

*В безвозмездный дар тем,
кто хочет понять потерявших
свободу и единство своей личности
и помочь им.*

Светлой памяти
Кондратьевой Нины Авксентьевны.

Ф.В. Кондратьев

СУДЬБЫ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ:
клинико-социальный
и судебно-психиатрический аспекты

Монография

Москва,
2010

УДК 616.89
ББК 56.14
К 64

Все права защищены. Книга может быть воспроизведена с письменного разрешения владельцев авторских прав.

Кондратьев Ф.В. Судьбы больных шизофренией: клиничко-социальный и судебно-психиатрический аспекты / Ф.В. Кондратьев; под редакцией проф. В.С. Ястребова. – М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ. 2010. 402 с.
ISBN 978-5-9977-0014-9

Смысл и назначение монографии - показать социальную сущность шизофрении как психического расстройства, из-за которого больные теряют единство и свободу своей личности. Это создает реальные проблемы в жизни людей, которые страдают шизофренией и у которых особая, сложная судьба. Долг каждого психиатра и всей психиатрической службы помочь этим людям. Эта помощь не возможна без широкого содействия общества. Успех помощи зависит от своевременности диагностики, от личности пациента, от микро- и макросоциальных ситуаций и многих других факторов. Все разделы книги содержат историческую и теоретическую предпосылки к обсуждаемым проблемам и к практическим рекомендациям, которые необходимы для помощи больным.

Монография адресуется психиатрам, психотерапевтам, социологам, правоведам. Многие фрагменты книги могут представить интерес и для широкого читателя, включая пациентов (том числе и самих лиц с диагнозом шизофрении).

УДК 616.89
ББК 56.14

Рецензент: Доктор медицинских наук, профессор Г.П. Пантелеева

Книга издается в рамках образовательного проекта «От правового информирования к психическому здоровью», который выполнен Межрегиональной общественной организацией «Общество – права человека и психическое здоровье» при поддержке фармацевтической компании ЭЛИ ЛИЛ-ЛИ ВОСТОК СА.

© Кондратьев Ф.В., 2010

© Межрегиональная общественная организация
«Общество – права человека и психическое здоровье».

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	5
От автора	10
1. Введение	11
1.1. Клиническая база монографии. Уроки и учителя	11
1.2. Смысл и назначение монографии	13
1.3. Методологическая основа и содержание книги	14
2. Шизофрения – «королева психиатрии», больные шизофренией – изгои общества и его бремя	16
Раздел I. Психопатологическое содержание сущности шизофрении	30
Глава 1. Своевременное распознавание шизофрении – основа помощи больным в их судьбе	30
1.1. Исторические предпосылки возникновения современных проблем понимания и распознавания шизофрении	30
1.2. Схемы и стандарты диагностики шизофрении	50
1.3. Шизофрения – круговорот нерешенных проблем	59
1.4. Индивидуальные подходы к диагностике шизофрении .	71
Глава 2. Социальный аспект психопатологической сущности шизофрении, затрудняющей судьбы больных	107
Раздел II. Социальная сопряженность шизофрении	115
Глава 1. Системный многофакторный подход определения различий социального поведения больных шизофренией	115
1.1. Методологические основы понимания различий социального поведения больных шизофренией	115
1.2. Сущность фактора «Синдром»	120
1.3. Фактор «Личность» и его многогранность	120
1.4. Роль фактора «Ситуация»	147
Глава 2. Социальные причины различий в распространенности шизофрении	162
Глава 3. Политические вмешательства в судьбы больных шизофренией	168
3.1. Индуцирующая шпиономания	168

3.2. Политический заказ на ограничение диагностирования шизофрении	171
3.3. Политические злоупотребления психиатрией – правда и пре- думышленные спекуляции	174
Глава 4. Шизофрения в психиатрических аспектах проблемы куль- товых новообразований («сект»)	183
Раздел III. Судебная психиатрия	197
<i>Глава 1.</i> Особенности распознавания шизофрении в судебно-психи- атрической практике	205
<i>Глава 2.</i> Теоретические аспекты причин общественной опаснос- ти больных шизофренией – необходимость многофакторного ана- лиза	237
<i>Глава 3.</i> Теоретические основы проблемы судебно-психиатрических оценок лиц с диагнозом шизофрении	260
<i>Глава 4.</i> Судебно-психиатрические подходы к экспертным оцен- кам лиц с диагнозом шизофрении и шизотипического расстрой- ства	277
<i>Глава 5.</i> Профилактика общественно опасных действий и социальная реабилитация больных шизофренией	291
Раздел IV. Судьбы больных шизофренией	299
Приложение – клинические иллюстрации	315
№1. Типичный пример клинической несостоятельности и диагности- ческого догматизма	315
№ 2. Пример трагической судьбы больной, убившей свою дочь по фабуле неокульта, интегрированной в психогическое состо- яние	320
№ 3. Ошибочное диагностирование шизофрении у психически здо- рового адепта неокульта	330
№4. Особо сложный случай диагностирования в условиях судебно- психиатрической экспертизы	335
№ 5. Особая опасность религиозных фабул бреда с феноменом ксе- нопатии	349
Научные публикации автора по обсужденным проблемам ..	356
Литература других авторов	376

Изучение шизофрении является предметом особого внимания отече-
ственных и зарубежных специалистов на протяжении последнего
столетия. Результаты этого изучения отражены в многочисленных ра-
ботах, опубликованных в периодических психиатрических изданиях, а
также в руководствах и монографиях. И в том, и в другом случае по-
давляющее большинство работ посвящено клиническим аспектам это-
го наиболее распространенного заболевания, вопросам его диагности-
ки и терапии.

Как следует из названия, монография профессора Кондратьева Ф.В.,
в отличие от других аналогичных работ, посвящена не только клиничес-
ким и судебно-психиатрическим вопросам, но и социальным аспектам
шизофрении - заболевания, которое, как напоминает автор, старые пси-
хиатры называли «королевой психиатрии». Публикуемую работу отли-
чает системный подход, комплексный анализ, в соответствии с кото-
рым автор пытается определить содержание психопатологической сущно-
сти шизофрении, определить ее исход, проследить жизненный путь боль-
ных, и, наконец, оценить влияние болезни на дальнейшие, нередко тяже-
лые, судьбы этих больных. Многие положения книги представляют собой
размышления её автора о своем многолетнем опыте практической и науч-
ной работы, позволившем ему сформулировать ряд важных уроков, в
соответствии с которыми и строилась вся его последующая клиническая,
научная и педагогическая деятельность. Эти размышления и сделанные
на их основе выводы выходят далеко за рамки традиционных описаний
отдельных «клинических случаев» или их наиболее типичных групп – в
данном случае речь идет именно о судьбах больных.

Сказанное позволяет отнести книгу Ф.В. Кондратьева к разряду
ценных для специалистов в области клинической, социальной и судеб-
ной психиатрии. Приведенные в книге результаты анализа во многом
затрагивают личные, нравственные, общечеловеческие и иные ценнос-
ти этих «случаев». Значимость и ценность публикуемой монографии осо-
бенно важны в наши дни, когда сформулирована парадигма психиат-

рии, в соответствии с которой акценты перенесены на самого больного, его ближайшее окружение, его активную роль в психиатрическом сообществе, в системе психиатрической помощи и в социуме. Многие положения публикуемой монографии крайне важны для формирования соответствующего менталитета психиатров молодого поколения, их активного включения в современную модель помощи больным.

При описании клинической сущности шизофрении, отдаленных этапов ее течения, автор обращает внимание читателя на то, что в клинике шизофрении довольно часто встречаются психопатоподобные проявления, которые нередко приводят к ошибочной диагностике психопатии. Проведенный автором анализ 2137 историй болезни больных шизофренией показал, что почти каждый 8-й из них имел один или несколько ошибочных диагнозов психопатии, установленных в различных лечебных и экспертных учреждениях страны. В соответствии с этим в работе большое внимание отводится систематике постпроцессуальных психопатоподобных состояний, проведению их дифференциальной диагностики с состояниями, которые по своим клиническим проявлениям сходны с аналогичной картиной психопатоподобного синдрома при других заболеваниях. При этом выделяются не только основные варианты этих состояний при шизофрении, но и последовательность их смены. Согласно наблюдению автора, большей динамичностью обладают те варианты психопатоподобного синдрома, в структуре которых менее выражены негативные расстройства. Завершая клинический раздел, автор обращает внимание на необходимость индивидуального подхода к диагностике шизофрении, что имеет важное значение для клинической и судебно-психиатрической практики.

Отдельная глава посвящена проблеме «шизофрения и культуровые новообразования». На основе многолетнего изучения этой проблемы автор приходит к выводу о том, что активное формирование современных неокультуров может приводить к значительным психологическим и личностным изменениям адептов, которые вовлечены в деятельность различных сект. Эти изменения и формы социального поведения могут имитировать клиническую картину шизофрении, что порой ведет к большим трудностям дифференциально-диагностического плана.

В соответствии с общей гуманистической идеей книги её автор уделяет большое внимание социальному аспекту психопатологии шизоф-

рении, которая, в отличие от всех других психических заболеваний, по масштабу распространенности и многогранности своих клинических, социальных и иных характеристик имеет особую многофакторную сопряженность и проявляет себя в различных формах и на различных уровнях. В частности, очерчен круг проблем, с которыми приходится встречаться этим больным на уровне семьи, ближайшего окружения, общества в целом, приведен общий масштаб последствий шизофрении. В книге приведена не только клиническая, но и социальная оценка позитивных и негативных расстройств при этом заболевании, их влияния на течение болезни в целом и на социальное функционирование больных. Обращая внимание на то, что 30% больных шизофренией оказываются способными к профессиональному труду, к социально активному и адекватному образу жизни, автор отмечает необходимость изучения причин различий социального поведения больных шизофренией, обстоятельств их жизни, формирования судеб. Для этой цели предлагается проведение системного многофакторного анализа, при котором в качестве главных факторов для изучения выделяются: клинический фактор «Синдром», фактор «Личность», который определяет особенности поведения больного в социальной среде и фактор «Ситуация», характеризующий особенности этой среды и ее влияние на социальное функционирование больных. По мнению автора, динамика иерархии названных факторов в значительной мере влияет на особенности дальнейшей жизни каждого больного, формирование его судьбы. Свои воззрения о влиянии болезни на судьбы больных автор подкрепляет конкретными примерами, развернутыми историями болезни, которые сопровождаются не только клиническим, судебно-психиатрическим анализом, но и подробным разбором социального статуса больных, динамики их социального функционирования, форм социального поведения.

Отдельный раздел книги посвящен актуальным вопросам судебной психиатрии, к которым автор, в первую очередь, относит характеристику особенностей диагностики шизофрении в судебно-психиатрической практике, обоснование необходимости анализа причин общественной опасности больных шизофренией, разработку подходов к их экспертной оценке, к профилактике общественно опасных действий и социальной реадaptации лиц, страдающих этим заболеванием. Выделяя «ре-

ально» сложный для дифференциального диагноза контингент больных, которые проходят судебно-психиатрическую экспертизу, автор особое внимание уделяет характеристике психогенных и экзогенных факторов, их различных сочетаний, нередко приводящих к формированию атипичных психопатологических состояний, феноменологически сходных с таковыми при шизофрении. Вместе с тем приводится подробный анализ влияния реактивных моментов, психогений, довольно часто присутствующих у контингента судебно-психиатрической практики, а также экзогений различного генеза на клиническую картину самой шизофрении, что порой ведет к ошибочной диагностике, соответствующей экспертной оценке испытуемых и возникновению риска совершения ими повторных общественно опасных действий. С другой стороны, обращается внимание на необходимость своевременной и правильной диагностики, которая, по мнению автора, является одной из важнейших профилактических мер снижения этого риска. Делается вывод о лежащей на судебно-психиатре-эксперте особой ответственности за дальнейшее решение судеб тех больных, которые попадают в поле его зрения. В соответствии с этим отмечается, что долгом каждого психиатра, всей системы помощи и общества в целом является оказание всесторонней помощи и поддержки больным шизофренией.

Приведенные положения полностью соответствуют современным тенденциям психиатрии. В последнее время психиатрическое сообщество, гражданское общество, к сожалению, реже - государственные структуры, стали уделять внимание интересам больных, членам их семей, содействовать развитию общественных форм помощи и движений в психиатрии. В решении отдельных вопросов психиатрической помощи и социальной психиатрии активное участие стали принимать представители организаций пользователей психиатрической помощи.

Сказанное и послужило причиной того, что монография Ф.В. Кондратьева была включена в список публикуемых материалов, которые были предусмотрены проектом «Образовательная программа «От правового информирования к психическому здоровью». Участниками проекта были не только специалисты психиатрических служб (психиатры, психотерапевты, психологи, работники социального звена, юристы), но и пользователи психиатрической помощи (пациенты, члены их семей). В аннотации к издаваемой книге автор также отмечает, что ее адресатами мо-

гут быть не только профессионалы психиатрической службы, правове-ды, социологи, но и больные, о которых идет речь на ее страницах.

Руководитель Центра по изучению систем поддержки психического здоровья НЦПЗ РАМН, председатель Общественного совета по вопросам психического здоровья, президент МОО «Общество – права человека и психическое здоровье», профессор Ястребов В.С.

Эта книга была задумана к 50-летию профессиональной работы автора психиатром, которая началась 1 июля 1957 года в Московской клинической психиатрической больнице им. П.П.Кащенко (ныне Н.А. Алексеева). Мой выбор стать психиатром определил поступление в 1-й Московский медицинский институт. Уже в 1953 г. я переступил порог психиатрической клиники им.С.С. Корсакова этого Института в качестве члена научно-студенческого общества и выполнил первую научную работу «Симптом счастливых сновидений у больных с эндогенной депрессией», которую доложил на общепитутской конференции. С тех пор моя психиатрическая практика неизменно выражалась в прохождении уроков накопления фактического клинического материала для научного анализа. Эти уроки будут представлены во Введении данной книги, они явились клинической базой создания многофакторной системы, объясняющей особенности формирования социального поведения лиц с диагнозом шизофрении, без понимания которой невозможен адекватный подход к оказанию врачебной помощи и даже психологической поддержки пациента в его трудной судьбе.

1. КЛИНИЧЕСКАЯ БАЗА МОНОГРАФИИ

Уроки и учителя

Цель настоящего Введения показать, какая клиническая «фактура» позволила автору «сметь свое суждение иметь» по некоторым проблемам социальной и судебной психиатрии, а также обозначить смысл и назначение предпринятого труда.

После получения диплома я сразу был определен в клиническое отделение больницы им. П.П. Кащенко, которое было профилировано для поступления первичных больных с острыми психотическими состояниями. В основном это были больные шизофренией с первым приступом. В то время широко применялась терапия инсулиновыми комами (до 25-30 ком) и электрошоковая терапия (5-7 сеансов), психотропных препаратов еще не было. Быстрый выход из психотического состояния на инсулинотерапии, а также электрошоковое купирование тяжелых депрессивных состояний и кататонических статусов, когда буквально за месяц больные становились практически здоровыми и возвращались в семью, на работу, к учебе – все это вселяло оптимизм в мою врачебную деятельность. Разочарование не заставило себя долго ждать. За два года работы в больнице, во время ежемесячных, как дежурный врач, обходов всех отделений, в том числе, предназначенных для повторно поступающих больных, мне пришлось встречаться с рядом своих пациентов, которых я выписывал как выздоровевших. Это был *первый урок, урок клинической реальности*.

