „шизофренна симптоматика“. Според теорията на Павлов мозъчната кора на болните от шизофрения се характеризира с голяма слабост и склонност към изпадане в надпределно задържане (хронично хипнотично състояние), което може да обхване и подкориеето. Той счита за особено типични за болестта т. нар. преходни състояния между бодърстване и сън, или фазови състояния. В резултат на хипнотичното състояние на кората подкориеето се освобождава от контрола ѝ и може дори да се индуцира положително. Индукционни отношения могат да се наблюдават и между двете сигнални системи. Друг важен момент в патофизиологията на шизофрениите в духа на учението на Павлов е отслабването в подвижността на нервните процеси и възникване на болестна инертност. Тя играе съществена роля във възникването на т. нар. болни пунктове (патодинамични структури), представляващи „огнища“ със застоен процес на възбуда или потискане. В острия стадий на заболяването измененията придобиват неспецифичен, но обратим характер. При хроничния стадий на психозата в кората на големите полукълба се установяват необратими промени и загиване на мозъчни клетки, от което следва формирането на участъци на запустяване, и нерядко това е последвано от изразена мозъчна атрофия. Не се наблюдават специфични особености нито в характеристиката на тези промени, нито в локализацията им, въпреки че според някои изследвания най-често се срещат в челните, долнотемнените и слепоочните дялове на мозъка във втория и особено в третия и петия слой на кората. Процесът обаче засяга и подкорковите възли, хипоталамуса, ствола и малкия мозък. Някои автори описват дори намаляване и изчезване на част от дендритите на нервните клетки в засегнатите участъци. В психиатричен и психологичен план началото на болестния процес се отнася обикновено в ранна възраст (16–30 години), като се характеризира с дисоциация на психичните процеси (психичните дейности се „откъсват“ едни от други и от цялостния психичен живот на лич-

ността), наблюдава се проявление на разнообразна психопатологична симптоматика – халюцинации, налуудности, емоционални и волеви разстройства. По отношение на протичането в литературата се посочват непрекъснат, пристъпен или периодичен тип, водещи при голяма част от болните до бързо или бавноразвиващи се изменения на личността, засягащи преди всичко емоциите, волята и мисленето. В исторически аспект множествените и разнообразни описания и наблюдения над заболяването са довели до хаотични и несистематизирани данни, проявяващи се в наличие на многобройни и неточни названия и непълни клинични картини на протичане на различните форми на болестта. Правени са опити за класифициране и уточняване на названията на база тип на протичане, съществуват и такива, основани на формата на заболяването, както и свързани с чисто психопатологичното значение на водещи синдроми. За бавнопротичаща, със слабо изразени прояви болестна картина се е употребявало понятието *амбулаторна* шизофрения, под *бавнопротичаща* пък се е разбирала картината на нарастващи прояви на натрапливи състояния, съчетани с деперсонализация, хипохондричен синдром и сенестопатия – тук синонимен термин може да се яви *слабо прогресиентна* шизофрения. *Галопиращата*, или *ядрена*, форма се характеризира основно със симптоматиката, описана в общия случай на заболяването, всички прояви на неспецифична симптоматика поставят под съмнение самата диагноза. Тази форма се счита изключително типична с настъпването на бързо емоционално опустошение у страдащия – известна е още като *шизокарна*. В литературата се описват още и *депресивна*, с водещ едноименен синдром форма, както и *депресивно-параноидна* с преобладаващ депресивно-параноиден синдром. *Детската* шизофрения получава името си от изключително ранния си период на възникване, като се счита, че поради недоразвитието на детската психика симптоматиката и проявите ѝ са атипични в сравнение с онези в зряла възраст, а най-често протича със симптоми на проста, кататонна или хебефренна форма. Последните три и до днес са актуални и се считат за едни от основните при ориентирането на диагностиките в многообразните прояви на болестната симптоматика на шизофренията, поради което ще бъдат обсъдени подробно в изложението на съвременната проблематика по-нататък. Сред изброените в литературата се срещат и т. нар. шизофрения *емфиомена* или в превод от гръцки *присадена/вродена* – форма, развиваща се предимно върху терен на умствена изостаналост и протичаща с бедна симптоматика. *Късната* форма е с начало след 40 години и се характеризира с богатство и разнообразие на фантастични и еротични налуудности, конфабулации, сенестопатии, без тежка деградация на личността. *Латентната*, или т. нар. *Латентна шизофрения на Блойлер*, е скрита форма на болестта, чиито клинични прояви започват постепенно да се изострят едва след многогодишно протичане под влиянието обикновено на някакъв новопоявил се неблагоприятен фактор. *Неврозоподобната* форма, известна още като *шизоневроза* или *шизофрения псевдоневротична*, се описва в литературата като протича

чаща без налудности, но с преобладаване на натрапливи състояния, астения, признаци на деперсонализация и хипохондричен синдром. Типично название, свързано с типа на протичане на болестта, споменат по-горе, е *непрекъснато прогредиентната шизофрения*. Тя е характерна с непрекъснатото си протичане и постепенно задълбочаване на личностовата промяна, както и с възможност за протичане синдромологично като проста форма или развитието ѝ след хебефренна, параноидна или параноялна симптоматика. *Острата* форма (acuta) е общо наименование на групата на внезапно и бързоразвиващите се подвидове на заболяването, съпроводени с афективно-налудни, халюцинаторно-налудни, онейроидни и/или кататонни разстройства. *Параноялната* форма вече споменахме като начален стадий от протичането на непрекъснато прогредиентната шизофрения, но тя може да се прояви и като бавнопротичаща с преобладаване на монотематични систематизирани налудности като кверулантна, хипохондрична, ревностова, за отношение, реформаторство или изобретателство. *Парафренната* форма е характерна с късното си начало – обикновено през четвъртото десетилетие на живота. Най-често се наблюдават систематизирани и фантастични налудни идеи за преследване и величие, халюцинаторни изживявания, бавно настъпване на личностовата деградация при силна терапевтична резистентност. Съществуват три тенденции в разглеждането на тази форма на болестта – като подвид на параноидната, като самостоятелна нозологична единица и може би най-правилната – като стадий на параноидната. *Периодичната*, или срещана в литературата още като *рекурентна* и *ремитираща*, е форма, протичаща във вид на пристъпи с афективни, налудни, онейроидно-кататонни и по-рядко аментивноподобни разстройства, разделени от продължителни ремисии с нерезки изменения на личността, нарастващи от пристъп на пристъп, т. е. промяна не настъпва или ако се развие, това става след продължително боледуване. Най-често така протича кататонната форма на шизофренията. Под *пристъпна* се обединяват нерядко периодичната и *пристъпно-прогредиентната* форма на протичане. Последната протича с редица разстройства, сред които най-често се описват пристъпи с афективни, онейроидно-кататонни, налудни, халюцинаторни и кататонни такива, сменящи се от ремисии с изразена и трайна личностова промяна, чиято дълбочина се увеличава с всеки следващ пристъп. Тук най-ярко се долавят описаните от Снежневски три последователни етапа на протичане: параноялен (или параноиден), халюцинаторно-параноиден и парафренен. Тази форма се среща и под наименованието *шубообразна*. *Сенестетичната шизофрения на Хубер* (1971) е разновидност на хипохондричната с преобладаващи в клиничната картина сенестопатии. *Сенестопатната* форма се характеризира с бавно протичане и упорити, тягостни усещания в различни органи или области на тялото. *Симптомната* шизофрения е един неправилен термин, използван в миналото за означаване на симптомни психози, чиито прояви напомнят шизофрения. *Симптомно бедна* обикновено е простата форма на болестта, протичаща с оскъдна психопатологична

симптоматика, често без продуктивни симптоми. *Смъртоносна, фебрилна* или *хипертоксична* се нарича в литературата онази форма, при която се наблюдава бурно развиващ се пристъп с непрекъсната двигателна възбуда и помрачнение на съзнанието, съпровождана се от висока температура, подкожни кръвоизливи, херпес, силно обложен език, нарастващо изтощение и кома. След пристъпа се наблюдават изменения на личността, понякога незначителни. Особеностите в протичането, описани по-горе, се свързват с явления на токсикоза (предизвикана от шизофрениния процес) при известна непълноценност на централната нервна система или с присъединяване на инфекция, изостряща протичането на шизофренията. Тази форма често е водела в миналото до летален изход, но се повлиява добре от електрошокова терапия, като болните обикновено оздравяват, а и в днешно време съществуват данни за чувствително снижение в броя на страдащите. Картината на хипертоксичната форма силно наподобява на остър делир, поради което някои учени я разглеждат именно по този начин. Тя се среща и под редица други наименования: *смъртоносна кататония на Шаудер, кататония хипертоксична, кататония смъртоносна* или *кататония фебрилна*. *Хипохондричната* форма носи името на водещата натрапливост и свръхценни идеи или налудности за тежка телесна болест. Съществува описана и т. нар. *циркулярна* шизофрениа, протичаща с пристъпи на депресия и мания, а понякога и с тяхното съчетание наред с халюцинаторно-налудни и други прояви, свойствени общо на шизофрениата психоза.

ОБЩИ КЛИНИЧНИ ПРОЯВИ

Така изложеното многообразие от описания и наименования на различните и предимно емпирично възникнали опити за диагностични ръководства за установяване на шизофрениа психоза силно затруднява лекари, психолози и социални работници в оказването на своевременна и адекватна помощ на пациентите. Неточността и припокриването в клиничните описания създават основания за пренебрегване и игнориране на редица други фактори, съпътстващи и усложняващи социалното функциониране и адаптация на шизофрениа болните. За тези цели днес разполагаме с ръководства за диагностични указания, с пълно клинично описание и максимално точна класификация на психичните и поведенчески разстройства, даващи в най-точна възможна степен препоръки за диференциална диагностика с близките по форма и протичане разстройства, както и унифицирана система на нозологичните единици. След няколко ревизии, с участието на водещи специалисти в областта на психиатрията днес разполагаме с Международна класификация на болестите в областта на психичните и поведенчески разстройства и DSM-IV – издание на Американската психиатрична асоциация. Това е най-авторитетната база за съвременни обобщения в областта на шизофрениата психоза, нейните форми на проява, скорост на протичане и степени на засягане на висшите психични функции. С

малки разминавания в областта на личностовите разстройства, свързани или явяващи се като предболестни черти на личността на шизофренно болния, можем да дадем основната есенция на шизофренната проблематика в съвременната психиатрия и психология. Обобщено шизофренната психоза се проявява в следните девет форми (по Волфганг Франк):

- Проста – появява се предимно в младежка възраст, често с неясни симптоми и прояви на налудности, с лоша прогноза за развитие
- Хебефренна или дезорганизиран тип – започва обикновено в юношеска възраст, с неблагоприятна прогноза. Наличие на ясни афективни смущения, агресия, мисловни разстройства по форма
- Кататонна – психомоторна форма на болестта с добра прогноза. Чести състояния на ступор, каталепсия, мутизъм или *Sprengung* (блокиране)
- Параноидна (параноидно-халюцинаторна) – начало в средна възраст, с добра прогноза за изхода, постепенно начало, като рискови личности за развитие са кверулантните, характеризира се с налудни идеи, слухови халюцинации
- Онейрофрения (остър епизод) – краткотрайна форма с продължителност дни или седмици. При продължителност на епизода повече от месец според диагностичните указания на МКБ-10 следва да се диагностицира шизофрения
- *Borderline* (латентна) – характерни афективни разстройства и импулсивност на поведението
- Хронична (шизофренен резидуум) – налице е трайна личностова промяна с характерна липса на остротата на предната фаза, като често промените у пациента са необратими
- Шизоафективна форма – съчетание между афективна и шизофренна симптоматика с добра прогноза и наличие на чести мисловни разстройства по форма
- Сенестопатна – наличие на телесни халюцинаторни пристъпи с бавно напредващо протичане

Шизофренната симптоматика обобщено се характеризира с два вида симптоми – основни и аксесорни (добавъчни). *Основните* биват *разстройства на мисленето по форма* – разкъсано мислене, *Sprengung*, пренасяне и разпад на мисловни понятия, символно мислене, както и *разстройства на мисленето по съдържание* – характерна мегаломания, както и други персепоподобни и параноидни налудности. *Аксесорната симптоматика* се характеризира с наличие на *налудни възприятия*, като на преден план са тези за отношение и преследване, а след отзвучаване на острата фаза на психозата може да остане т. нар. резидуална налудност с голяма терапевтична резистентност. *Халюцинациите* са предимно слухови, срещат се и телесни изживявания за повлияване отвън, съпроводени най-често с телесни халюцинации, както и шизофренна промяна на Аз-а, или т. нар. разцепване на личността. *Сенестезиите* са близки до повлияването, но се различават главно по липсата на усещане за външно повлияване.