Второй урок, который я очень ценю, растянулся на многие годы и продолжается до настоящего времени. В отделение, в котором я начал работать, в основном поступали мои ровесники, и у меня не было по отношению к ним взгляда «сверху вниз». Скорее это было доверительное в плане общения и лечения сотрудничество. С 10-15 такими паци-

ентами у меня сложились дружеские отношения. С этими больными шизофренией я не терял связи на протяжении многих лет. Не этично говорить, что они были моим клиническим «материалом», но знание их судеб, успехов и неудач, их семейной жизни (я был знаком с их родителями и женами) и, конечно, динамика психического состояния дали мне очень много для понимания больного шизофренией как личности со всеми человеческими проблемами. Относительная идентичность исходных психотических состояний, при которых эти больные становились моими пациентами в 1957-1959 годах, на протяжении десятилетий сменилась большими различиями, изменялись и обстоятельства их жизни, что предопределило разные судьбы этих моих друзей: кто-то закончил жизнь в интернате для инвалидов, кто-то вел активную творческую деятельность (один из них стал чемпионом мира по шахматной композиции), кто-то является известным зарубежным бизнесменом, но кто-то продолжает быть частым обитателем психиатрических стационаров. Это был **урок познания индивидуальных судеб страдающих шизофренией.**

Третий урок клинической психиатрии я получил в Орловской психиатрической больнице специального типа системы МВД, в которой со дня ее открытия в 1970 г. и на протяжении 12 лет был председателем Центральной комиссии, которая определяла возможность прекращения принудительного лечения. В больницу я приезжал дважды в год, и каждый раз свидетельствовал всех (более трех сот!) больных. Некоторых больных приходилось смотреть повторно, по 2 - 3 раза и более, поскольку они при первичных освидетельствованиях еще продолжали нуждаться в лечении, оставались социально опасными, и вопрос об их выписке решался снова через полгода. Это был **урок методом одновременной массивной загрузки информацией**, отсроченный анализ которой был очень полезен для клинических сопоставлений.

Четвертый урок я получил непосредственно в ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, в котором работаю с 1959 г. в основном с больными шизофренией (на основе изучения которых были написаны и кандидатская, и докторская диссертации), а с 1976 г. 30 лет руководил отделением эндогенных психозов – за это время была проведена не одна тысяча экспертиз, во время которых систематизировались и проверялись представления о шизофрении. Это можно назвать **уроком систематизации полученных знаний.**

Все эти четыре урока дали богатую информацию к размышлению и позволили мне попытаться изложить некоторые свои позиции в этой книге. В тексте книги будут краткие примеры из этих уроков, некоторые наиболее поучительные случаи будут представлены в приложении.

И, конечно же, мне повезло с учителями – незаурядными профессорами. Первым из них был Арам Григорьевич Галачьян, ученик П.Б. Ганнушкина, вторым – выдающийся клиницист Анатолий Кузьмич Ануфриев.

Пятым дополнительным уроком была моя работа по изучению феномена культовых новообразований – «сект». Эта работа была начата в 1994 г. по предложению МЗ РФ, и как факультативная продолжает проводиться до настоящего времени. Феномен культовых новообразований оказался довольно тесно сопряженным с проблемами общей и судебной психиатрии, в частности, с шизофренией. Были проведены комплексные психолого-психиатрические экспертизы ряда сект на предмет определения вреда здоровью adeptов от их деятельности. Установлено, что некоторые из них организованы больными шизофренией (в том числе с инвалидностью II группы), а определенные психические расстройства предрасполагали к возникновению зависимости от культовых групп и их лидеров и развитию более тяжелых психопатологических состояний. Воспринятая нелепость учений неокультурных образований и предписываемый ими новый модус социального поведения нередко создавал значительные дифференциально-диагностические трудности и приводил к ошибочной диагностике шизофрении с определением группы инвалидности. Результаты этой работы докладывались на международных и республиканских форумах, на парламентских чтениях в Госдуме РФ, и нашли отражение во многих публикациях, в том числе в руководствах по социальной и судебной психиатрии и в зарубежных изданиях.

Смысл и назначение настоящей монографии заключается в стремлении побудить психиатров к большему пониманию своей ответственности за судьбы тех, кто в результате возникшего заболевания потерял свободу и единство своей личности. Психическое здоровье предполагает возможность личности адекватно воспринимать и осмысливать объективную реальность, правильно определять роль и позицию своего **Я** в конкретных ситуациях и саму ситуацию действия, и, в соответ-

ствии со своими нравственными ориентациями, свободно направлять и осуществлять свою деятельность. На этой основе психически здоровый человек может избирательно концентрировать свое внимание, управлять восприятием и ходом мыслей, понимать смыслы происходящего и выражать свое **Я**, быть свободным и ответственным в своих действиях. У страдающих от шизофрении лиц происходит частичное или полное расстройство отмеченных нормативно-фундаментальных свойств личности. Это ведет к специфическому нарушению «смысловой законности» в понимании внутреннего и внешнего мира и своих действий в нем. Результатом всего этого бывает трагическая судьба не только самих заболевших, но и их близких – поэтому речь должна идти именно о судьбе, о новом существовании, экзистенции, которая, начавшись с развитием заболевания, проходит через всю последующую жизнь: даже если эндогенный процесс останавливается, пережитая трагедия психотического прошлого не проходит бесследно ни для самого пациента, ни для контактирующих с ним лиц. Без учета этого положения и проведения деонтологически индивидуального содействия пациенту в возвращении личностного достоинства в его самосознании, с психотерапевтическими попытками скорректировать негативы его судьбы – психиатру невозможно исполнить свой основной профессиональный долг.

Рассмотрение шизофрении как особой формы психического расстройства, имеющего большую социальную сопряженность, должно исходить из достаточно полного анализа как причин социально-нормативного (в том числе, правопослушного) поведения заболевшего, так и факторов, приводящих к общественно опасным деяниям. Объяснение последних только самим заболеванием или какими-то надуманными «психопатологическими механизмами» – более чем примитивно. Детерминанты социального поведения как психически здорового, так и больного всегда имеют сложный, многофакторный характер, что, естественно, не исключает собственную роль психопатологии. Соответственно смыслом и назначением данной работы является показать многофакторность этой системы, без понимания которой невозможен адекватный подход к оказанию врачебной помощи и даже психологической поддержки пациента в его трудной судьбе.

Методологическая основа и содержание книги. В результате выполнения в Институте им. В.П. Сербского в 1981-1982 гг.

НИР¹, автором был предложен на основе концепции «личность – деятельность» системный многофакторный подход к пониманию как правопослушного, так общественно опасного поведения. Применительно к психически больным рассматривалась динамика иерархии факторов «Синдром», «Личность» и «Ситуация», которая позволяла понять (и прогнозировать) социальные действия психически больных, в том числе шизофренией. Естественно, что для такого подхода должна быть достаточная информация о психопатологии конкретного пациента (фактор «Синдром»), многосторонняя информация о его личности (фактор «Личность»), а также имеющие значения ситуационные обстоятельства его жизни (фактор «Ситуация»).

Исходя из такого алгоритма, после главы о трагических судьбах больных шизофренией в книге рассматриваются проблемы формирования представлений о происхождении и сущности шизофрении, о психопатологических принципах диагностики шизофрении, то есть анализируется фактор «Синдром» (включая вопросы дифференциального диагноза, атипичных форм заболевания, причин ошибочной диагностики шизофрении), даны представления о многогранности фактора «Личность» и значимость микро- и макросоциальных факторов. В последующих разделах книги представлены аспекты социальной психиатрии (в том числе, попытки прямых политических вмешательств в психиатрическую практику, роль неокультовых, сектантских учений в судьбах больных шизофренией) и обсуждены проблемы судебной психиатрии (вопросы социальной опасности, экспертных оценок и социальной реадaptации больных).

В контексте книги впервые в достаточно полном объеме показано различие контингентов больных шизофренией, курируемых в общей психиатрической службе, и больных, проходящих судебно-психиатрическую экспертизу. Обсуждена современная проблема имитации шизофрении, приводящая к ее ошибочной диагностике. Представлена критическая оценка существующих диагностических критериев шизофрении, которая должна стимулировать психиатра к творческому анализу информации pro et contra этого диагноза у конкретного пациента. Ис-

¹ Данная НИР депонирована во ВНИИНТИ № 80073516. М., 1982.- 37 с.

пользована специальная литература, которая в наши дни является труднодоступной для многих психиатров.

В обсуждении судеб больных шизофренией нельзя было обойти вопросы социализации личности, аспекты духовно-нравственных детерминант конкретных форм социального поведения, которые имеют индивидуальную сопряженность с актуальной психопатологией. Соответственно представлено обсуждение теорий формирования личности и ее социального поведения.

2. ШИЗОФРЕНИЯ – «КОРОЛЕВА ПСИХИАТРИИ», БОЛЬНЫЕ ШИЗОФРЕНИЕЙ – ИЗГОИ ОБЩЕСТВА И ЕГО БРЕМЯ

Шизофрения – «королева психиатрии». Шизофрения занимает центральное место среди всех ключевых проблем психиатрии. Все противоречия психиатрии сконцентрированы в шизофрении. Не случайно ее называют «королевой психиатрии».

Шизофрения не только самое распространенное (по некоторым подсчетам до 1% и более в популяции, по данным ВОЗ (2001), в мире насчитывается 24 миллиона лиц с диагнозом шизофренией), но и самое полиморфное по феноменологии и патокинезу психическое заболевание. При ней психические расстройства могут быть выражены от состояний помраченного сознания до проявлений легкой постпроцессуальной личностной акцентуации на уровне практического здоровья; она может протекать непрерывно-злокачественно, приступообразно-прогредиентно, одноприступно и едва заметной процессуальностью (“стационарно”).

Шизофрения является камнем преткновения в определении причин психических расстройств, она суть коллизий старых и современных биологических и психосоциальных гипотез и концепций происхождения душевных болезней. Именно поэтому, как говорилось на специальном посвященном шизофрении II Международном Конгрессе психиатров в Цюрихе (1957), будущий Нобелевский лауреат, который удостоится этой премии за раскрытие тайны шизофренией, позволит раскрыть и другие «загадки психиатрии».

Социальное бремя шизофренией. Шизофрения, как тяжелое прогрессирующее заболевание, является наиболее частой причиной инвалиди-

зации психически больных, оказывает негативное влияние не только на благополучие семьи больного, но и на медицинскую и социальную сферу обслуживания и все общество в целом (Мосолов С.Н., 2002). Она поражает самый перспективный и активный по возрастному составу контингент населения. Данные ВОЗ (2006) показывают высокую распространенность шизофренией в Европейском регионе – 459,7 на 100 тыс. населения. В России, согласно официальным статистическим данным, на 2006 г. зарегистрировано 513159 больных шизофренией, или 360,1 больных на 100 тыс. населения (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2008). Впервые заболевших – около 20 тыс. в год, или 13 на 100 тыс. населения.

Из общего числа инвалидов, свидетельствуемых ежегодно во ВТЭК, на долю психически больных приходится 15-18%. В общей структуре инвалидности по психическим заболеваниям на шизофрению приходится 34,8%, в структуре первичной инвалидности – 25,3% (Чуркин А.А., Творогова Н.А., 2008). 60-70% больных нуждаются в постоянных лечебно-реабилитационных мероприятиях (Розова М.С., 1974), при этом у них нарушаются социальные связи и контакты, что в конечном счете приводит к глубокой и длительной трудовой и семейной дезадаптации. В разделе «Бремя психических и поведенческих расстройств» Доклада о состоянии здравоохранения в мире («Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда», ВОЗ, 2001) относительно шизофренией говорится, что исследования по вопросам об инвалидности в связи с физическим и психическим состоянием активные формы психоза оказались на третьем месте среди инвалидизирующих состояний, опередив по распространенности среди населения параплегию и слепоту (Usrup et al., 1999).

Все это в социальном плане очень значимо, но вместе с тем следует знать, что далеко не все больные с диагнозом шизофренией имеют группу инвалидности, 30% больных оказываются способными к профессиональному труду, и многие из них ведут социально активный и адекватный образ жизни.

В социальном плане помимо существенного урона самим заболевшим шизофренией наносит существенный урон обществу в целом. Экономические затраты на лечение больных шизофренией в развитых странах составляет около 2% национального бюджета на здравоохранение,

причем 80% суммы идет на обслуживание хронических больных с преобладанием дефицитарных расстройств (Berman L., Viegner B., Merson A. et al., 1997; Попов Ю.В., Вид В.Д., 1997). Экономические расходы, связанные с шизофренией, также очень велики для общества. По расчетам, в 1991 г. расходы, связанные с шизофренией в Соединенных Штатах Америки, составили 19 млрд. долл. США в прямом исчислении и \$ 46 млрд., относимых за счет потерь в производительности труда.

В последние десятилетия отмечается тенденция к сокращению длительности ремиссий, учащение госпитализаций не только в связи с обострением продуктивных расстройств, но и по поводу декомпенсации дефицитарных нарушений (Carpenter W.T., Buchan R.W., 1995; Гильбург О.А., 2006) и развития состояний, когда уже нет психоза, но нет и достаточно глубоких ремиссий (Авруцкий Г.Я., Недува А.А., 1988; Мосолов С.Н., 2003). Увеличивается рост заболеваемости шизофренией среди лиц молодого трудоспособного возраста, а также – удельный вес быстро прогрессирующих форм с формированием глубоких негативных изменений уже после первых 2-3 приступов (Berman L., Viegner B., Merson A. et al., 1997; Тиганов А.С., 1999).

Даже после того, как проходят самые характерные проявления этого психоза, остаточные симптомы, которые имеют прямое отношение к социальному функционированию, сохраняются. К ним относятся отсутствие интереса и инициативности в повседневных делах и работе, социальная некомпетентность и «невозможность проявлять интерес к удовольствиям». Вместе с тем у больных шизофренией большой риск алкоголизма и наркомании (до 40%). Все это ведет к постоянной инвалидности и плохому качеству жизни. Указанные расстройства являются значительным бременем для семей.

Значительное число людей, страдающих шизофренией, делают попытки к самоубийству в какой-то период на протяжении болезни. Проведенное недавно исследование свидетельствует о том, что 30% всех больных с указанным диагнозом хотя бы раз в течение жизни совершали попытку к самоубийству (Radomsky et al., 1999). Около 10% лиц, страдающих шизофренией, кончают жизнь самоубийством (Caldwell & Gottesman, 1990). В глобальных масштабах шизофрения, согласно данным ВОЗ (2001), сокращает продолжительность жизни больных в среднем на 10 лет и более.

Социальная стигматизация больных шизофренией. Социальное значение шизофрении велико не только во «внутренних», психиатрических аспектах. Не менее значима внешняя сторона – социально-негативное отношение к шизофрении на макро- и микросоциальном уровнях и в среде интерперсональных связей (отношение к больным социально контактных лиц и родственников). Все это не может не отражаться на качестве жизни больных, а это опосредованно сказывается и на психическом состоянии, и на уровне социальной адаптации, и на уровне риска социально опасного поведения.

Здесь встает вопрос о больных шизофренией как о людях из общества и как людей в обществе. Пожалуй, нет иных больных, в отношении которых в обществе существовало бы такое количество нелепых предрассудков и заведомо неправильных представлений, что отражается не только в расхожих анекдотах, но и в серьезных средствах массовой информации.

Существенной социальной проблемой современной психиатрии является стигматизация и дискриминация психически больных, особенно больных шизофренией.