ПСИХОЛОГИЧНИ АСПЕКТИ НА ТРАКТОВКА НА БОЛЕСТТА И АНТИСОЦИАЛНАТА АКТИВНОСТ НА СТРАДАЩИТЕ

В общ психологичен и психопатологичен план най-сериозни са когнитивните нарушения в сферата на мисловния процес при шизофренната психоза. При такава симптоматика *паметови дисфункции* не са особено характерни или са без основно значение. Болестната хипермнезия е неутрална по отношение на заболяването, а ретро-, антеро- и конградни амнезии не са съществени за клиничната картина, дори и да се наблюдават понякога. Характерно при шизофренията е разстройството в сферата на времето възприемане. *Вроденият интелектуален дефицит* не представлява особен интерес за шизофренната картина освен при бедната симптоматика на шизофренията емфиомена, но доколкото прогресирането на болестта в общ план е свързано с разпад на личността, в редица случаи се наблюдават дементни процеси, започващи с проблеми в задържането и фиксирането на информация. Разстройствата на схващането при психозата се характеризират с качествена и съдържателна промяна или изопачаване на представения материал. В областта на *съзнание-то* основно разстройство е аутизмът с присъщите му промени в аутопсихичната ориентация и загуба на критичност. Наблюдават се загуба на способност за *концентрация* и задържане на *вниманието*.

Промяната в личностовото функциониране и отражението, което болестта дава в психологичен план с нарушенията в психичното функциониране, създават условия за трайна дезадаптация в социалните взаимоотношения на болния в личен и професионален аспект. Част от предболестните характеристики на личността се тушират или разграждат, но друга, и то с тенденция това да е асоциалната или девиантна, се обострят и излизат извън контрол. Това създава необходимост от изучаване преморбидните черти на страдащия с оглед подпомагане процесите на възстановяване и социална реинтеграция, доколкото е възможно предвид влиянието на болестта. В свое изследване от 1988 г. В. Велинов открива съществена корелация от над 12% шизофренно болни с психопатни предболестни черти, които са извършили рецидивно антисоциални действия. Процентът на болните с психопатен преморбид с единично обществено опасно деяние в същото изследване е само 3,3% от общата психиатрична популация, а този на болните с психопатни предболестни черти без опасни деяния – едва 1,2% от същата извадка. Голям дял от антисоциалните прояви се пада и на акцентираните личности, което е сигурен белег за сериозната значимост на личностовата абнормност във връзката шизофренията – преморбид – антисоциални прояви. Г. Ончев подчертава генетичната връзка в предразположеността към развитие на шизофренна психоза при т. нар. шизо-типно личностово разстройство и наличие на съмнения за предразположеност у шизоидните психопатни личности. Тук е моментът да отбележим различията в становищата на МКБ-10 и американския DSM-IV по отношение на първото

споменато личностово разстройство, което фигурира като такова в DSM-IV, а в МКБ-10 се намира в рубриката на шизофренията и налудните разстройства. Съществуват данни за повишена предразположеност към развиване на психозата и у индивиди с параноидно личностово разстройство, макар и връзката между двете да не е толкова убедителна (Г. Ончев). Но дори и фактът, че в МКБ-10 шизотипията е поместена в гореспоменатата рубрика, свидетелства за сериозността на насоките на изследване на връзките между определени личностови абнормности и шизофренната психоза, особено ако първите са в качеството си на преморбиден фактор.

Антисоциалният аспект от личностовото функциониране на психопатните също е широко известен от литературата, но този аспект от психопатологията и психиатрията корелира сериозно и с насоките на развитие и предмет на дейност на юристи, криминолози, социални работници и психолози.

Редица автори фокусират вниманието към изследвания, свързани с биологичния модел на онаследяване на предразположеността към развитие на шизофренна психоза. Това в миналото е било основен приоритет на изучаване от страна на психиатри и невролози, на медицината въобще. Социалното функциониране и среда на развитие на личността също са съществен елемент от опитите за изграждане на цялостна картина на шизофренията като етиология, патогенеза, опити за профилактика и превенция на психозата. В съвременната наука се налага комплексен подход към изучаване на заболяването и третиране на шизофренно болните именно предвид широкия мащаб на проява и засегнати страни от този проблем. Днес никой не може да разчита на подробен и достоверен анализ на проблематиката, опирайки се само на фактор наследственост или генетична предразположеност. Под внимание трябва да се вземат и редица страни на социалната среда – семейство, контакти, професионална реализация и среда, образование. Предвид темата на настоящата разработка криминологичният аспект от поведението на болните от шизофрениа следва да се прецени отново комплексно от гледна точка на биологични параметри – пол, възраст на отключване на психозата и на извършване опасното деяние, социокултурни фактори, психопатологични механизми и мотивационната им роля за извършване на деянието, наследственост и генетична предразположеност, както и ролята на преморбида за отключване и развитие на психозата и поведението на болния.

Становищата по отношение ролята на генетичния фактор в етиологията на болестта са противоречиви – от потвърждаващи във висока степен участието на този фактор до пълното му отричане. Според Ончев тук закономерен е въпросът, *какво точно се унаследява*. Категоричен отговор липсва, но може да се твърди, че на онаследяване подлежат предимно темпераментовите белези на личността за разлика от характеровите черти. Изследвания при темпераментовите белези на деца дават висока стойност на унаследяване най-вече при фактора активност за сметка на ниско изразени показатели на влияние на со-

циалната среда. Също така е установено, че ролята на генетичните фактори за темпераментовите характеристики се увеличава, а не намалява с възрастта (Г. Ончев). Наследствеността е несъмнена за немалко личностови стилове и води до закрепването им през поколенията, унаследяват се общи поведенчески и невробиологични тенденции, а не конкретни набори от черти.

Биологичният фактор пол е емблематичен за изследванията на антисоциалното и девиантно поведение. Широко известни от близкото минало са търсенията на обяснение за този феномен в хромозомните аномалии при мъже – т. нар. кариотип ХУУ. С наличието на допълнителната У хромозома са се обяснявали високият ръст и по-ниската от средната интелигентност на съответния индивид, както и антисоциалните му или девиантни прояви. Но трябва да се отбележи, че в по-голямата част от тези случаи не става дума за сериозни криминални прояви, което е белег за надценяване значението на този маркер в психопатологичен и криминален план. Ролята на невротрансмитерите е актуален момент в съвременното изследване на проблематиката на шизофренията и антисоциалното поведение. Макар и не детайлно проучена, тя е несъмнена при болестните разстройства. Допамин-серотониновата невротрансмисия играе активна роля при демонстрирането на възбудимо и изследователско поведение. Други изследователски направления търсят структурни аномалии в мозъка на болни от шизофрения.