Стигматизация психически больных как актуальная негативная проблема современной психиатрии специально отмечена в послании Генерального директора ВОЗ г-жи Гро Харлем Брунтланд в упоминавшемся Докладе о состоянии здравоохранения в мире (2001). Стигма, по определению, данному в этом послании, – «это клеймо стыда, позора или неодобрения, которое ведет к отторжению, дискриминации и изгнанию отдельного человека от участия в целом ряде видов деятельности общества».

В качестве примера актуальности проблемы стигматизации в послании приводится один из последних докладов министра здравоохранения Соединенных Штатов Америки, который посвящен вопросам охраны психического здоровья: «Стигма подрывает доверие к тому, что психические расстройства – это расстройства состояния здоровья, которые поддаются лечению. Она заставляет людей избегать участия в общении, принятия на работу или совместной работы, мешает сдаче жилплощади или проживанию с людьми, которые страдают психическими заболеваниями... Стигма трагическим образом лишает людей их достоинства, лишает их полноценного участия в жизни общества».

Перечисленные негативные проявления стигматизации, во-первых, как психотравмирующие факторы способствуют усугублению резидуальной психопатологии, во-вторых, приводят к тому, что лица, нуждающиеся в систематическом врачебном наблюдении, вообще избегают обращения к психиатрам, не посещают психоневрологический диспансер, безосновательно требуют снятия диагноза, диссимулируют симптомы болезни. И, наконец, негативное отношение к больному может формировать у них «синдром оппозиционной напряженности» [40, 129]¹, непосредственно содержащий фактор риска совершения общественно опасных действий (ООД).

В результате стигматизации образуется замкнутый порочный круг: психическое заболевание – госпитализация – сложности с трудоустройством – снижение социальной адаптации – алкоголизация и (или) наркотизация – ухудшение психического состояния с развитием оппозиционного отношения к обществу – ООД – госпитализация. И снова по тому же кругу, только с еще большими проблемами на каждом этапе.

Конкретной иллюстрацией этого положения может служить следующее наблюдение из моего третьего урока: больной шизофренией после хождений по такому кругу в день очередной выписки из специальной психиатрической больницы МВД демонстративно, на глазах у охранявших вход в обком КПСС милиционеров разбил вывеску с его обозначением. Он был тут же задержан охраной, по обвинению в хулиганстве проходил судебно-психиатрическую экспертизу и, как невменяемый, был вновь помещен на принудительное лечение в ту же больницу, из которой его выписали вне психотического состояния. На вопрос о мотивах содеянного объяснил, что общество его не принимает, он уже имеет достаточный опыт чинимых ему препятствий для прописки и трудоустройства, что он не хочет «умирать голодным под забором», а поэтому ему лучше остаток жизни провести на принудительном лечении. Его словами были: «Такова моя судьба».

«Предрассудки и ошибочные взгляды на умалишенных, существующие между людьми образованными, в том числе и врачами» (Роте А.И., 1877 г. – цит. по Ю.В. Каннабиху, 1929) имели место еще в XIX в.

¹ В квадратных скобках даны ссылки на работы автора, указанных в отдельном списке.

Откуда пришла в систему социальных отношений стигматизация психически больных? Почему названия психических расстройств, в частности шизофрении, стали бранными словами и в бытовом общении, и в официальных СМИ? Слово «шизик» используется как оскорбление, в ряду других слов, уничижающих достоинство личности.

Видимо, ответ следует искать в психологии интерперсональных отношений, стремлении одного человека поставить себя выше другого и тем самым утвердиться. В целом это общечеловеческая тенденция. Она прослеживается еще с библейских времен, и с этих же времен находит осуждение с позиций нравственности. В Евангелии от Матфея Христос указал: тот, «кто скажет «безумный» брату своему «подлежит геенне огненной», то есть отнес это к тяжкому греху.

Отношение общества и конкретных людей к психически больным, в первую очередь, определяется той нравственной атмосферой, которая их окружает. Большую роль в этом играло религиозное отношение к пониманию сущности психических болезней. В западной средневековой католической цивилизации доминировали представления о том, что психические болезни происходят от одержимости бесами, что заболевшие продали душу дьяволу. Это приводило к массовым казням путем сожжения больных на кострах «за связь с сатаной». В более поздние времена, когда западное общество стала поражать меркантилизация, проявилась другая жестокая форма дискриминации психически больных. В заведениях, в которых концентрировали «беснующихся» больных, последних приковывали цепями к стене и показывали за деньги (наподобие зверинцев) праздно публике.

Стремление вернуть человеческое достоинство психически больному впервые в принципиальной и конкретной форме было осуществлено Филиппом Пинелем еще до того, как появилось само понятие «Психиатрия», впервые сформулированное в 1808 году Иоганном Христианом Рейлем.

В отличие от западной цивилизации, где в допинелевский период доминировало указанное антигуманное отношение к душевнобольным, в российской культуре отношение к ним всегда было сострадательное, больных называли божьими людьми, божевильными, они находили милосердие, приют и опеку в монастырях.

В психиатрии такое христианско-нравственное отношение было закреплено в первом российском Уставе правил отношения к душевнобольным от 1832 г. (задолго до более широко известного Закона J. Esquirol и много гуманнее его). Авторство этого устава принадлежит «попечителю по нравственной части» (была даже такая должность!) психиатрической больницы Иконы всех скорбящих радости в Санкт-Петербурге И.Ф. Рюлю. В этом Уставе прописаны замечательные слова, деонтологическое значение которых необходимо использовать для современной борьбы со стигматизацией. Напомню их: «Имея сожаление к ближнему твоему, потерявшему драгоценнейшее для человека – рассудок, не отказывая подать ему руку благодетельной помощи и страшись не признать его себе подобным». Особенно важна установка: «страшись не признать его себе подобным». Эта установка – основа психиатрической практики, ее гуманизма, без нее и рождается стигматизация уже при первом общении врача и пациента.

Формирование стигматизации и дискриминации как социальное явление не может быть рассмотрено вне макросоциального контекста.

Формирование стигматизации психически больных связано с тем, что в обществе их постепенно выделяли в особую группу изгоев, они становились как бы чуждыми по отношению к остальному обществу. Представляется возможным говорить здесь о своеобразном «этноцентризме» сообщества лиц, считающих себя психически здоровыми (понятие «этноцентризма» ввел американский социолог W.G. Sumner в 1940 г.). Этот термин предполагает разделение человечества на группы по разным признакам (национальности, религиозных конфессий, социальных классов и других), в том числе по психической нормативности и ущербности. Этноцентризм – это точка зрения, когда собственная группа является центром всего, а все остальные группы оцениваются по отношению к ней. Каждая группа с гордостью и тщеславием хвастает своим превосходством и смотрит на аутсайдеров с презрением и недоверием. Таким образом, этноцентризм связан с сильным позитивным суждением о своей группе и негативным – о чужих (Hobbs Donald A., Blank J., 1975). Для нас важно и мнение другого американского социолога К. Robert (1972) показавшего, как одно и то же поведение своей группы характеризуется как добродетель, а чужой – как порок: многие социально адекватные действия психически больных оцениваются как не-

правильные уже только потому, что они принадлежат лицу с психиатрическим диагнозом, в частности, шизофрени.

В современной социологии выделяется 3 варианта взаимодействия между этническими группами: 1) этническая стратификация (иерархия власти по этническим группам); 2) этнический плюрализм (при равноправном положении существуют границы между этническими группами и связи между ними не одобряются); 3) этническая интеграция (совместное участие в одной деятельности со слабыми этническими границами). Эти варианты в полной мере соответствуют взаимоотношениям этноцентризма психически здоровых к выделяемой группе психически неполноценных и отражают историю стигматизации психически больных.

И в этой истории определяются различия менталитетов западного меркантильного сообщества и христианско-гуманистического русского. «Гегель XX в.» русский социолог П.А. Сорокин (Pitirim Sorokin, 2000) характеризовал западную культуру XX века как “перезревшую” чувственную культуру с присущим ей индивидуализмом, в которой основа всех ценностей – материальное богатство и деньги, позволяющие возбуждать и удовлетворять разнообразные чувственные потребности при отсутствии духовных ценностей. При этом в западной культуре существенное преобладание имеет “циничная” ментальность для удовлетворения своих низменных потребностей, ловко использующая психосоциальные маски с духовными ценностями.

Не менее сурово характеризует ментальность капиталистического общества американский экономист и социолог Thorstein Veblen (1922), усмотревший в ее истоках архаические черты варварских “хищнических” культур, когда богатства, как правило, приобретались силой или обманом. Соответственно, согласно T. Veblen, основными чертами предпринимателя-капиталиста, как и древнего воина-охотника, являются агрессивность, неискренность, жестокость, сила, хитрость и преследование только собственного интереса. Отношение капиталистического общества к психически больным не чуждо этих черт – неискренность и преследование собственных интересов. Примером может быть современное сомнительное партнерство некоторых психиатров и фармакологических фирм: первые находят все новые формы или свойства психической патологии, якобы требующие дорогостоящего лечения, а вторые – обеспечивают производство и маркетинг.

Несомненная социальная опасность некоторых больных шизофренией, которая проявлялась в страхе перед ними, сделал их «мишенью публичного отвращения, нелюбви и неприятия» (Foucault M., Rabkin J., 1974), определяла первый из выше приведенных вариантов взаимодействия между этническими группами, что в данном контексте выражалось в полной подчиненности «этнической» группы больных психически здоровому обществу.

Шизофрения – это расщепление **Я**, в этом расщеплении существует другая сторона, дополняющая представление о сущности шизофрении. Выдающийся исследователь шизофрении J. Wyrsh (1960) указывал, что в отличие от органических психозов, при изучении шизофрении всегда выявляется «ничейная земля», которой «владеют» как психиатрия, так и психология, т.е. клиническая картина не исключает психологического облика страдающих шизофренией. Важно, что в этом облике проявляются социально-личностные, нравственные позиции, которые, в конечном счете, предопределяют конкретное социальное поведение больного. Существовавший тезис: «Там, где начинается психопатология, там кончается психология» показал свою полную непригодность.

Указанный тезис помимо своей научной несостоятельности ведет к сугубой психопатологизации криминальных действий психически больных и имеет поэтому негативную социальную спроецированность на общественный менталитет, поскольку как бы ставит знак равенства между социальным злом и психической патологией, что, в свою очередь, несомненно, дискредитирует психически больных.

При каждом из многочисленных клинических вариантов шизофрении, на каждом этапе процесса больными шизофренией действительно могут совершаться общественно опасные деяния. Вместе с тем, из этого факта нельзя делать однозначный вывод об особой криминогенности больных шизофренией – это явно ошибочное представление играет значительную роль в их стигматизации. Критикуя расхожие представления о фатальной криминогенности психически больных американский тюремный психиатр Wilson J.G. (1939) еще в тридцатых годах справедливо писал, что она лежит не в психозе самом по себе: «В противном случае, – подчеркивал он, – следовало бы ожидать, что все параноики и шизофреники обнаруживают криминальные наклонности, в то время

как упомянутые субъекты нередко ведут образ жизни святых, а не грешников». Статистические данные свидетельствуют, что больные шизофренией совершают меньше противоправных действий (менее 1%), чем считающиеся психически здоровыми [157].

M. Bleuler (1960) со всей определенностью четко указал, что даже в случаях «шизофренического слабоумия можно при глубоком изучении больных доказать, что все нормальные интеллектуальные и эмоциональные возможности у них сохранены...», «они сохраняются наряду или позади болезненных расстройств». G. Benedetti, H. King, P. Wenger (1967), обобщив мнения многих клиницистов, констатировали, что при всем «иначестве» больных шизофренией они сохраняют все человеческие способности и как нормальные люди могут быть людьми полными человеческих чувств, желаний и опасений, ... высказывать разумные суждения и совершать психологически понятные поступки». Сказанное дает основание к парафразу: «Ничто человеческое не чуждо больным шизофренией». Больные могут быть добропорядочными, высоконравственными, просоциальными, и наоборот – негодьями и подлецами. И добро, и зло, и любовь, и ненависть – все это можно встретить у больного шизофренией. Автор фундаментальных работ по персонологии психически больных А.Д. Зурабшвили (1982) указывал, что и на поздних стадиях шизофрении отмечаются «активные следы специфического человеческого качества – представлений о морали, добре и зле» (с. 31).

На самом деле представление о больных складывается не только от формы психопатологии, но и от личности больного, с которым контактирует респондент. Как и психически здоровые, больные шизофренией могут иметь различные, противоположные нравственные ориентации, которые определяют представления о них как о человеке больше, чем собственно психопатология.

Лица с диагнозом шизофрении могут быть разрушителями, крайне социально опасными, но могут быть и созидателями – сколько их имен вошло в историю культуры! Если бы не деонтологические соображения, то можно было бы представить огромный список всем известных гениальных ученых, поэтов и писателей, талантливых артистов и других деятелей культуры, которые имели несомненный диагноз шизофрении, но, к сожалению, у некоторых из них имеющаяся личностная расщепленность действительно обуславливала социальные поступки, явно

противоречащие основным высоким качествам личности. Хрестоматийным примером является поэтесса, стихи которой звучали как весенний хрустальный ручеек. В момент написания очередной строфы ее отвлек плач грудной дочки, и она выбросила ее в окно.

Однако далеко не все общественно опасные действия (ООД) больных шизофренией непосредственно истекают из психопатологии, показывая еще раз принципиальную ошибочность упоминавшегося тезиса о том, что там, где начинается психопатология, там кончается психология. Личностные, социально-негативные нравственные ориентации больных шизофренией могут иметь весьма высокий мотивационный рейтинг в причинах совершения ООД, который мало отличается от действий психически здоровых. Вместе с тем психопатологизация криминальности больных шизофренией имеет негативную социальную спроецированность на общественное мнение: все зло идет от больных, и это, конечно, стигматизирует больных. Такой стигматизации способствуют, может быть и не предосмысленные, но, несомненно, социально-негативные утверждения, репродуцированные средствами массовой информации. Достаточно вспомнить, что в годы холодной войны наших политических противников – «поджигателей войны» – часто называли шизофрениками. Таких социально мрачных личностей как Гитлер и Сталин – параноиками. Только был убит президент Кеннеди, так тут же Освальда назвали шизофреником, а потом тот же ярлык был приклеен и убийце последнего. И таких примеров множество. А кто думал о том, как на это должны реагировать больные с диагнозом шизофрении? Не порождало ли это ответную их реакцию в виде оппозиционного отношения к обществу? Из такой стигматизации делались политические постулаты, достаточно вспомнить указание Н.С. Хрущева о том, что только душевнобольные могут выступать против строительства коммунизма: раз против – значит шизофреник. «Карательная психиатрия» в отношении диссидентов здесь имела свою идеологическую, политическую основу¹.

Особого осуждения требуют имевшие место в последнее десятилетие существования Советского Союза директивные стационарирования в психиатрические больницы лиц, ранее находившихся на принудительном лечении и выписанных как не представляющих больше соци-

¹ Фактический материал о так называемой карательной психиатрии будет приведен в специальном разделе о политических вмешательствах в психиатрию.

альной опасности. Их вновь, «для профилактики», насильственно помещали в психиатрические больницы на период проведения крупных политических и общественных событий, таких, например, как 23 Съезд КПСС, Олимпийские игры в Москве и др. Все эти больные находились в состоянии достаточно хорошей и устойчивой ремиссии – начали работать, обзаводились семьями и практически мало кто знал, что эти люди имели диагноз шизофрении. И вдруг неожиданно для всех – для них самих, семьи, соседей появлялись милиция, врачи-психиатры и их насильственно увозили на время проведения указанных «исторических событий» в психиатрическую больницу. По завершении этого времени «потенциально опасных» без всякого лечения выписывали домой. О том, какие проблемы вставали перед больными в их отношениях в семье, с соседями, на работе, как они могли объяснить, почему вдруг, с милицией их закрывали в психиатрический стационар – это властей не интересовало (что естественно для того времени).

В результате такой социальной стигматизации и у самих больных формируется сниженная самооценка своего социального статуса как лиц с «непрестижным» диагнозом шизофрении. К этому следует добавить, что тематика «карательной психиатрии» многие годы была излюбленной темой в СМИ и настраивала общество против психиатрии. М.М. Кабанов (1992), подчеркивая факт, что «такие устрашающие термины, как «дурдом» и «психушка» получили широкое распространение в средствах массовой информации», обоснованно констатирует, что «замалчивание в течение десятилетий проблем психиатрии привело к искаженному, порой карикатурному восприятию образа не только больного, но и врача-психиатра» (с.118). И этот карикатурный образ не может не ущемлять достоинства больного, его самооценку, с одной стороны, а с другой – опасение больного, что именно так, как к «карикатурному человеку» к нему будут относиться окружающие.

Вместе с тем, есть прекрасный афоризм: если бы не было шизофрении, то наш мир был бы еще более однообразно потребительским и творчески серым¹.

¹ Здесь уместно привести ремарку выдающегося психиатра Е. Kretschmer (1924), который, показав «иначество» больных шизофренией, образно отметил, что цветы шизофренической внутренней жизни нельзя изучать на крестьянах, здесь нужны короли и поэты.

Поскольку, действительно, больные шизофренией «нередко ведут образ жизни святых, а не грешников», то понимание этого обществом должно бы привести к изменению во взаимоотношениях «этносов» психически здоровых и больных: к формированию этнического плюрализма (при равноправном положении существуют границы между этническими группами и связи между ними не одобряются).

Однако изменения в лучшую сторону проходят неполноценно. Это положение подтвердило специальное исследование, проведенное по материалам опросников об отношении психически здоровых к страдающим шизофренией членам их семей автором книги и С.Н. Осолковой в 1994 г. [118] К сожалению, среди преобладающих вариантов гипер- и гипопеки адекватное поддерживающее отношение в моральном и бытовом отношении оказалось в меньшем проценте. Случаев партнерских взаимоотношений вообще отмечено не было.

Одним из последних исследований по проблеме стигматизации больных шизофренией является диссертационное исследование Ю.Г. Пасынковой (2006). Это исследование ставило задачей изучение особенностей стигматизации больных шизофренией различными группами населения, играющими важную роль в их адаптации в социуме. Автором было установлено, что степень стигматизации больных различна в зависимости от принадлежности респондента к определенной социальной группе населения, играющей важную роль в адаптации больных в социуме.

Хотя к факторам, влияющим на степень стигматизации больных, относятся образованность респондентов и ситуации общения с ними, тем не менее, часто выявляются «архаические взгляды (заблуждения)» на больных шизофренией, на шизофрению как болезнь в целом и методы ее лечения, допускающие «иррациональное, мистическое толкование психического заболевания, выходящие за рамки медицинской модели». Профессиональная осведомленность не исключала низкую толерантность к больным шизофренией, дистанцирование от них в повседневной жизни, в личном и деловом общении.

Выявилась четкая тенденция на ограничение права больных шизофренией иметь детей, на труд в тех сферах, где деятельность связана с риском для жизни больного или окружающих, а также согласие с необходимостью изоляции и принудительного лечения больных. Стигмати-

зация больных шизофренией, по данным автора, наиболее выражена в группе сотрудников отделов кадров. Наименьшая стигматизация выявилась в группе врачей-психиатров.

Упомянутые результаты нашего с С.Н. Осолковой исследования по определению отношения населения к больным шизофренией, проведенные лет 15 тому назад, в сравнении с последними данными, полученными на материалах диссертации Ю.Г. Пасынковой, к сожалению, показали тенденцию к нарастанию стигматизации по отношению к больным шизофренией. Нет сомнений, что это связано не с какими-то изменениями клиники шизофрении, а с общим снижением нравственной планки в социуме, потерей терпимости, сочувствия и сострадания.

Третий вариант этнической интеграции (совместное участие в одной деятельности со слабыми этническими границами) можно отнести к самому благоприятному. Он является наиболее перспективным в преодолении проблемы стигматизации, но для его осуществления нужна информационная «перенастройка» менталитета «этноса здоровых» и повышение его нравственного уровня.

Психиатры должны активнее включаться в коррекцию тех неправильных представлений о психических заболеваниях, в частности, шизофрении, и существующих убеждений о фатальной неизлечимости психических болезней и неизменной криминогенности душевнобольных, которые сложились в населении и определяют негативное к ним отношение, что формирует самый неблагоприятный вариант этнической стратификации, по W.G. Sumnerm, – полное главенство власти над ее страдающими шизофренией гражданами.

Шизофрения – это особый вариант жизненного существования человека (его экзистенции), обусловленный расщеплением смысловых представлений об отношениях собственного Я к себе, к другим, к миру, с неадекватными переживаниями всего этого инакобытия. Все это создает реальные проблемы в жизненных судьбах людей, страдающих шизофренией. У них *особая, сложная судьба*. Долг каждого психиатра и всей психиатрической службы помочь этим людям, потерявшим единство и свободу своей личности, обрести утерянное и достойно быть в «этнической интеграции» со всем обществом.

Раздел I. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ СУЩНОСТИ ШИЗОФРЕНИИ

ГЛАВА 1. СВОЕВРЕМЕННОЕ РАСПОЗНАВАНИЕ ШИЗОФРЕНИИ – ОСНОВА ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ В ИХ СУДЬБЕ

Шизофрения является самым феноменологически разнообразным психическим расстройством. При ней описано более 100 основных синдромологических образований, что дает основание предполагать, что речь идет о группе заболеваний. Однако все это разнообразие имеет сущностную основу – «схизис», который определяется глобальным специфическим явлением *ксенопатией* в той или иной форме, отчетливо или опосредованно проявляясь во всех клинических признаках шизофрении, входя в структуру самосознания. Вычленение, определение этого расстройства – основа диагностики шизофрении, какие бы дополнительные феноменологические наслоения не разукрашивали клиническую картину. Но даже если эти наслоения и вторичны для диагностирования, то их конкретное содержание может существенно влиять на социальное поведение больного, на его судьбу в целом. Поэтому синдромологическая квалификация состояния пациента имеет существенное значение для общей и социальной психиатрии. Вместе с тем, современные представления о шизофрении, ее клинике, формах течения, прогнозе, исходе и, конечно, о социальных аспектах жизни больного – его судьбе складывались трудно, неоднозначно и еще имеют много нерешенных проблем.

1.1. Исторические предпосылки возникновения современных проблем понимания и распознавания шизофрении

Познание сущности всякого явления лучше всего достигается при историческом подходе. То же относится и к шизофрении. Ведь, если название шизофрении как самостоятельной нозологической формы воз-

никло лишь в 1911 г., то это не означает, что соответствующей психической патологии ранее не существовало – каждая болезнь имеет свою историю возникновения и развития (Давыдовский И.В., 1969). Судя по литературным источникам – не столько медицинским, сколько историческим, мифологическим и древним религиозно-мистическим – шизофрения, по нынешним феноменологическим критериям ее диагностики, была испокон веков.

В этих источниках есть примеры психотических состояний (особенно с нелепым возбуждением и ступорозгой кататонией), которые феноменологически имели определенное сходство с расстройствами при шизофрении, сохранились описания создателей новых религий и мистических учений, у которых, несомненно, был синдром Кандинского-Клерамбо, острые аффективно-бредовые расстройства, систематизированные бредовые идеи, онейроидные и другие психотические состояния. Но тогда не было психиатров, и, соответственно, не могло быть психиатрических квалификаций.

Более определенные симптомы, напоминающие шизофрению, отмечены в арабских медицинских и психологических текстах, датируемых средними веками. К примеру, в Медицинском Каноне Авиценны описывается состояние, отчасти напоминающее шизофрению, которое он именуется «джунун муфрит» (тяжелое безумие) и отделяет от других форм безумия («джунун»), таких как мания, бешенство и маниакально-депрессивный психоз. В трудах Авиценны можно найти интересное описание клиники ипохондрического состояния у молодого принца и развернувшихся вокруг этого драматических событий в королевстве, которые впервые показывают тесную сопряженность психических расстройств с социальными проблемами. Другим примером такой сопряженности может служить судьба одного из лидеров шиитской секты низаритов Хасан ала Зикри-хи-Саид (Иран, XIII в.), который заявил своей общине, что истинный имам (двоюродный брат пророка Мухаммада Али ибн Абу-Талиба) открыл ему новый порядок поклонения Аллаху: отныне каждый мусульманин может пить вино и совокупляться с кем захочет. Хасан заверял граждан, что он «своими ушами» слышал указания этого давно умершего пророка, однако не все возрадовались такой вольности и приняли эту новость, началась смута, Хасан вскоре был убит, а его государство пришло в упадок.

Несомненно, галлюцинаторно-бредовая форма шизофрении была у короля Баварии Людвига II. Его внешне политические акции, направленные на объединение Германии, высоко ценил канцлер Бисмарк, однако у Людвига II был бред перевоплощения и преследования (то считал себя Людовиком XIV, королем французским, то Лоэнгрином из одноименной оперы Вагнера – на крыше одного из потаенных альпийских замков по его повелению были сделаны искусственные озеро и лебедь, на котором он плавал, представляя себя Лоэнгрином) и императивные слуховые галлюцинации, под воздействием последних он совершил суицид, от которого его не мог спасти сопровождавший его психиатр – бросился во время шторма в воду и увлек за собой врача. Социально-негативные последствия бредового поведения короля выразились в том, что он полностью разорил казну королевства, истратив деньги на строительство замков.

Большее соответствие современному пониманию шизофрении можно найти в книге В.Х. Кандинского «О псевдогаллюцинациях» (1890), а также в клинических описаниях С.С. Корсаковым (1901) дизнойи, которые, к сожалению, из-за отсутствия переводов оказались малоизвестными западным психиатрам.

Так или иначе, те или иные психические расстройства, которые под разными названиями описывались в психиатрической литературе второй половины XIX века, вполне можно отнести к шизофрении в ее современных рамках.

Шизофрения как самостоятельная нозологическая форма, по сути, трансформировалась из *Dementia praecox* Е.Краепелина.

Dementia praecox – первая нозологическая форма в психиатрии. Она обозначилась в самом конце XIX в. Это было время расцвета нозологического направления в медицине (в первую очередь, в связи с изобретением микроскопа, ставшим адекватным инструментарием микробиологии и позволившим выделить отдельные формы патологии не только на общности клинических проявлений, но и этиологических факторов, в данном случае – возбудителей инфекционных заболеваний). На этом фоне психиатрия не хотела отставать. Зародилось нозологическое направление и в психиатрии. Ведущая роль здесь принадлежит Е. Краепелину, объединившему в 1898 г. ряд тяжелых с неблагоприятным исходом психических расстройств под общим названием *Dementia praecox*. Но эта новая нозологическая форма далеко не везде прижилась, она подверг-

лась жесткой критике в России, а во Франции полностью не была принята. Тем не менее, *Dementia praecox* через десять с небольшим лет трансформировалась в шизофрению. Это название принадлежит швейцарцу Еугену Блейлеру (E. Bleuler), и, соответственно, второе название шизофрении – болезнь Блейлера.

По существу Е. Краепелин объединил в выделенной им *Dementia praecox* уже ранее известные некоторые виды тяжелой психической патологии, поражающей молодых людей. Это были те заболевания, которые именно в силу тяжести психических расстройств делали этих молодых людей неспособными существовать в обычной социальной среде, вследствие чего их помещали в специальные заведения, изолирующие от этой среды – в психиатрические лечебницы. Так создавался специфический контингент этих заведений – больные молодого возраста с тяжелыми проявлениями психической патологии и плохим прогнозом.

Формируя свою нозологическую форму по упомянутым признакам сходства (клиническая тяжесть и раннее начало заболевания), Е. Краепелин в *Dementia praecox* включил выделенное в 1852 г. В. Morel раннее слабоумие по типу простой формы (*dementia simplex*), а также описанные в 1871 г. Н. Hecker гебефрению и в 1890 г. - К. Kahlbaum кататонию. Следует еще раз обратить внимание на то, что речь идет именно о тяжелых психических расстройствах, начинающихся в подростково-юношеском возрасте и выбивающих заболевших из нормальной жизни. Естественно, что в то время при неразвитой системе психиатрической помощи к врачам могли обращаться только люди со значительным достатком, которые давали своим детям хорошее воспитание и готовили их к элитной жизни. И вдруг крах – этот подававший большие надежды молодой человек оказывается неспособным к нормативному социальному поведению. Какие-либо из предпринимавшихся попыток психосоциального, педагогического, психотерапевтического воздействия в этих случаях оставались совершенно не эффективными. Трагизм этих судеб делал их центральными в психиатрической практике.

Помимо трех упомянутых юношеских форм в свою нозологическую единицу Е. Краепелин включил и хронические бредовые психозы, описанные V. Magnan в 1891 г., которые также отличаются и тяжелой картиной, и плохим прогнозом, и, соответственно, имели ту же трагическую судьбу.

Больные с легкими формами психических расстройств сами к психиатрам не обращались, а отклонения в их социальном поведении не были столь значительными, чтобы давать повод к недобровольному помещению в психиатрические лечебницы, и они оставались вне поля их наблюдения. Таким образом, именно тяжело заболевшие молодые люди дали первый фактический клинический материал и, соответственно, основание Е. Краепелин говорить о раннем слабоумии с плохим прогнозом.

Изначально примененные критерии образования первой в истории психиатрии нозологической формы сыграли неблагоприятную роль не только для общей, но и для социальной и судебной психиатрии, формируя как социальную стигматизацию больных, так и порочный судебно-психиатрический алгоритм: «раннее слабоумие» – однозначно невменяем, недееспособен. Этот алгоритм по началу унаследовала и шизофрения, по крайней мере, пока она не вышла за стены психиатрических больниц. Концепция выделения первой нозологической формы – *Dementia praecox* современниками Е. Краепелин была встречена с большой критикой. Было трудно согласиться с тем, что состояния, клиника которых так различна, — гебефрения с ее формальными нарушениями речи, кататония с ее яркими психомоторными манифестациями и параноидный бред с его интенсивной галлюцинаторной активностью, — всего лишь варианты единого заболевания. В.П. Сербский (1903) называл *Dementia praecox* «разнородным симптоматологическим каталогом», кроме того критике подвергался сам критерий исхода, примененный Е. Краепелин для оправдания единства патокинеза *Dementia praecox*. Креплиновский критерий исхода по сути не является эволюционным, поскольку этот общепризнанный как превосходный нозологический критерий у него фактически имеет сходство только лишь по терминальной стадии. Это, по утверждению В.П. Сербского, не совместимо с формальной логикой, поскольку диагноз *Dementia praecox* мог быть поставлен только ретроспективно, в то время как диагноз болезни должен быть возможно более ранним, чтобы правильно предвидеть прогноз.