В невропсихологичен аспект за основни дефекти при шизофрения някои автори приемат магичното мислене и възприятните нарушения, чиито проявления се измерват с батерии от чувствителни психометрични тестове. Дисбалансът в когнитивната сфера при тази психоза се счита за основно нарушение в психичното функциониране. Разтормозването на психичните процеси и основно на мисленето и възприятно-представната сфера се счита за една от основните предпоставки за антисоциално и престъпно поведение от страна на шизофренно болните. Но типологията на техните действия трябва да се разграничава от подобни деяния при други видове психози, тъй като това може да внесе допълнителна яснота по въпроса за психопатологичните механизми и мотивация за деянието.

П. Дончев разграничава в клиничен аспект следните психопатологични механизми на обществено опасните деяния на шизофренно болните:

- *Процесно налуден със или без халюцинации, който далеч не винаги се разгръща като себезащитна агресия*
- *Парабуличен с кататонен и импулсивен вариант*
- *На непрекъсната параноидна готовност, характеризиращ се с обща неконкретизирана готовност за себеотносно тълкуване при липса на оформени налудни идеи по време на и след деянието.*
- *На недостатъчност на афектите и на социално-етичните задръжки, понякога с алкохолна улесненост*

Други автори класифицират механизмите на убийствата и опитите за убийства при шизофрено болните като: психотично (налудно) мотивирани; паралогични, т. е. неразбираеми за околните и самия извършител; императивно-халюцинаторни; импулсивни; гневно-афективни.

Така представеният кръг от проблеми на антисоциалното поведение, демонстрирано от шизофрено болните, изисква задълбочен анализ на параметрите, които го характеризират. В този аспект разработката се фокусира върху проучване на взаимовръзките и обуславящите това поведение болестни механизми и значимостта на предболестните характеристики за поведенческите прояви по време на болестта.

Шизофренията се характеризира най-общо с нарушения в единството на психичните изживявания, несъответствието им по отношение обкръжаващата среда и неадекватно поведение на болните. На тази база най-изразени са нарушенията в мисловния процес, афективните и волеви разстройства.

Нарушенията в мисловния процес засягат както протичането и структурата му, така и неговото съдържание. Първият вид разстройства водят както до внезапни задръжки (прекъсване) на мисълта, така и до наплив на мисли. Болните обикновено тълкуват тези промени като резултат на външно въздействие (отнемане на мисълта или предаване на мисли). Много типични са и измененията в структурата на мисловния процес като разкъсаното мислене с образуване на нови думи и понятия (неологизми), склонност към резоньорство. Нарушенията на мисленето по съдържание включват както променен общ логичен подход към реалността – символно мислене и писане, аутистично мислене, своеобразна паралогика, така и формиране на налудни идеи – най-често за преследване, отношение и въздействие. Твърде характерна е появата на съчетание между последните псевдохалюцинаторни изживявания (предимно от словесно-слухов тип) в синдром на Кандински – Клерамбо (психичен автоматизъм).

Афективните разстройства се изразяват в отчужденост и студенина спрямо околните, дори и най-близките, и в същото време в повишена чувствителност по отношение на неща, засягащи някои интереси на болния (обикновено отнасящи се до мнима заплаха за живота им). Наблюдават се наличие на аутизъм, несъответствие между емоционалните преживявания и предизвикалите ги външни въздействия (паратимия), емоционална амбивалентност, афекти на недоумение. В изходния стадий на психозата може да се развие пълно емоционално безразличие.

Най-характерното волево разстройство при шизофрения е кататонията. Тя може да се изрази както в редуващи се състояния на ступор и възбуда, така и в съчетание на проявите им (например извършване на стереотипни ритуални движения на фона на обща кататонна хипокинеза или внезапни импулсивни действия у болни с кататонен ступор). В по-широк план към кататонията могат да се отнесат и редица хебефрени прояви. Освен това при тази психоза могат да се срещнат парабулия и извън състояние на кататония, волева амбивалентност, а в крайните стадии – и абулия. Проявите на автоматична подчи-

няемост и негативизъм обикновено са свързани с кататонните разстройства, без да имаме предвид чувството за подчиняемост и овладяност при синдрома Кандински – Клерамбо.

Освен психични при протичането на психозата се наблюдават и соматични прояви, като те не са задължителни за поставяне на диагнозата. Остро възникналата шизофрения може в определени случаи да протича със силно повишаване на температурата – както при споменатата в началото фебрилна кататония. В острия стадий (особено при първи епизод) понякога се наблюдават умерена левкоцитоза и ускорена реакция на утаяване на еритроцитите. Възможно е и увеличаване на броя им при тежък пристъп.

Неврологичната симптоматика, макар и не задължителна за протичането на психозата, е описана като твърде разнообразна по проявлението си. Възможно е да се наблюдават вегетативни нарушения, непостоянна ареактивност на зениците, отсъствие на зенична реакция спрямо различни дразнителни и афективни преживявания, ритмично свиване и разширяване на зениците, лабилност на пулса, понижено кръвно налягане (съпроводено със задържане на ниските нива дори в моменти на силна възбуда или впръскване на адреналин), неравномерно изпотяване, усилена мастна и слюнчена секреция (по-специално при кататонен ступор). Освен това е възможна появата на повишени сухожилни и понижени кожни и лигавични рефлексии, нарушения на сетивността. Често срещан симптом в острия стадий на болестта е главоболието, което носи „разпъващ“ характер и е възможно да се дължи на развиващ се мозъчен оток.

Други често срещани промени във вътрешните органи на болните от шизофрения са дисфункция на щитовидната жлеза и недостатъчност на други ендокринни жлези, понижаване на основната обмяна на веществата, съпътстващи заболявания от групата на стомашно-чревните разстройства и урологични инфекции (особено при кататонно болните).