Исходное включение в сформированное нозологическое образование самых тяжелых случаев психической патологии наложило длительный след в виде, как потом оказалось не оправдавшихся, представлений о неизменной прогрессивности, неизлечимости шизофрении. Эти представления, к счастью не подтвердились, и сам Е. Краепелин как прин-

ципально честный ученый в последующих изданиях своего Руководства говорил и о возможности более позднего начала заболевания, и о возможности относительно благоприятного течения болезни без исхода в слабоумие, и даже о случаях выздоровления. О том, что болезнь не всегда приводит к интеллектуальному снижению, т.е. это снижение не является подлинной деменцией, дало основание В.П. Сербскому (1904) считать название *Dementia praecox* — «эту деменцию без деменции» — особенно неадекватным для обозначения новой нозологии.

Современники Е. Краепелин не приняли и положенный им в основу нозологического выделения своеобразный этиологический фактор. Он считал, что *Dementia praecox* возникает вследствие аутоинтоксикации субстанциями полового происхождения, природу которых он, естественно, не мог уточнить в ту эпоху, когда эндокринология еще не родилась. Эти субстанции, накопившись в организме, по его выражению, «бросаются в головной мозг». J. Christian (1899) в отношении такой этиологии удивлялся: если сексуальность у больных с *Dementia praecox* так нарушена, то почему в подавляющем большинстве случаев «кандидаты на гебефрению в любви обнаруживают почти полную фригидность. Они предаются онанизму или другим половым отклонениям, но влечение к противоположному полу, которое в их возрасте должно бы пробуждаться и даже проявляться в непреодолимой форме, почти не обнаруживается».

В 1908 г. появился термин «шизофрения», который был предложен Е. Bleuler для разделения функций между личностью, мышлением, памятью и восприятием. Этот термин происходит от греческих корней *схизеин* (др. греч. *σχίζειν* — «раскалывать») и *френ* (*φρήν* — «ум, рассудок»). Наблюдая больных с диагнозом *Dementia praecox*, он, во-первых, отметил случаи с благоприятным течением вместо ожидавшейся деградации, а во-вторых, и это главное, нашел у больных общие феноменологические проявления в виде «схизиса», которые дали ему возможность в 1911 г. всю группу таких больных объединить под общим названием «Шизофрения». Так возникла новая нозологическая форма, появление которой, в свою очередь, породило ряд проблем, оказавшихся далеко неразрешенными за 100 лет своего существования.

Е. Bleuler в описание феноменологических признаков шизофрении положил облигатные и факультативные феномены. К числу облигатных он отнес то, в чем, собственно, выражается схизис – это те признаки,

которые в дальнейшем вошли в историю как блейлеровские четыре «А»: нарушение ассоциаций, аффективное уплощение, аутизм и амбивалентность. В числе факультативных оказались бредовые расстройства и галлюцинации, которые рассматривались как дополнительные расстройства, но обязательные для диагноза шизофрении.

Важно отметить иной взгляд E. Bleuler на оценку тяжести шизофрении, которая принципиально расходится с крепелиновским критерием выделения раннего слабоумия по признаку клинической тяжести и плохому прогнозу; он считал, что существует латентная шизофрения, представляющая «наиболее частые случаи».

С первого года выделения шизофрении как самостоятельной нозологической единицы начались дискуссии о ее границах, поиски психопатологической сущности, определения наиболее характерных клинических проявлений, тенденций течения и прогноза, интерпретаций типологических форм и т.д. На Втором международном конгрессе в Цюрихе (1957), специально посвященном шизофрении, было подмечено, что когда два психиатра разных стран и школ начинают говорить о шизофрении, то создается впечатление, будто они говорят на разных языках, не понимая друг друга. При этом было отмечено, что к тому времени о шизофрении написано столько научных трудов, что не хватит жизни, чтобы со всеми ими познакомиться. С тех пор прошло еще более полувека изучения этого заболевания и описаний его вариантов, и теперь, видимо, для ознакомления с ними не хватит уже нескольких жизней.

В истории выделения шизофрении в самостоятельную нозологическую форму красной нитью проходят попытки определить ее природу – этиопатогенез, без чего самостоятельность нозологической формы не имеет валидности.

По существу в поисках причин шизофрении явно прослеживаются два направления, исходящих или из школы «соматиков» или из школы «психиков», находящихся в конфронтации между собой с середины XIX века, споры которых сводятся к утверждению преимущественной и даже определяющей роли биологического или же психосоциального в происхождении психических расстройств. Хотя наиболее мудрые пытались найти консенсус.

К числу таких научно уравновешенных психиатров принадлежит сам E. Bleuler. В 1911 г., предложив свое учение о шизофрении, он рассмат-

ривал ее как результат анатомических и химических нарушений в головном мозге, но говорил об этом лишь предположительно. Одновременно для него было несомненным, что психотравмирующие обстоятельства повседневной жизни «могут, в конце концов, расшатать неустойчивое равновесие» и привести к развитию шизофренического процесса.

В последующие десятилетия можно обозначить вехи отчаянных дискуссий сторонников биологических и психосоциальных концепций происхождения шизофрении. Поскольку сторонники и той и другой школы – «соматики» и «психики» – слишком увлеченно отстаивали свои позиции, то создавали этим возможность легко найти уязвимость в каждой из них. Таким образом, история создания шизофрении как единого нозологического образования с самого начала была чревата проблемами, которые с десятилетиями не только не сглаживались, но и принципиально заострялись. Забегая вперед, следует отметить, что иного и не могло быть, поскольку инструментарии и понятия, пригодные в отношении органических и психогенных расстройств, к шизофрении в полной мере не применимы. Через 50 лет после возникновения в психиатрии понятия шизофрении один из наиболее глубоких ее исследователей J. Wyrsh (1960) пришел к выводу, что она не может быть отнесена к чисто медицинскому понятию болезни, которое возможно применено к органическим психозам, и в то же время это не то расстройство, которое может быть психогенетически выведено.

Так или иначе, в практически уже необозримом объеме научных работ, посвященных причинам возникновения шизофрении, можно проследить широкий информационный поток, по одному краю которого продолжают развиваться идеи упомянутых школ «психиков», по противоположному – «соматиков». Однако нельзя не отметить и прогресс – понимание того, что увлечение одной идеей нарушает равновесие, разрушает гармонию целого.

При всей неразрешенности вопросов этиологии шизофрении и еще задолго до появления современного названия этого заболевания в причинах развития психических расстройств всегда существовал социогенный ракурс их рассмотрения. В XIX в. школой «психиков» Dementia graecа понималась как результат психических травм, перенесенных в раннем детстве, или как последствие микросоциальных и других психогенных факторов, имевших место быть в этом возрасте.

Это направление школы «психиков» в XX веке продолжилось в виде сформировавшихся теорий социо- и психогенеза. Их сторонники продолжали изучать роль различных социальных и психогенных факторов в возникновении и течении шизофрении, что привело к созданию ряда соответствующих интересных гипотез этиологии шизофрении.

В 20-е и 30-е годы определенному укреплению позиций сторонников социо- и психогенеза шизофрении способствовал психоанализ S. Freud и исходящая от него психодинамическая концепция A. Meyer. В плане этих взглядов шизофрения рассматривалась как особое развитие личности в результате раннего (детского) интерперсонального конфликта, преимущественно сексуального характера. Дальнейшее развитие этого направления привело к вульгарно социологическим концепциям понимания шизофрении исключительно как следствие семейного и общественного конфликта. Более клинически достоверными явились теоретические разработки о роли этих факторов в развитии шизофрении у личностей с соответствующей предрасположенностью – шизотимного, интравертированного типа (McDougal W, 1931).

В сороковые годы, как обобщили G. Benedetti, M. Bleuler, H. King и F. Mielke (1960), значительное распространение получили представления о том, что «шизофренный процесс есть вообще не особая болезнь и не группа болезней с аналогичными исходами, а индивидуально – в психическом и соматическом отношении – по-разному складывающееся расстройство умения приспособиться к внешним и внутренним трудностям того или иного жизненного пути». В плане этих гипотез, психотравмирующим факторам в истории жизни индивида придавалось особое значение как в понимании генеза и психопатологии шизофрении, так даже и в вопросе прогноза заболевания (Jung C., 1957). К этому наводили факты, что тот или иной человек, в течение многих лет страдавший шизофренией, вдруг, после какого-либо сильного потрясения, становился «здоровым как никогда».

В следующем десятилетии психогенное направление в понимании возникновения и развития шизофрении приобрело определенный расцвет в связи с дальнейшей разработкой психодинамической гипотезы. Причинные факторы развития заболевания понимались все уже и сводились к глубоким нарушениям интерперсональных взаимоотношений (Sullivan H., 1953). Развивая эту гипотезу S. Arieti (1955) с еще большей

настойчивостью утверждал, что шизофрения представляет собой специфическую реакцию на крайнее состояние тревоги, возникающее в детстве и реактивированное в дальнейшем психологическими факторами.

На этапном в понимании шизофрении II Международном конгрессе психиатров в Цюрихе (1957) были достаточно глубокие доклады, посвященные сущности этого заболевания. Его объяснение психогенетическим фактором обосновал C. Jung и Fromm-Reichmann, при этом Lewis и Diethelm – факторами, имеющими социальную сопряженность.

В 60-ые годы определенное внимание привлекла новая гипотеза социопсихогенной сущности шизофрении, согласно которой изменение понимания внутреннего мира своего «бытия» формирует особое существование в системе социальных отношений и связей. Эта гипотеза является проекцией на шизофрению феноменологически-экзистенциальных концепций K. Jaspers (1963), L. Binswanger (1963) и их сторонников.

В последующие годы продолжали появляться новые публикации о развитии шизофрении в связи с психотравмирующими факторами, однако это были всего лишь вариации фрейдистского учения о подсознательном. К числу таких гипотез, отличающейся некоторым своеобразием, относится понимание шизофрении как реакции на интерпсихический конфликт, возникший в раннем детстве (London N., 1973).

Большой новизной отличались психоаналитические теории, согласно которым в причине возникновения шизофрении усматривается такой важный социальный фактор как семья – отклонения в ней ролевых взаимоотношений (Alanen, 1970) и нарушения общения в семье (Liem, 1980). Согласно первой теории, «перекося супружеских отношений» или же «семейный раскол (расщепление)» в отношении к ребенку создает последнему «ситуацию раздвоенной лояльности», что и приводит к возникновению шизофрении. Вторая теория исходит из идеи «двойственных обязательств» – противоречивых указаний, даваемых родителями ребенку. Если ребенок продолжает оставаться в такой патогенной микросоциальной ситуации, у него возникают двусмысленные и даже бессмысленные реакции, могущие перейти в шизофренический процесс (здесь невольно вспоминаются эксперименты И.П. Павлова, вызывавшими «ошибку», когда не представлялось возможным различить положительное или отрицательное значение условного сигнала). Существует и много одиозных гипотез. Как пример, в книге Станислава Грофа

«За пределами мозга. Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии» утверждает, что шизофрения возникает в ответ на психические травмы, возникающие у ребенка в родовых путях, когда он встречает препятствия своему появлению на свет.

Критики всех отмеченных гипотез социо- и психогенеза шизофрении упрекают их авторов в умозрительности и недостаточности обоснования концепций научными наблюдениями, а также тем, что порожденная ими лечебная практика оказалась несостоятельной (Наджаров Р.А., Тиганов А.С., Смулевич А.Б. с соавт., 1988; и др.).

Вместе с тем факты влияния социальных, психогенных, особенно стрессовых обстоятельств в этиопатогенезе шизофрении продолжают приводиться на страницах специальной литературы. Однако правильнее было бы их интерпретировать не исключительно в плане этиологии, а лишь как факторы, участвующие в формировании клиники, ее модификациях. Их интерпретация должна быть более целостной (это положение будет освещено в специальных главах книги). Вместо противопоставления социального и биологического должна быть методологически более приемлемой интерпретация с позиций их единства в проблеме этиопатогенеза. Об этом свидетельствуют данные о механизмах реализации влияния стрессовых (в том числе психического стресса) факторов среды, вовлекающих нейротрансмиттерные и нейропептидные системы мозга. Эти данные открывают новые направления в изучении физиологических основ взаимодействия внешних и внутренних (генетических) факторов при шизофрении, которые должны определить место психогенного в комплексе многообразных воздействий окружающей среды и их роль в патогенезе заболевания (Вартанян М.Е., 1983).

При всей несводимости причин возникновения шизофрении только к психотравмирующим обстоятельствам, факт патогенности взаимодействия патобиологических предпосылок «шизофренного» *rathos* и психогенного патокинетического толчка, приводящего к *posos*, был убедительно доказан трудами А.В. Снежневского (1972 и др.).

В настоящее время такое понимание стрессовых факторов в возникновении шизофрении продолжает получать дальнейшее развитие и приводится в последних руководствах по психиатрии как гипотеза предрасположения к стрессам (*stress-diathesis*). Согласно ей, человек может иметь особую предрасположенность к заболеванию, которое про-

воцируется стрессом и приводит к возникновению симптомов шизофрении (Kaplan H.I., Sadok B.J., 1996). Стрессы, отмечают авторы, могут быть внутриутробными, биологическими, психосоциальными или связанными с окружающей средой. Специальные исследования этого вопроса на примере параноидной шизофрении показали, что процесс дебютировал после провоцирующего воздействия, в основном психогенного, более чем у половины больных (Елкин С.П., 1999).

Эти положения весьма значимы и для дифференциального диагноза: психоз, возникший вслед за стрессом (психическим, родовым, интоксикационным и другими) может быть отнюдь не реактивным, послеродовым, алкогольным и другими психозами, а экзогенно спровоцированным эндогенным заболеванием.

Факты и аргументы школы «соматиков» в пользу патобиологической концепции причин шизофрении на протяжении десятилетий модифицировались, однако, как отмечается в обзорном реферате G. Benedetti, H Kind и F. Mielke (1958) «до сих пор не обнаружено таких соматических (биологических) расстройств, которые бы отличали «в среднем» больного шизофренией от здорового, и сейчас меньше, чем когда-либо, перспектив, что такие расстройства смогут быть обнаружены». Такое положение остается в силе до последнего времени.

Вместе с тем имеются факты, которые нельзя игнорировать. К ним в первую очередь относится генетический фактор. Этот фактор участвует в формировании уязвимости к шизофрении (*diathesis*). Он – фактор риска и этот риск прямо пропорционален степени родства и количеству заболевших в роду. Разные авторы приводят разные проценты этого риска, поскольку материалы исследований не были достаточно унифицированы по формам и типам течения шизофренического процесса.

Однако всеми без исключения исследователями отмечено, что наибольший риск заболеваемости у детей, оба родителя которых страдают шизофренией, особенно, если ребенок родился от беременности во время психотического состояния матери¹. Этот риск несколько меньше для братьев и сестер – около 10% при наличии одного больного sibлинга,

¹ Американскими психиатрами Rosenthal D. et al. в 1977г. был описан случай рождения 4-х однойцовых близнецов от беременности матери, находившейся в остром психотическом состоянии. Через 18 лет у всех из них в одно и то же время развилась острая шизофрения с аналогичной клинической картиной.

если он не однояйцовый близнец; если однояйцовый близнец, тогда риск повышается более чем в 4 раза.

Отмечено, что конкордантность тем выше, чем выше острота проявлений болезни. В пользу генетической гипотезы говорят и такие факты как патоморфоз шизофрении в виде большей частоты встречаемости более мягких ее форм в результате снижения концентрации патологического гена в популяции вследствие социальных сдвигов и в противоположность этому – факты концентрации наиболее тяжелых клинических вариантов шизофрении в социальных изолятах (подробнее об этом в главе о сопряженности шизофрении с социальными факторами).