БИО-ПСИХОСОЦИАЛНИ ФАКТОРИ ЗА ВЪЗНИКВАНЕ И РАЗВИТИЕ НА ПСИХОЗАТА

Наследственост

Етиологичните фактори в контекста на наследствеността могат да се разделят на *генетични* (дължащи се на причини във физическия носител на генотипа – ДНК); *споделена среда* (обща семейна) и *несподелена среда* (екологична и социокултурна). В случая семейството се явява едновременно наследствен, макар и негенетичен, и средови фактор. Закономерно висока наследственост се установява за измеренията по скалите на ММРІ за депресия, психопатия и шизофрения, което е още едно основание да потърсим наличието на взаимовръзка на някои личностови абнормности с шизофренията като неин продром. Съвременните данни показват, че огромният принос на средата за разискваните от нас проблеми, а и за много други се дължи в максимална

степен на несподеляната среда, а не на семейната, което пък от своя страна поставя под вниманието ни съществената роля на адаптационните процеси и механизми на действие от страна на болните от шизофрения.

Същите проучвания обаче сочат ясно ролята на средовите фактори – рискът за потомството нараства при отглеждане в институции или семейства с нисък социален статус. При анализ на данни от полицейски регистри на осиновени се установява нарастване на риска от антисоциално поведение в последователност от най-малък при некриминално проявени родители (биологичен и осиновител) към най-висок при криминално проявени родители. Тези данни илюстрират не само влиянието на генетичните фактори върху антисоциалното поведение, но и взаимодействието им със средовите.

Полът играе съществена роля за антисоциалното поведение, като при жените прагът за проявяването му е по-висок, а наследствената обремененост – по-изразена.

Подробно е проучена наследствеността при шизотипията. Генетичната връзка с шизофренията играе основна роля в съвременната концепция за шизофрениния спектър от разстройства. В проучвания от 70-те години в Дания, изследващи биологични родственици на пациенти с шизофрения, се установява по-често набор от черти, означавани първоначално като *гранична шизофрения*. След рестриктивен анализ на тези данни са извлечени днес валидните критерии за шизотипна и гранична личност, възприети за първи път в DSM-III. По-късните проучвания потвърждават по-голямата честота на шизотипното личностово разстройство сред роднини от първа степен на пробанди с шизофрения, повече сред родителите, отколкото сред сиблингите. При обратния подход – търсене на повишен генетичен риск за шизофрения сред роднините на пробанди с шизотипна личностова абнормност, също е установена връзка, макар и не така сигурна. Самото шизотипно личностово разстройство се натрупва в родословието, а в предболестната личност на пациенти с шизофрения шизотипните черти са достоверно по-чести, т. е. шизотипията е чест продром на шизофренията. Подобни препратки към често срещан набор от черти могат да се търсят и в психологичните характеристики на параноидната и шизоидната личност.

Параноидна, шизоидна и шизотипна личност – психологически анализ

Специфичните личностови разстройства (МКБ-10) са като че ли най-популярната група сред широката аудитория. Най-важното при диференциалната им диагностика е това, че те не са резултат на груби мозъчни увреди или заболявания, както и не са провокирани от други психични разстройства. Характеризират се с поне няколко от долупосочените *критерии*:

- Дисхармоничност в нагласите и поведението в няколко от сферите на функциониране – емоции, възбудни процеси, контрол върху нагоните, отношение към другите и т. н.

- Траен абнормен стил на поведение, без да е заключен само в рамките на отделен епизод

- Характерна неадаптивност на поведението в личен и социален аспект
- Характерно начало на проявите в детска и юношеска възраст с продължение в периода на зрелостта

- Наличие на дистрес у личността, но с проява едва в по-късен етап от развитието

- Възможни значителни нарушения в професионалната и социална адаптация на страдащия индивид

Предвид видимото наличие на социални критерии логично следва да се обръща и сериозно внимание на *културалните различия* и обусловености при диагностиката на личностовите разстройства.

Клиничните прояви на личностовите разстройства се характеризират с голямо разнообразие, но групирането им позволява отграничаването на няколко основни, или „еталонни“ типа.

- Параноидната личност се характеризира с проблеми в общуването, изразени с прояви на недоверие, враждебност към околните, персистиращи убеждения за злонамереност у околните. В работата си подобни личности обикновено проявяват упоритост и последователност, но те са продукт на вярата в собствената правота и злонамереното отношение на другите – за разлика от ананкастния тип, чиято пунктуалност се базира на недостатъчната му убеденост и липса на сигурност в личните качества и възможности. Въпреки наличието на работоспособност гореизложените черти на параноида го правят мнителен, консервативен и не достатъчно гъвкав. Това затруднява социалната адаптация и може да доведе до поредица от оплаквания, фантомни заговори и опасения за лична застрашеност – характеристики, изключително близки до кверулантност и много трудно разграничими от нея. В семеен план параноидните личности постоянно преживяват усещания за предателство, изневеря от страна на партньора. Това твърде често прераства в ревностови свръхценни идеи, които придават патологична пристрастеност към наблюдение, следене. Тук може да се наблюдава преход към налудни идеи и трайно наслагване на налудно разстройство, което е твърдо фиксирано зад маската на убеденост в правотата на личните съждения. За разлика от граничното личностово разстройство параноидните рядко демонстрират нарушения в идентитета, но пък практически не могат да интегрират добре образите на другите около себе си. Ето защо те вероятно проецират върху тях собствените си фантазии и убедително си създават врагове. Нерадостният свят на параноидната личност обаче подхранва грандиозната ѝ самооценка и дори може да резултира в мегаломания. Убежденията за собствена значимост са устойчиви и се подхранват още повече от въображаемата враждебност на околния свят. Параноидният може да възприема себе си дори със самотата, неразбраността на проповедник или месия. Тази повишена сензитивност на параноида, комбинирана с повишен стрес,

може да резултира и в трайни себеотносни налудности или свръхценна такава. Изградената представа за товара на призванието не оставя особено място за чувство за хумор у параноидната личност – тя не понася, не разбира шегите, а вижда в тях пореден опит да я унижат, засегнат, заплашат. В заключение личностите с подобно разстройство са предразположени към налудности, в частност параноя, кверулантност при боледуване от телесни болести, както и къси психотични епизоди, но без изяснена връзка с шизофренията.