Следует подчеркнуть, что наследственный фактор всего лишь фактор риска, а не фатальной обреченности. Случаи, когда больны оба родителя, сиблинги и другие кровные родственники пробанда, а пробанд умер в глубокой старости, не имея всю жизнь проблем с психическим здоровьем, достаточно хорошо известны.

Таким образом, генетический фактор, безусловно, участвует в формировании уязвимости к шизофрении, но процент конкордантности при этом ни у одного из исследователей не приближался к уровню 100%, позволяющего считать наследственную передачу необходимым и достаточным этиологическим фактором.

Важен также и следующий ряд фактов, свидетельствующий о том, что шизофренический диатез может сформироваться как генетическая предрасположенность и при отсутствии клинически верифицированной шизофрении среди родственников.

К ним относятся случаи, когда у родителей больного и у его сиблингов нет клинически однозначных проявлений шизофрении, и они считаются психически здоровыми, вместе с тем у них все же обнаруживаются те или иные аномалии личностно-характерологических свойств, которые временами проявлялись в затруднениях гладкого ин-терперсонального общения и критического понимания смыслов сложных ситуаций. Иногда, если удастся более подробно изучать жизнь таких родственников, то у них все больше выявляются элементы шизофренического спектра. Отсюда в обиход вошли понятия «мать шизофреника», «отец шизофреника», «брат (сестра) шизофреника».

Формированию уязвимости к шизофрении может способствовать больший по сравнению с населением процент перинатальных осложне-

ний у больных. Сюда же относится тенденция к более частой рождаемости больных в зимние месяцы, когда вирусы являются более активными. Имеются данные о том, что среди людей, перенесших голод в детстве, достоверно выше заболеваемость шизофренией.

В этот же ряд можно поставить факты о роли наследственной отягощенности хроническим алкоголизмом и другой патологией у родителей.

Разнородность приведенных данных о наследственных корреляциях шизофрении вызывает предположение об этиологической гетерогенности заболевания, о том, что наследуется лишь диатез.

В последнее время это предположение о том, что шизофрения относится к мультифакторным полигенным заболеваниям, все более утверждается, в связи с чем большие надежды возлагаются на молекулярно-генетические исследования. Современные изыскания направлены на обнаружение гена или генов, ответственных за психическую патологию. Есть, однако, мнение, что нет оснований говорить о существовании определенного «главного» гена шизофрении, что должен быть поиск геномов, отвечающих за всю композицию психопатологических и биохимических расстройств у больных шизофренией и их родственников, но это поиск будет очень сложным.

За более чем 50-летнее отслеживание автором мировой литературы относительно этиопатогенеза шизофрении можно было встретить интересные гипотезы, которые становились сенсациями. Однако проходило время и ажиотаж вокруг этих сенсаций сглаживался. Так, в настоящее время существуют гипотезы, согласно которым у больных наблюдается аутоинтоксикация, какой-то токсикоз (о последнем свидетельствуют эксперимент с перекрестным переливанием крови между больным в остром психозе и психически здоровым добровольцем, когда у последнего начинало развиваться психотическое состояние, а у больного – ее послабление). Вместе с тем, неясно, как эти аномальные биологические субстанции (Х-токсины) причастны к специфическим механизмам патогенеза болезни. Являются ли они первичными элементами биологических нарушений при шизофрении или этот «токсикоз» возникает вследствие нарушения центральных механизмов регуляции метаболизма (то есть они вторичны по отношению к основному звену в патогенезе болезни).

Более того, а может быть этот X-токсин образуется вообще не в головном мозге. Допустимо, что у больных нарушены функции печени или почки, которые не нейтрализуют и не выводят этот X-токсин, что происходит в норме? А может этот токсин сопровождает на своем биологическом уровне первичные расстройства психической сферы, как это бывает при истинных реактивных психозах, когда психогенная причина психического расстройства очевидна, а биологические нарушения вторичны по последовательности развития патологии. Словом, вопросов возникает все больше, а очевидное становится все менее вероятным. Кроме того, некоторые из обнаруженных аномальных метаболитов выявляются и у родственников больных, что позволяет думать о наследственной передаче этой биопатологии, что соответствует наследственной передаче собственно шизофренического диатеза.

Поскольку книга посвящена другим проблемам, то пример с гипотезой аутоинтоксикации приведен, во-первых, как типичный для нейроморфологических, нейрофизиологических, нейрохимических (в том числе, концепции гиперактивности допаминовых систем) гипотез с целью показать, что, как сложно, а то и невозможно, определить причинно-следственные отношения и уйти от вечного вопроса, что сначала курица или яйцо. Во-вторых, еще раз показать, что шизофрения принципиально иное, чем органические и психогенные расстройства психики, и исследовательские инструментарии, применимые к последним, далеко не всегда подходят для шизофрении, в результате этого ни одна из проведенных с помощью этих инструментариев работ не дала необходимого и достаточного результата для понимания причин шизофрении. Без такого понимания реальная практика «лечения» больных шизофренией приводила к трагическим последствиям. Достаточно напомнить хотя бы о такой позорной странице в истории психиатрии как период применения лоботомии: автор метода за его открытие в 1949 г. получил Нобелевскую премию, а тысячи больных шизофренией, к которым он был применен, полностью потеряли остатки психического здоровья, их судьба была бесповоротно сломлена.

Одновременно с попытками раскрыть этиопатогенез в истории шизофрении можно проследить попытки понять ее сущность, границы и специфическую психопатологию. Разные национальные школы по-разному понимают шизофрению: русская школа ближе всего к немецкой,

французы резко сужают границы шизофрении, американская психиатрия отличается атеоретичностью и эклектичностью, в ней родилось понятие шизофренические реакции. Разные психические состояния при одном и том же диагнозе шизофрении и разные взгляды, и акценты при анализе психического состояния неизменно порождали много споров, и некоторые мнения сводились к тому, что перед нами не одна болезнь, а группа болезней, имеющих общую основу. Вероятность этого трудно отрицать, о ней говорил еще E. Bleuler в 1911 г.

К категории специфических расстройств сменяющиеся поколения психиатров, по сути, относили одно и то же, но называли это своими обозначениями, например: Stransky в 1914 г. называл это «интрапсихической атаксией», Grule в 1922 г. «гипотонией сознания», Berze в 1929 г. ослаблением интенциональной сферы. Перечисление можно продолжить...

Закончить данную главу целесообразно ознакомлением с глубокими, не потерявшими к сегодняшнему дню полноценности размышлениями одного из самых авторитетных исследователей шизофрении Вирша (J. Wyrsh 1960), который при этом ссылался на своих коллег-современников. Он писал - оставим в стороне вопрос, является шизофрения болезнью или реакцией, единством или группой. Ведь если бы удалось доказать наличие единого или многообразного соматического субстрата или какого-либо закона наследственности, перед нами все же стоял бы неразрешенный вопрос, почему данная органическая аномалия именно и только здесь и нигде больше во всей области психиатрии не только приводит к явлениям «выпадения», распада и дефекта, но создает, кратко говоря, содержание и форму, т.е. нечто большее, чем невроз.

Будем поэтому говорить не о болезни «шизофрения», а о «шизофренном» как о виде поведения или образе действий, что широко принято с тех пор, как E. Bleuler изложил свои взгляды по этим вопросам. Речь идет, таким образом, о свойстве, о «шизофренном качестве» у нашего больного, а не о чем-то «физическом» подобии прогрессивного паралича.

Ссылаясь на K. Jaspers, J. Wyrsh продолжал: шизофренное есть не просто патологический процесс, но прежде всего «способ переживания, постижимый в психологическо-феноменологическом плане, целый мир своеобразного психического существования (Dasein), для

выражения отдельных моментов которого найдено много тонких понятий, но которое в своем целом не получило удовлетворительной характеристики».

Это шизофренное как качество, как способ переживания и реагирования (а не как болезнь) произвело огромное впечатление на художников-творцов экспрессионистского направления. Meugink в своем «Големе» стремился уловить в нем жуткую многозначность, Kafka видел в нем переживание собственной незащитности перед непонятной и неисповедимой силой, а уже несколько лет спустя Green истолковал его как изменение существования перед лицом вторгающегося безумия. Вообще говоря, утверждал J. Wyrusch, для тогдашнего экспрессионизма характерна эта примесь художественно приправленного «шизофренного» настроения, поддельность которого так высмеивает Jaspers .

Охватить явление в целом не удалось ни одному беллетристу, что не является упреком, поскольку задача художественной литературы состоит в описании становления, а не бытия (Dasein). Когда же речь идет о шизофренном – понимать ли его как способ переживания, реакции или существования – то имеются в виду не только жуткость, ужас и многозначность, но и формальный момент, которого нельзя уловить истолкованием содержания. Вот почему такое значение в плане «основных нарушений» имеет анализ существования («Daseinsanalyse») больных шизофренией, данный Binswanger. Отсюда и важность «порядков существования» («Daseinsordnungen») у Zutt, который обозначает их у больных шизофренией терминами «ослабление, убыль, утрата устойчивости, т.е. снятие границ, лишение защиты, подавление».

Мне самому, пишет J. Wyrusch, казалось прежде, что при интуитивном познании больной шизофренией представляется как бы «вышибленным» из окружающей среды. Десятилетием раньше Weitbrecht обратил внимание на то, что после безуспешного применения шоковой терапии наступает состояние, которое он описал как «бесцветный, бедный аффектами и импульсами синдром». Опытный врач знает, что подобные состояния наблюдаются и в условиях спонтанного развития болезни и что эта бедность стимулами довольно сильно отличается от слабости стимулов при диэнцефальных заболеваниях, поскольку при бедности стимулами шизофренный момент всегда налицо, хотя он и трудно поддается описанию. В чем он заключается? Одна моя больная, нахо-

дившаяся в таком состоянии, простая женщина, знакомая с психологическими тонкостями не по книгам, а из личного опыта, в ответ на вопрос, что с ней, ответила сразу и просто: «Нет у меня душевной свободы». Другая же больная, студентка, у которой возникли бредовые переживания, сказала: «Я сама себе стала чужой».

Мне кажется, продолжает J. Wyrusch, что такие и им подобные высказывания больных вводят в самую суть вопроса. Здоровый, душевно свободный человек живет в мире своих восприятий, которые он может усвоить или пропустить мимо, у него есть свои мысли, которые он удерживает или вытесняет, свои чувства, которые он выражает или таит в себе. Это дает ему понимание как того, что творится в окружающем его мире, так и самого себя. Для больного шизофренией, который уже не свободен, но все же стремится к пониманию, все доселе непонятное должно стать предметным в бредовом восприятии, в громком звучании своих мыслей (Gedankenlautwerden), в задержке мышления, в мысленном воздействии и т.д. Таковы, по K. Schneider, симптомы первого ранга, которые не следует смешивать с первичными симптомами E. Bleuler. Отсюда понятно, почему в высказываниях больных шизофренией нет «смысловой законности». Нужно при этом иметь в виду, что K. Schneider употребляет слово «смысл» в различных значениях и что высказывания больных шизофренией лишены смысла лишь в одном определенном значении этого слова. Нельзя, следовательно, сказать, что в них вообще ничего понять невозможно. Как показал в своей прекрасной работе Steck, смысл можно обнаружить даже в жестах и позах больных при кататонии.

В чем же все-таки состоит утрата душевной свободы, о которой говорила упомянутая больная? Во время второй мировой войны Schneider опубликовал объемистую книгу о шизофренных симптомосочетаниях. Это была, в сущности, теория, которая в силу своей странности и маловероятности вызвала к себе больше интереса, чем сочувствия. Тем не менее, в последующее время ее идеи нашли отклик у Arnold, по мнению которого «имеется специфическое шизофренное изменение процесса переживания», причем под этим процессом он понимает нечто «внесознательное» и видит в нем переход к клеточным процессам. Macalpine ищет шизофренное начало в «нарушенном отношении больного к самому себе, к своей душе и к своему телу», а Schultz-Hencke – в «утрате

объекта, интенциональном расстройстве и в распространении этого расстройства». Vinswanger также считает центральным моментом «утраты объекта» в смысле расстройства переживания и **Я**. Hafner и Winkler говорят об анорезе **Я**, т.е. отходе **Я** от определенных содержаний сознания, отягощенных чувством вины и невыносимыми импульсами. Наконец, Н. Еу усматривает шизофрению в «деструктуризации сознания» – и это, по-видимому, самое существенное – приводит к переориентировке в мире, который утратил свою понятность. Еще яснее говорит он об этом в отчетах бонневальских заседаний: «шизофренный процесс есть продолжение шизофреника вглубь самого себя; это в одно и то же время и неспособность открыть себя миру реальности, и сосуществования с ним, и непреодолимая потребность предаться тому процессу распада, каким является мир воображения. Шизофренный процесс и есть это движение упадка. Шизофренный психоз есть история этого движения».

J. Wursch делает важное обобщение: все эти немногие мнения на первый взгляд кажутся весьма различными, а между тем в них есть нечто общее. Не одно из них не может прийти к чисто медицинскому понятию болезни, которое еще может быть применено к органическим психозам. В то же время ни одно из них не допускает, чтобы то расстройство, которое считается здесь основным, могло быть психогенетически выведено: упомянутые выше психоаналитики и не пытаются делать это.

Таким образом, по общему мнению, понятие шизофрении не может быть подменено никаким другим. J. Wursch считает также, что все приведенные мнения – каждое по своему – ведут в одном и том же направлении: к личности. Ведь понятия переживания, интенции, отношения к духу и телу, к **Я**, сознание – все это направлено в сторону личности, не психических способностей и деяний, а именно личности, которая приводит в действие эти способности и осуществляет эти деяния. Мир не противостоит личности, а личность причастна к своему миру. Это приводит нас к тому нарушению, которое и дало шизофрении ее название, т.е. к расщеплению личности.

Тот факт, что это расщепление не имеет ничего общего с деперсонализацией (как все еще многие продолжают утверждать), известен нам с тех пор, как это доказали von Gebattel, Weber, а недавно и J. Meyer. Об

этом говорил А. Kronfeld уже в своих «Перспективах психиатрии» (1930): «Основное шизофренное расстройство есть единственно и в специфическом смысле расстройство самого **Я**».

Клинически в шизофрении можно, несомненно, разграничить острые эпизоды или, по крайней мере, кратковременные состояния, отмеченные признаком процесса, и длительные расстройства, во время которых болезнь развивается медленно. Несколько десятилетий тому назад Berze удачно обозначил эти формы как «активную» и «неактивную», но эти термины не прижились. Вторую из этих форм Lopez-Ibor предложил на Цюрихском съезде в 1957г. назвать «схизоз».

Однако шизофреническими являются и процессы, и состояния, причем они часто следуют друг за другом у одного и того же больного, а потому они связаны друг с другом подобно острому и хроническому отравлению (это лишь наглядное сравнение, которое совсем не означает, что шизофрения есть вид отравления). В неактивном шизофренном состоянии личность больного изменена. Как говорил еще E. Bleuler, больной стал окончательно другим по сравнению с тем, каким он был в момент начала острого процесса и по его окончании. Если начать исследование не с соматических признаков, не с психических «симптомов», а непосредственно с изменения и преобразования личности, то это увело бы прочь от привычно традиционного понятия болезни и привело бы к «пограничному состоянию психической болезни», к «чистому психозу», по выражению Muller-Suur. Это, пожалуй, заключает J. Wursch, освободило бы нас от преждевременных дискуссий относительно того, является ли шизофрения единым заболеванием или группой болезней.