- Шизоидна/шизотипна личност – *шизоидният тип личностово разстройство* се характеризира със своеобразна отдръпнатост от общуване, самотност, срамежливост. Същинският срам обаче е присъщ на тревожните, които изпитват неувереност в социалните контакти, а шизоидните просто нямат нужда от тях. При по-тежка проява на шизоидната абнормност се наблюдават студенина и недостъпност. Много рядко шизоидът допуска друг до вътрешния си свят, а ако това стане, то е предимно на интелектуално ниво. Тези личности избягват шумни компании, а когато присъстват, се вметват единствено при делови мотиви за събирането – споделеното удоволствие им е чуждо, – като че ли не изпитват необходимост, не разбират емпатията и споделеността. Често шизоидните имат свои, кабинетни и високо интелектуални интереси, в чието удовлетворяване се впускат, и това прави вътрешния им свят изключително богат. Това обаче не се възприема по подобен начин от околните поради своеобразната отчужденост на страдащия от тях и липсата на подтик у него да сподели. Еротичните потребности и сексуалното им задоволяване са доста второстепенни сфери от живота на шизоида. Ако са налични такива – то по-скоро се преживяват на фантастично ниво. Този тип личност функционира на база силно развито чувство за самодостатъчност. Конкретна връзка между шизоидната абнормност и шизофренията обаче не е доказана. Това може да се твърди единствено за *шизотипното личностово разстройство* (DSM IV), което се счита за активен продром на шизофренията и това е основанието за преместването му в десетата ревизия на МКБ в рубриката F2 – *Шизофрения, шизотипни и налудни разстройства*. Съществени обаче за класифицирането на шизотипията като личностово разстройство остават ранното ѝ начало и липсата на особена динамика във времето – поради което в DSM IV все още се разглежда в раздел Личностови разстройства. Шизотипните притежават повечето, описани за шизоидните, черти, но в добавка могат да се наблюдават една особена екстравагантност, известна артистичност и остроумие на речта. При по-изразена шизотипна абнормност това може да се превърне и в неразбираемост на съжденията, което се дължи и на дискретни нарушения в мисленето, които пък от своя страна издават близко родство с шизофренията. Шизотипните, както и шизоидните личности съществуват монотонно за външния наблюдател, но това не пречи да имат често своите странни хобита, усамотени занимания. Наблюдава се и подобно на шизоидните отношение към компании – повече хладност, стеснителност, рядка упот-

реба на алкохол или други психоактивни вещества. Шизотипната личност се характеризира и със странни сънища и вярвания в духовното – контакти с мъртъвци, прераждания... При дистрес това може допълнително да улесни размиването на границите на реалността.

Биологични маркери

Все още се знае малко за биологичната основа на личността и добри маркери в това отношение липсват. Представянето на биологични фактори отделно от генетичните е условно, тъй като самите те са под генетичен контрол и опосредстват изразяването на генотипа.

Като приемат възприятните нарушения и магичното мислене за основни невропсихологични дефекти в шизофренната ранимост, някои автори измерват фините им прояви чрез психометрични тестове и търсят корелация с биологични маркери. Друго изследователско направление търси наличие на структурни аномалии в мозъка при шизотипията, както уголемените вентрикули и намалени лимбични структури при шизофренията.

Серотонинергичната абнормност е интензивно проучвана поради връзката ѝ с различни измерения на психопатологията като тревожност, депресивно настроение, импулсивност и агресия. При психометрични изследвания тези измерения корелират достоверно помежду си, което се тълкува като индикатор за общата им биологична основа. Някои биохимични находки подкрепят тази концепция, макар и не безспорно.

Въз основа на обобщение на емпирични данни е изработен психобиологичен модел на Siever & Davis, основаващ се на връзката между невропсихологични измерения и биологични маркери в полето на личностовата абнормност. *Когнитивно възприятната организация* като част от този модел пряко засяга патопластичната връзка между личностова абнормност и психично заболяване. Тя отразява индивидуалната годност за възприемане и селекция на стимули, обработване на информацията според опита и избор на адекватен отговор. Дефицитите в тази област корелират с нарушения в гладките движения на очните ябълки и в някои неврокогнитивни тестове, изследващи процесите на внимание, селективна памет и обработка на информацията. Такива нарушения се установяват при пациенти с шизотипия или шизофренна психоза и корелират с поведението на социално отдръпване и негативна симптоматика. От друга страна, нарушенията в допаминовата невротрансмисия корелират с психозо-подобните симптоми на шизотипното личностово разстройство и с позитивната психотична симптоматика при шизофренията. Допаминергичната активност в този модел модулира експресията на подлежащия генотип за шизофренията и сродни разстройства в посока към тежки психотични симптоми или към по-меките прояви на абнормност.

СОЦИАЛНИ ФАКТОРИ

В поведението на индивида основен двигател са неговите ценности, стремежи, нагласи, мотивация и потребности. Те са съществен елемент на предболестните характеристики на личността, но доколкото те вече бяха обсъдени от гледна точка на психопатологичната им страна и значението им като евентуален продром на шизофренната психоза, тук ще стане дума за адапционната им стойност и участието им в цялостното социално функциониране на личността. Психологичните аспекти на предболестното функциониране засягат изграждането на личността, вътрешните подбуди, ценностна система за поддържане определен тип поведение, включително и антисоциално, които бяха обсъдени по-горе. Унаследяването на темперамент и генетично закрепени модели на реактивност, както вече бе споменато, са предимно под формата на заложби, които не е задължително да бъдат реализирани. Това, което прави възможна изявата им и реализацията им в поведението на индивида, е социалната среда, имаща активна роля в процеса на формиране на личността – така че в този аспект социалните фактори, които ще разгледаме по-долу, са в тясна и неразривна връзка с психологичните предвид еднакво важната им роля в личностовото изграждане, адаптация и социално функциониране.

Нивото на *образование* може да се приеме като обективен показател за интелектуалните и адаптационни възможности на личността. Множество проучвания разглеждат преобладаващото ниво на ниско образование сред болните с опасни действия като показател за дезадаптираност. У нас е установено, че сред агресивните болни от шизофрения с опасни деяния преобладаващото ниво на образование е 5–8 клас (Тодоров 1979). Съществуват данни за преваляращ брой на болните от неблагоприятни форми на психозата с по-ниска степен на образование. В проучването на Велинов от 1988 г. е установен преобладаващ брой на болните с относително ниско образование – 60% от всички болни в групите с обществено опасно деяние и без такова са със до основно образование. Това води до извода, че болните с опасно деяние по правило не са с по-ниска степен на образование от тези без антисоциални прояви, вследствие на което това не е фактор за различие в степента им на дезадаптираност. Тук следва да подчертаем основната роля на етикетирането на болните за повишаване нивото на дезадаптация. В определени случаи на ранно възникване на психозата, предшествано от особености в преморбида, такива хора са в голямата си част предварително дезадаптирани. Този ефект е налице поради шизоидните ефекти на чудатост, някои параноидни личностови характеристики или шизотипната характерова картина, обсъдени по-горе.