Итак, исторический путь поиска сущности шизофрении привел к тому, что «основное шизофренное расстройство есть единственно и в специфическом смысле расстройство самого **Я** – расщепление личности». Это исторически сложившееся понимание сущности шизофрении является основополагающим для ее современного понимания. Несмотря на то, что само понятие личность остается в психиатрии (и в психологии) весьма расплывчатым, психиатры еще XIX века (Griesinger W., Корсаков С.С. и др.) видели в тех болезнях, которые вошли в современные рамки шизофрении, именно расстройство личности.

Чтобы говорить об нозологически самостоятельной форме, необходимо обосновать системное единство этиопатогенетических факторов и

клинических (феноменология, течение, исход) закономерностей. До сих пор в отношении шизофрении этого нет. Конечно, общая патология знает, что разные этиологические факторы могут приводить к сходным клиническим картинам, а единый этиологический фактор может формировать разные клинические картины. Вместе с тем, эти общие положения не позволяют говорить о какой-то определенности в отношении шизофрении. Есть более или менее общие исторически сложившиеся предпосылки к выделению этого особого психического расстройства, но целостного представления нет – пока нет того, что можно считать единственно необходимым и достаточным для понимания сущности шизофрении, если упускать из суждений о ней сам феномен «схизиса», обусловленный различными проявлениями ксенопатии.

1.2. Схемы и стандарты диагностики шизофрении

Как уже отмечалось в предыдущей главе, с первого года выделения шизофрении в качестве самостоятельной нозологической единицы начались дискуссии о ее границах, поиски психопатологической сущности, определения наиболее характерных клинических проявлений, тенденций течения и прогноза, интерпретаций типологических форм и т.д. Мы уже говорили о том, что М. Bleuler (1957) на Втором международном конгрессе в Цюрихе образно заметил, что два психиатра разных стран и школ, говоря о шизофрении, понимают друг друга не более, чем если бы они беседовали на разных языках. С тех пор положение в отношении единства в понимании шизофрении, несмотря на усиленную работу в этом направлении, продолжает оставаться актуальным.

Нельзя полностью не согласиться с E.F. Gaurdon и J.K. Dickson (1966), утверждавших, что процесс обследования психически больного и формирования заключения зачастую больше похожи на искусство, чем на науку. Н.С. Rümke (1966) считает, что выявлению психопатологических симптомов у больных способствует развитое у диагноста «чувство шизофрении» – действительно восприятие больного всегда субъективно. Например, своеобразие мимики пациента одним диагностом расценивается как парамимия, а другим - вполне адекватным. Исходное восприятие («искусство») в подобных случаях определяет квалификацию симптомов, которые уже в дальнейшем включаются в систему пси-

хопатологического анализа, определяя его диагностическое направление. Такое искусство не может быть приобретено никаким другим путем, кроме как непосредственное участие в клиническом обследовании пациента под руководством опытного психопатолога.

Подобное разное «видение» больных с особой отчетливостью выявилось на проводящихся, начиная с 1966 г., диагностических семинарах. На первом из них, состоявшемся в Москве и посвященном вопросам обоснования и дифференциальной диагностики шизофрении, было представлено для диагностической дискуссии 10 специально отобранных Институтом психиатрии АМН СССР больных. Представители московской психиатрической школы во всех случаях обосновали диагноз шизофрении, тогда как другие (в основном представители ленинградской школы) ни в одном случае с этим диагнозом не согласились. Было замечено, что расхождения начинались уже на этапе восприятия статуса больного: одни находили в нем проявления определенной симптоматики, которую интерпретировали в плане шизофрении, другие этим же проявлениям давали психологическое, а то и бытовое объяснение. Автор непосредственно наблюдал за перипетиями этого семинара и убедился, что клиническая диагностика действительно подобна искусству: сначала надо чувствовать и видеть психопатологические проявления, а уже потом их квалифицировать и систематизировать. Когда те или иные проявления квалифицировались как определенные симптомы, дальнейший алгоритм построения диагноза уже не имел проблем, поскольку эта психопатология, находя место в диагностических схемах, укладывалась в формализованные для определенных нозологий синдромы.

Первые формализованные признаки шизофрении дал сам автор этого клинического понятия, E. Bleuler, выделявший облигатные и факультативные признаки. К первым, как отмечалось в историческом разделе, он отнес нарушение ассоциаций, аффективное уплощение, аутизм и амбивалентность, ко вторым - бред и галлюцинации.

Среди пояснений к этим признакам важным является комментарий E. Bleuler к понятию «аутистическое мышление»: оно создает новый, фантастический мир, который для больного шизофренией так же реален, как и «реально реальный». В некоторых случаях больной осознает, что относится к обоим мирам; в других случаях более реален аутистический мир, а реальный мир – это только видимость. При этом «чувство

реальности не отсутствует у шизофреника полностью, оно у него отсутствует только для определенных вещей, которые находятся в противоречии с его комплексами».

Говоря непосредственно о расстройствах мышления, E. Bleuler писал, что речь идет об искажении мышления, когда второстепенные и неуместные элементы общего понятия, подавляемые при нормальной психической деятельности, выходят на первый план и используются вместо элементов, соответствующих ситуации. Вследствие этого мысль становится расплывчатой, обтекаемой, неясной, и ее словесное выражение часто бывает непонятным, при этом у больного часто наблюдаются разрывы и вставки в течение мыслей и может возникнуть убеждение, что внешние силы похищают у него мысли.

Большой вклад в формализацию диагностических признаков шизофрении внес Kurt Schneider (1887—1967). Он перечислил основные формы психотических симптомов, которые, по его мнению, отличают шизофрению от других психотических расстройств. Эти признаки вошли в психиатрический лексикон как так называемые «симптомы первого ранга», или «Шнайдеровские симптомы первого ранга». Они включают:

- бред воздействия со стороны внешних сил;
- ощущение будто мысли воруются кем-то из головы либо вкладываются в неё;
- «звучание собственных мыслей»: ощущение того, что содержание мыслей становится доступно другим людям;
- голоса, комментирующие мысли и поступки человека либо разговаривающие между собой.

Важно замечание K. Schneider о том, что некоторые из симптомов первого ранга можно понять, прибегнув к представлению об утрате границ **Я**, а именно проницаемости барьера между **Я** и окружающим миром; сюда относится чувство физического воздействия, кражи собственных мыслей, а также расплывающееся мышление и «все то, что «сфабриковано» из области чувств, импульсов и воли». Это феномен, когда больной воспринимает то, что он ощущает, как исходящее не от него самого, не от его внутреннего существа, а навязывается другими, был определен как «**ксенопатия**».

Существующие галлюцинации, не имеющие ксенопатического характера, K. Schneider рассматривал, как симптомы второго ранга, что,

тем не менее, также важно для диагностики (и в целом соответствуют факультативным признакам шизофрении по E. Bleuler, 1911).

Симптомы шизофрении часто разделяют на позитивные (продуктивные) и негативные (дефицитарные) – понятия, введенные Monro. К позитивным относят бред, слуховые галлюцинации и расстройства мышления — всё это проявления, обычно свидетельствующие о наличии психотического состояния. В свою очередь, об утрате или отсутствии нормальных черт характера и способностей человека говорят негативные симптомы: снижение яркости переживаемых эмоций и эмоциональных реакций (плоский либо уплощенный аффект), бедность речи (алогия), неспособность получать удовольствие (ангедония), потеря мотивации. Недавние исследования, однако, говорят о том, что, несмотря на внешнюю потерю аффекта, больные шизофренией часто способны к эмоциональным переживаниям на нормальном или даже повышенном уровне¹, в особенности при стрессовых или негативных событиях. Часто выделяют третью группу симптомов, так называемый синдром дезорганизации, включающий в себя хаотическую речь, хаотическое мышление и поведение.

К настоящему времени в диагностике шизофрении наиболее широкое использование получили две формализованные системы признаков (в целом предназначенных для статистической отчетности, а не для индивидуализированной диагностики): Справочник по диагностике и статистике психических расстройств (DSM-IV-TR), публикуемый Амери-

¹ Автор имел возможность лично в этом убедиться во время бесед с больными-инвалидами в Калязинском интернате для психохроников, при этом у ряда больных шизофренией можно было видеть адекватные эмоциональные переживания при расспросах о родственниках, об их собственной судьбе.

Профессиональный психолог, жена пациента П. из моего второго урока, говорила о нем, что более «эмоционально красивого и теплого человека» она не может себе представить. П. заболел 18-ти лет, никаких психотропных препаратов кроме аминазина не признавал и лечился им более 25 лет. За время болезни он окончил физико-математический факультет пединститута, из-за инвалидности по шизофрении к преподавательской работе допущен не был, но вел в школе шахматную секцию, занимался теорией шахмат и был чемпионом мира по шахматной композиции. К сказанному можно добавить факты тонкой эмоциональности у ряда деятелей культуры, имеющих диагноз шизофрении.

канской Психиатрической Ассоциацией, и Международная классификация болезней, созданная Всемирной Организацией Здравоохранения (ICD-10/МКБ-10). МКБ обычно используется в Европейских странах, в том числе в России, а DSM — в США и других странах мира, а также в ходе большинства исследований. Критерии МКБ придают больший вес шнайдерманским симптомам первого ранга, но на практике обе системы во многом совпадают. Кроме того ВОЗ разработала инструментарий SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, Системы Клинического Анализа в Нейропсихиатрии), который можно использовать в диагностике ряда психиатрических состояний, в том числе и шизофрении.

Для диагностирования шизофрении по МКБ 10 (рубрика F-20) должен выявляться хотя бы один из следующих признаков:

(А) Эхо мыслей (звучание собственных мыслей), вкладывание или отнятие мыслей, передача мыслей на расстояние.

(В) Бред овладения, воздействия, бездействия, относящийся ко всему телу (или конечностям), мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие.

(С) Галлюцинаторные голоса, комментирующие или обсуждающие поведение больного; другие типы «голосов», идущих из различных частей тела.

(D) Устойчивые бредовые идеи, которые неадекватны для данной социальной культуры, нелепы и грандиозны по содержанию.

Или хотя бы два из следующих признаков:

(Е) Хронические (более месяца) галлюцинации с бредом, но без выраженного аффекта.

(F) Неологизмы, шперрунги, разорванность речи.

(G) Кататонические состояния, такие как возбуждение, застывание или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор.

(H) Выраженные негативные симптомы: апатия, бедность или неадекватность эмоциональных реакций, социальная отгороженность, социальная непродуктивность, которые не обусловлены депрессией или лечением нейролептиками.

(I) Достоверные и выраженные изменения общего качества поведения, проявляющиеся: потерей интересов, бесцельностью, погруженностью в собственные переживания, аутизмом.

При развитии симптомов шизофрении вместе с выраженными симптомами других расстройств (аффективными, эпилептическими, при других болезнях мозга, при интоксикации лекарствами и психоактивными веществами) диагноз шизофрении не выставляется, и применяются соответствующие диагностические категории и коды.

В настоящее время подготавливается одиннадцатая версия МКБ.

Согласно DSM, диагноз шизофрении имеет следующие критерии:

(А) Характерные симптомы:

– два или более из нижеперечисленных, каждый в наличии на протяжении большей части месячного промежутка (или менее, если лечение прервало симптомы) бредовые идеи¹;

- галлюцинации;

- дезорганизованная речь (например, частые соскальзывания или непоследовательность);

- абстрактное содержание речи;

- сильно дезорганизованное (напр., неподобающий выбор одежды, частый плач) или кататоническое поведение;

- негативные симптомы, в том числе плоскость аффекта (отсутствие или снижение яркости эмоциональных реакций), алогия (молчание или обеднение речи) или аволиция (сниженная или отсутствующая мотивация).

Примечание: Если бредовые идеи нелепо фантастические, а галлюцинации представляют собой один голос, комментирующий текущие действия пациента, или двое и более беседующих друг с другом голосов, то достаточно наличия лишь одного этого симптома из всего вышеперечисленного. Критерий дезорганизации речи достаточен лишь тогда, когда это радикально нарушает коммуникацию с пациентом.

(В) Социальная/профессиональная дисфункция: в течение существенной части времени с начала расстройства, уровень достижений в сфере работы, отношений между людьми или ухода за собой гораздо ниже, чем до заболевания, а если заболевание началось в детстве — неспо-

¹ Напомню: сам E. Bleuler считал бредовые идеи и галлюцинации факультативными признаками шизофрении. Важно и то, что G. Clerambault считал бред вторичным, как бы исходящим от первично возникшего ощущения «сделанности» — ксенопатии.

способность достичь ожидаемого уровня в области отношений между людьми, работы или учёбы.

(С) Длительность: симптомы длятся, по крайней мере, полгода. Из этого полугодия, по крайней мере, в течение одного месяца симптомы удовлетворяют критерию (А) (активная фаза), а в остальное время (остаточная и продромальная фаза), есть негативные симптомы или же, по крайней мере, два из симптомов критерия (А) сохраняются в стёртой, ослабленной форме (например, странные убеждения или необычный чувственный опыт).

(D) Исключаются шизоаффективное расстройство и маниакально-депрессивный психоз. Или фазы депрессивных, маниакальных или смешанных эпизодов нет в течение активной, или их продолжительность мала по сравнению с общей продолжительностью активной и остаточной фазы.

(Е) Причина не в приёме наркотиков или лекарств и не в какой-то непсихической болезни.

(F) Если больной страдал аутизмом или другими отклонениями в развитии, для диагностики шизофрении необходимо, чтобы выраженный бред или галлюцинации продолжались по крайней мере месяц (или меньше в случае успешного лечения).

Исторически с описанных Е. Краепелин форм раннего слабоумия в современных классификациях введены подразделения шизофрении на простую, кататоническую, гебефреническую (теперь — дезорганизованную), и параноидную:

- Параноидный тип: присутствуют бредовые идеи и галлюцинации, но нет расстройств мышления, дезорганизации поведения, и аффективного уплощения. (DSM – код 295.3/МКБ – код F20.0)

- Дезорганизованный тип: в МКБ назван «гебефренической шизофренией». Характерно сочетание расстройств мышления и уплощения аффекта (DSM – код 295.1/МКБ – код F20.1).

- Кататонический тип: бросающиеся в глаза психомоторные нарушения. Симптомы могут включать кататонический ступор и восковую гибкость (DSM – код 295.2/МКБ – код F20.2).

- Недифференцированный тип: присутствуют психотические симптомы, но не выполняются критерии параноидного, дезорганизованного или кататонического типа (DSM – код 295.9/МКБ – код F20.3).

- Остаточный тип: есть позитивные симптомы, но они слабо выражены (DSM – код 295.6/МКБ – код F20.5)

В МКБ выделены еще два подтипа:

- Постшизофреническая депрессия: депрессивный эпизод, возникающий после редукции шизофренической симптоматики, с возможным наличием некоторых симптомов шизофрении в ослабленной форме (МКБ – код F20.4).

- Простая шизофрения: развивающиеся исподволь негативные симптомы, постепенно принимающие тяжелую форму при отсутствии в анамнезе психотических эпизодов (МКБ – код F20.6).

Попытки современных классификаций создать полное единообразие в понимании шизофрении далеки до завершения, достигнутые соглашения весьма компромиссны и не исключают права отдельных школ на собственные толкования.