Професионалната реализация във висока степен се влияе от фактора образование и логично също поддържа условията за по-ефективна адаптираност на индивида. При болните с антисоциални прояви е установено, че професионалният и социалният им статус по време на деянието не отговарят на про-

фесионалната им квалификация (Дончев 1977). В същото време някои автори поддържат тезата за превантивното по отношение антисоциалните прояви на болните значение на професионалната адаптация. В психологичен и междуличностен план такова становище среща силната подкрепа на настоящата разработка с оглед стремежа към откриване повече начини за превенция на подобни прояви и самата психоза. В гореспоменатото проучване на Велинов данните сочат, че значителна част от изследваните болни се занимават с елементарен труд от този, съответен на квалификацията им, а сред рецидивно извършилите антисоциални деяния делът на пенсионерите по болест е до три пъти по-голям от този при болни с единично или без деяние. Тези резултати свидетелстват за чувствително по-ниска ангажираност на болните с опасно поведение. Вследствие на това се затруднява и процесът по тяхната реадaptация към средата, дори, с риск да прозвучи крайно – се създават условия за задълбочаване процесите на дезадаптираност.

Предболестната личностова структура в качеството си на фактор за антисоциално поведение на болните беше широко дискутирана в психопатологичната си страна предвид убеждението, че това е един от основните пунктове, където търсения по отношение на превенцията на такова поведение са възможни.

Алкохолната употреба се отчита под формата на склонност на предболестната личност към опиване, но парадоксално на очакванията изследванията показват сравнително ниски нива на употреба или не значимо различни и по-големи от тези на здравата популация. Но с възникване на болестта тенденциите към употреба се повишават, което само по себе си е тревожен сигнал за повишаване риска от антисоциални прояви на шизофренно болните.

Социално-битовата среда преди заболяването е друг съществен фактор за изясняване на адаптационния процес при болните. Конфликтните отношения в семейството, антисоциалните и девиантни прояви на родственици, алкохолните злоупотреби в обкръжаващата среда са силно затрудняващи социалното функциониране явления. Ниският социален статус на семейството като цяло провокира закрепване на личностови и поведенчески модели у индивида, характерни с понижена конформност и склонност към противообществени прояви. Много автори изтъкват непълноценната семейна среда и професионална реализация като съществени характеристики на социалното функциониране на предболестната личност у болните. Непълноценните преморбидни социално-битови условия се съчетават с по-чести прояви на агресивност у болните, отколкото у опасните и неопасни болни, живели при по-добри условия.

Обикновено съчетанието на повече от един белег на дезадаптация от описаните по-горе резултира в чувствително по-висок риск от антисоциални действия още при преморбидната личност.

Агресивността на преморбидна също е обект на изследване в проучванията на механизмите на дезадаптация при болните от психозата. Ст. Тодоров ре-

гистрира преморбидна агресивност при агресивни болни в рамките на 55,7%, което подчертава, че криминалните навици преди заболяването заемат важно място в генезиса на опасните и агресивни прояви по време на заболяването. Някои автори придават значение на преморбидната криминалност и при определяне прогнозата на заболяването и евентуалното поведение на болните. Велинов също посочва наличие на паралелизъм при регистрираните данни за степента на преморбидна антисоциалност и тази на обществена опасност след заболяването, като посочва градация на степента на противоправна изява на болните без деяния, със и речедевести съответно от 1,1% , 18,3% и 27,7%.

Влиянието на социалните фактори върху степента на дезадаптация на болните е толкова съществено, колкото и на биологичните и психологични такива. Проучванията сочат несъмненото значение на личностовия дисбаланс в преморбидното функциониране за възникване на антисоциални тенденции в поведението, като това корелира правопрпорционално и с криминалните изяви преди отключване на психозата и високите нива на тенденцията към антисоциално поведение през периода на боледуване. Предболестната престъпност корелира и с лошите социално-битови условия, особено при опасните болни, като такива съчетания се регистрират при почти всеки втори болен (Велинов). Професионалната реализация на болните също е сравнително елементарна, което подпомага тенденциите към задълбочаване процесите на трайна социална дезадаптация и противообществени изяви на терена на разгръщащата се психоза, като тук се прибавя и самата болест като улесняващ антисоциалните прояви фактор. Във връзка с това е необходимо и изясняването в най-голяма степен на болестните механизми и мотивацията за демонстриране на антисоциално поведение при шизофренната психоза, и в частност на параноидната ѝ форма като разновидност с най-висок антисоциален и криминален риск.

Болестни механизми и мотивация за антисоциално поведение

Както вече бе споменато по-горе, най-опасни са болните с параноиден синдром, особено при съчетанието му със сетивни измами, психични автоматизми или онейроидни разстройства на съзнанието. Затова параноидната, парафренната и халюцинаторно-параноидната форма на шизофренната психоза са с най-голяма криминогенна стойност. Под влияние на различните по характер налудности болните са в състояние да извършат редица опасни действия, като водещи са тези срещу личността. В психиатричната книжнина се обръща изключително внимание и на факта, че налудностите и системните такива често са добре прикрити, което значително повишава риска от ненавременното им установяване от специалист и забелязване наличието им от страна на близките. Значителна социална опасност представляват и болните с хипохондрични налудности. Поради особеността на синдрома болните често се обръщат за помощ към лекарите и когато „не я получат“, могат да го оценят като съзнателно неоказване на медицинска помощ, с което медицинските лица могат да

станат съставна част от налудната система на болния и да бъдат обект на антисоциалните им действия. Ревностовите налудности са с относително малък дял в общата криминогенна стойност на психозата спрямо тези за преследване, въздействие и заплаха за живота. Ревностовата налудност се среща обикновено при болни с относително съхранена личност или незначително понижаване на волевата активност. Често тази налудност се проявява самостоятелно в началния стадий на заболяването, а впоследствие преминава към състава на разгръщания се параноиден синдром. Сравнително краткото съществуване и бързото обогатяване с параноидни налудни идеи изясняват защо дори когато става дума за убийство на партньора, относителният дял в мотивацията за деянието на ревността е малък. Халюцинаторните преживявания играят сравнително малка роля в произхода на агресивните и антисоциални действия на шизофрено болните (Рачев и Рачев). Известна тежест тук има синдромът „Кандинский–Клерамбо“, който нерядко е част от структурата на параноидно-халюцинаторните синдроми.

Отношението на параноидния болен към извършеното от него обществено опасно деяние е важен аспект от изучаването на феноменологията на антисоциалното поведение, механизмите и мотивацията му. „Унищожението на врага“ предизвиква преходно успокоение у болните, тъй като те го възприемат като вид спасение или отмъщение. При извършването на „жертвоприносителен“ акт болният може да изпитва задоволство от изпълнението на „мисията“ си. Характеропатните болни обаче при наличие на дълбока личностова промяна остават безразлични към своите антисоциални действия. Импулсивните извършители пък обикновено заявяват, че не са имали никакви основания за извършените действия. По-късно е възможно развитието на обяснителни налудности, придаващи смисъл или символика на антисоциалния акт, който често е умъртвяване. При психичния автоматизъм – точно обратното – императивната халюцинация по правило „съобщава“ себезащитния или жертвоприносителен характер на деянието.

Съотношението между протичане и криминогенна стойност на шизофренията не е еднозначно потвърдено в научните среди. Продромалната престъпност се състои в извършване на ООД по време, когато у дееца не се установяват белези на психозата. Най-често тя възниква месеци или години след попадането му в затвора. Продромалната криминогенност обаче не изглежда с особена тежест на фона на извършителите на ООД в началните стадии на болестта и острите ѝ фази. Това се обяснява с обстоятелството, че през този период се демонстрира най-ярката продуктивна симптоматика като страхови преживявания, налудни идеи, халюцинации, нерядко със заповедно съдържание, обърканост или обратното – симптомите са нехарактерни и трудно диференцируеми. Значение имат също и внезапното възникване и неочакваната поява на психозата.

Честотата и характерът на агресивните действия при шизофрениите са в голяма степен и продукт на преморбидните им характеристики, както не вед-

нъж става дума в настоящата разработка. Антисоциалните нагласи на личността, оформени до възникването на психозата, се проявяват и по време на протичането ѝ, като съществуват данни за влиянието им върху механизмите на осъществяване на ООД. Психопатният, предимно шизоиден или възбудим преморбид, присъства в половината от случаите в материал на Ст. Тодоров (1979), проследяващ антисоциалните механизми и мотивация при извършителите на агресивни действия сред шизофрено болните.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Високата антисоциална активност на опасните болни от шизофрения е комплексен проблем на съвременното общество. Превалиращият дял на ниска образователна и професионална квалификация както дезадаптира личността преморбидно, така и спомага задълбочаването на процесите на социална изолация по време на боледуването. В контекста на холистичния модел на третиране на психозата са необходими общите усилия на професионалисти от различни сфери за подобряване социалния, психологичен и медицински статус на болните. Данните от множество, фокусирани върху криминогенната и социално дезадаптираща стойност на шизофренната психоза, проучвания недвусмислено сочат необходимостта от повишаване стандарта в обслужването и грижата към болните с оглед превенцията на задълбочаване на злокачествените процеси и антисоциалните прояви на болните. Подчертаната агресивност, характерна както преморбидно, така и проявена като водеща при извършването на ООД е предмет на усилия за терапия и овладяване от страна на специалистите. Общите такива при терапията и лечението на психозата, изразени в комбинирано медикаментозно и психотерапевтично въздействие, могат да спомогнат за по-добра социална реинтеграция на страдащите и повишена стабилност на ремитивните процеси. Изолирането на болните само допълнително влошава адаптивните им възможности по отношение на средата, което, както е видно и от настоящата разработка, не е най-правилната насока на третиране на психозата. Съчетанието на клиничното лечение с програми за социална рехабилитация е водещо в съвременните опити за овладяване и превенция на болестта, както и се отразява благоприятно върху антисоциалната активност на пациентите.

Комплексността на факторите, взаимодействащи при оформянето на антисоциалния облик на шизофреника, превръща психозата в сериозен обществен проблем със своеобразно значение в множество сфери на живота. Мерките за изграждане на високо ефективна система за консултиране, терапия и социална помощ за тези болни са пътят към понижаване на антисоциалния риск, който болестта носи, и към смекчаване сериозността на ефектите върху личностовото и социално функциониране, които тя оказва.

ЛИТЕРАТУРА

- Айдаров, Й. (1993). Криминологическо правосъзнание. Варна.
- Айдаров, Й. (1996). Криминология. С.
- Божинова, Д. (2001). Въведение в консултативната психология. С.
- Бонгар, Б., Л. Бютлър (2002). Пълен наръчник по психотерапия. С.
- Велинов, В. (1988). Особенности на рецидивното опасно поведение на болните от шизофрения. С.
- Дончев, П. (1987). Ръководство по съдебна психиатрия. С.
- Иванов, В., Хр. Христов, Л. Иванова, А. Джалдети (1973). Медицинска психология. С.
- Каракашев, В., Г. Георгиев, П. Цанков (1995). Криминология. С.
- Кокошкарлова, А. (1984). Психологично изследване на личността в клиничната практика. С.
- Матанова, В. (2003). Психология на аномалното развитие. С.
- МКБ-10 (1998). Психични и поведенчески разстройства. С.
- Николкова, С., П. Маринов (2002). Психиатрия, психология и психотерапия за общопрактикуващи лекари. С.
- НЦОЗ/БПА (2003). Диагностични указания и насоки за третиране на психичните разстройства в общата практика: МКБ-10, Гл. V: Версия за общата практика. С.
- Ончев, Г. (2001). Личностова абнормност в клиничната практика. С.
- Панев, Б. (1993). Криминология. Бургас.
- Пенчева, С. (2000). Когнитивна невропсихология. С.
- Рачев, И., К. Рачев (1996). Вменяемост и психични заболявания. Ловеч.
- Рейковски, Я. (1980). Експериментална психология на емоциите. С.
- Станков, Б. (2001). Виктимология. Варна.
- Станков, Б. (1990). Личност и престъпно поведение. С.
- Стоименов, Й., И. Рачев (1994). Психиатричен клиничен речник. С.
- Темков, И., Вл. Иванов, Т. Ташев (1973). Психиатрия. С.
- Франк, В. (1995). Психиатрия. С.
- American Psychiatric Association Quick Reference To The Diagnostic Criteria From DSM-IV-TR – Washington, USA, 2000.
- Fauman, M. Study Guide To DSM-IV. London, UK, 1994.