Одна из таких редакций диагностических критериев дана Н.И.Карпан и В.В.Садок (1998) в их последнем Руководстве “Клиническая психиатрия”:

А – снижение общего функционирования;

Б – патологическое изменение содержания мышления (бред, бедность содержания мышления и др.);

В – неологичность мышления (разорванность, неологизмы, скальзывания и обрывы мыслей, обстоятельность и др.);

Г – искажение восприятия;

Д – аффективные изменения (обеднение, притупление эмоций, лабильность, неадекватность, дурашливость и др.);

Е – нарушение самосознания (утрата границ своего Я, неспособность отличить внутренний мир от внешней реальности и др.);

Ж – волевые изменения (неадекватность, амбивалентность);

З – нарушения в сфере межличностных контактов;

И – изменения моторного поведения (аутизм, манерность, кататония и др.);

К – сохранность ориентировки во времени, пространстве и окружающих лицах, отсутствие выраженных нарушений памяти и конкретного мышления.

Подобные перечни формализованных диагностических критериев шизофрении далеко не охватывают клинический полиморфизм данного

психического расстройства. Это всё – схемы, а вместе с тем “качество врача, как подчеркивал выдающийся патолог XX в. И.В. Давыдовский (1969), в значительной степени определяется тем, в какой степени ему удалось освободиться от учебного схематизма и нозологического догматизма с закругленными картинами болезни, с унифицированными приемами в диагностике и лечении».

В диагностике шизофрении остается весьма формальной дифференциация острых и транзиторных психотических расстройств (F23) от шизофрении (F20-). Учитывая, что знания о шизофрении и об этих расстройствах в настоящее время недостаточны, в МКБ-10 было решено определить 1-месячный период в качестве “переходной точки” между острыми расстройствами, при которых шизофренические симптомы лишь один из признаков, с одной стороны, и самой шизофренией, с другой. Является существенным, что МКБ-10 считает “целесообразным избегать каких-либо предположений о непременно хроническом характере шизофрении и рассматривать этот термин как описательный, соответствующий синдрому с разнообразными причинами (многие из которых до сих пор неизвестны) и с разнообразием исходов, зависящих от соотношения генетических, физических, социальных и культуральных воздействующих факторов”.

Для больных с психотическими, но нешизофреническими симптомами, которые сохраняются более одного месяца, МКБ-10 не рекомендует изменять диагноз пока продолжительность состояния не достигнет срока трех месяцев. Если бред является наиболее яркой или единственной клинической характеристикой, присутствует не менее 3-х месяцев и носит личностный, а не субкультуральный характер, то это дает основание для диагностирования бредового расстройства (F22.0). Вопрос о том, какую продолжительность следует определить в качестве обязательной для диагностики хронического бредового расстройства (F22-) остается дискуссионным, и 3-месячный срок был определен “как наименее неудовлетворительный”. Согласно МКБ-10, хронические бредовые расстройства являются гетерогенной группой, имеющей неопределенную связь с шизофренией. Однако относительная важность генетических факторов, личностных характеристик и жизненных обстоятельств в происхождении хронических бредовых расстройств еще не достоверна и весьма разнообразна. Вместе с тем МКБ-10 рекомендует коды

рубрики 22 использовать в качестве второго кода для уточнения синдромальной характеристики шизофрении. Например: параноидная форма шизофрении с непрерывным течением с хроническим бредовым психозом кодируется двумя кодами “F20.00x; F22.0x”; или параноидная форма шизофрении с непрерывным течением с хроническим бредовым психозом с преобладанием галлюцинаторных расстройств кодируется как “F20.00x; F22.8”.

Как отмечалось, при всех попытках выделить основное “шизофреническое расстройство” и систематизировать его многообразные клинические варианты, психиатры ещё далеки от полного взаимопонимания. Более того, не потерял актуальности вопрос об особой сущности шизофрении, отличающей ее от других (органической и психогенной природы) психических расстройств.

Томас Сас, американский профессор психиатрии, считает, что «шизофрении дано столь расплывчатое определение, что, в действительности, этот термин часто применяется почти к любому виду поведения, которое не нравится окружающим». С этим трудно согласиться, но вся история понимания шизофрении позволяет говорить о круговороте нерешенных проблем.

1.3. Шизофрения – круговорот нерешенных проблем

Критериями образования в медицине самостоятельных нозологических форм должны являться общность этиологии, дискретности симптоматики, типичные течение и исход. Казалось бы, именно в соответствии с ними Е. Краерелін в основу первой в психиатрии нозологической формы *Dementia praecox* и положил эти критерии, которые в дальнейшем стали относиться и к понятию шизофрении.

Проблемы этиопатогенеза. Как было представлено в главе «Некоторые исторические предпосылки современных проблем шизофрении», видение Е. Краерелін общности этиологии в гипотетическом существовании каких-то сексуальных субстанций, которые, накопившись в организме, «бросаются в головной мозг, вызывая *Dementia praecox*», весьма одиозно и получило достойную критику. Все дальнейшие многочисленные попытки решить нозологическую проблему на основе общности этиопатогенеза продолжают оставаться гипотетическими. Ни одна из

них не удовлетворяет требованиям необходимости и достаточности. Претендентов на Нобелевскую премию за «раскрытие тайны шизофрении», о которой говорилось на II Международном конгрессе в Цюрихе (1957), пока нет (единственная Нобелевская премия, присужденная за «открытие причины» шизофрении и ее «лечение» методом лоботомии – позорная страница в истории психиатрии). За прошедшее столетие не наметилось даже научных позиций, с которых бы открывалась перспектива пути к этой премии. Видимо причина в том, что шизофрения не может быть понята как чисто медицинское, болезненное образование ни с биологических, ни с психогенетических позиций (Wyrsh J., 1960) и в этом особая сущность шизофрении.

Великий психиатр С.С. Корсаков (1901) отмечал, что «в высшей степени важные и глубокие» вопросы, относящиеся к психике (в частности, «о психической энергии, которая совсем иного порядка, чем физическая»), к сожалению, многими решаются «крайне поверхностно под влиянием тех или других случайных явлений, одностороннего направления внимания или приобретающего непреодолимую силу привычки навязанного мирозерцания». В своих рассуждениях С.С. Корсаков допускал, что эта «энергия совсем иного порядка» и для решения «в высшей степени важных и глубоких» вопросов, относящиеся к психике, недостаточно современного положительного знания, и поэтому «нельзя пренебрегать, как совершенно ненужным хламом» то, что говорят, так называемые, метафизики только потому «что эта область умственных исследований носит такое дразнящее название».

В этом плане автор позволяет себе развить это положение С.С. Корсакова, предложив следующие гипотетические предположения о патогенетической сущности шизофрении.

Человек как социально-биологическое единство характеризуется четкой дискретностью своего душевного (психологического) и духовного мира, а также биологической (генетической) сущности – он абсолютная индивидуальность. Данная конкретная сущность единственная в разнообразии человеческих особей не имеет аналогов и вновь не воспроизводима. Самоосознание собственного **Я**, идентификация мира индивидуальных воспоминаний и актуальных переживаний только со своим **Я** при психическом здоровье подсознательны. Границы своего **Я**, своего духовного мира осознаются закрытыми для внешнего мира:

без собственного волеизъявления информация внутреннего мира не выпускается во внешний, и внешний информационный мир не доступен в мир **Я**, минуя контроль самосознания. Феномен «схизиса» можно представить как результат ослабления, утраты жесткости границы, определяющей дискретность психологической индивидуальности.

К. Schneider, обобщив представления о шизофрении ведущих психиатров своего времени, прямо говорил об утрате границ **Я**, о проницаемости барьера между **Я** и окружающим миром. Он полагал, что некоторые из выделенных им симптомов первого ранга можно понять, прибегнув к этим представлениям об утрате границ **Я**, *проницаемости барьера между Я и окружающим миром*; сюда относятся ощущения физического воздействия, кражи мыслей и расплывающееся мышление и «все то, что «сфабриковано» из области чувств, импульсов и воли». Именно этот феномен, когда больной воспринимает то, что он ощущает, как исходящее не от него самого, не от его внутреннего существа, и он не может этому сопротивляться, К. Schneider назвал *ксенопатией*. Об этом собственно впервые писал В.Х. Кандинский и много позже и независимо от него Gaetan de Clerambault.

В результате слабости барьера, сохраняющего индивидуальность **Я**, энергия внешнего воздействия – энергия «совсем иного порядка, чем физическая», о которой писал С.С. Корсаков, проникает в **Я**. Эта энергия на «нольматериальных носителях» (Юзвшин И.И., 2000) несет собственную «детерминирующую» информацию, представляя феномен ксенопатии. Она блокирует, извращает или только ослабляет свободу (самоуправление) психической деятельности, она нарушает самосознание, адекватность понимания смыслов роли и позиции **Я** во внешнем мире и сам этот мир. Как и все другие нарушения психической деятельности ксенопатия может быть отчетливо выраженной и чувственно переживаться больным, но она может быть и подсознательной, что все равно проецируется на психические процессы, на самосознание и исходящие из нее мотивации действий. Более того, эти энергии могут, минуя самосознание, обуславливать чуждые индивиду двигательные акты, снижать витальный тонус и изменять аффективный статус.

Все более углубленные инструментальные исследования шизофрении (биохимические, молекулярно-генетические, а скорее всего – принципиально новые) могут выйти на определение причинных факторов,

которые ослабляют физиологическую защиту от воздействия этих внешних «энергий», которыми наполнена Вселенная и на «нольматериальных носителях» несет управляющую информацию (Юзвизин И.И., 2000).

То, что называется шизофреническим диатезом, *pathos*'ом (наследственным или постнатально приобретенным) можно рассматривать именно как фактор, снижающий уровень физиологической защиты от проникновения в дискретный, индивидуальный мир личности внешней информации, наполняющей мировое пространство. В случаях стресса эта специфическая слабость усугубляется, что обуславливает легкость проницаемости на «нольматериальных носителях», внешнего информационного воздействия, проекция которого на психологическую сферу предопределяет психопатологию, в частности, феномен раздвоения личности и все то, что проявляется в 4-х «А» Е. Bleuler. Одновременно (и, скорее всего, в связи с этим) у больного возникает чувство открытости своего мозга: его мысли известны другим, в его голову вкладывают чужие мысли, им управляют, он теряет свое **Я** – только у больных шизофренией наблюдаются такие ощущения¹. Кроме того само ощущение вмешательства во внутренний мир какой-то внешней силы (энергии и т.п.) является психотравмирующим, что вносит свои особенности в структуру клинической картины. Субъективное объяснение больными этого ощущения, формирование его фабулы зависит от их культуральных и когнитивных особенностей.

Можно предположить, что так называемое магическое мышление, «мистические озарения», тяготение к сверхъестественному, относимые к спектру шизотипических проявлений, также обусловлены предпосылкой лиц с эндогенно-генетическим диатезом к восприятию внешней информации «вселенского духа», о котором много писали Э. Кант, А. Шопенгауэр (и не только они!) [204]. Конечно, эти рассуждения автора лишь предполагают гипотетический спектр новых проблем в поиске ключа к раскрытию «тайны шизофрении».

В целом следует допустить, что любое биологическое отличие от нормативности, которое может быть обнаружено у больных ши-

¹ Автор имел возможность ознакомиться с набором специальных шапочек, изготовленных больной шизофренией, которые были сплетены из тонких металлических нитей и через провод с целью вывода «чужой энергии» заземлялись на обувь.

зофренией, всегда будет ставить вопрос о месте этого отличия в патокинетической цепочке – что это начало, середина или конец патологического процесса? И другое - если скорректировать это отклонение, то можно ли быть уверенным, что патокинетическая тенденция не найдет обходной путь?

Из общей медицины хорошо известно, что эмпирически подобранное медикаментозное средство, оказавшееся эффективным в отношении конкретного заболевания, помогало затем понять его этиологию и патогенез. В отношении шизофрении этого не происходит, поскольку, как показали фундаментальные метааналитические исследования (Hegarty J.D., Baldessarini R.J., Tohen M. et al., 1994), появление нейролептиков привело лишь к крайне незначительному улучшению прогноза этого заболевания, и ни один из нейролептиков не обладает избирательной специфичностью только для этого психоза.

Таким образом, можно констатировать, что пока нет этиопатогенетических маркеров, которые могли бы помочь нозологическому отграничению шизофрении, оставляя эту проблему нерешенной.

Вместе с тем нельзя отрицать фактор наследственной отягощенности. Особенно наглядно он проявляется в социальных изолятах, где практикуется имбридинг и накапливаются случаи тяжелых форм шизофрении. Но, как отмечалось выше, наследственная отягощенность – не фатальный фактор заболевания шизофренией, а лишь предрасположенность к ней, которая реализуется при неблагоприятном сочетании стрессовых обстоятельств – это, во-первых, а во-вторых, клинически выраженная шизофрения может возникнуть у пробанда, все известные родственники которого по восходящей и боковой линиям не имели признаков психопатологии. Однако из генетики известно, что наследственные заболевания могут проявляться через несколько поколений. По мнению И.В. Давыдовского (1969), наследственные болезни уходят своими корнями в глубокое прошлое. Он ставит вопрос об «истории болезни» в ее безличном понимании: почему и как возникли различные заболевания, в чем заключается общее и особенное в патологии и нозологии этих видов, какую роль при этом играют факторы эволюции, экологии, социологии? Эти и подобные вопросы остаются неразрешенными, в том числе и для шизофрении. Какое-то представление об «истории шизофрении» может дать то, что мы называем «археопсихиатрией» [204] –

изучение по древним источникам психических расстройств у лиц далекого прошлого (естественно, это относится только к религиозно-мистическим личностям).

Проблемность генетической дискретности шизофрении определяет возможность существования не только «главного», «единого» гена при этом заболевании, но и возможность существования нескольких генов, имеющих отношение к развитию шизофрении (Вартанян М.Е., Орловская Д.Д., 1999). При этом допускается два варианта: каждый из генов вносит частичный вклад в развитие заболевания или отдельные гены участвуют в развитии различных клинических вариантов болезни. В последнем случае это соответствовало бы представлениям о клинической гетерогенности шизофрении и существовании групп заболеваний, объединяемых понятием «шизофрения».

В контексте проблемы этиологии шизофрении можно упомянуть теории, рассматривающие шизофрению как этнический психоз, и относившие ее этиологию к культуральным факторам или к своеобразной семейной структуре. Существенные различия в инцидентности могли бы подтвердить правильность этих гипотез¹. Но результаты этих исследований не были такими, как это ожидалось.

Первое же исследование, которое использовало стандартные процедуры диагностической оценки, позволило установить, что в исследуемых культурах, хотя и очень различных, люди обнаруживали одинаковые расстройства, которые можно было назвать шизофренией. Первым крупным сюрпризом было то, что прогноз этих расстройств был более благоприятным в так называемых развивающихся странах, чем в промышленно развитых.

Это международное пилотное исследование шизофрении, предпринятое под эгидой Всемирной Организацией здравоохранения в 1966 г., заключалось в транскультуральном исследовании 1202 больных, проведенном в девяти очень различных странах: Китай/Тайвань, Колумбия,

¹ Инцидентность, или частота заболеваний (по-английски — «коэффициент инцидентности») — это совокупность взятых под наблюдение новых случаев заболевания, которые регистрируются в популяции в течение данного периода. Инцидентность выражается в форме количества вновь заболевших по отношению к общей численности данной популяции.

Дания, Италия, Нигерия, Соединенное Королевство (Великобритании и Северной Ирландии), Чехословакия, США и СССР. Затем в дальнейших исследованиях приняли участие и другие страны, общее количество которых составило 17 государств.

Руководил этими международными исследованиями Norman Sartorius, оно проводилось методом анкетирования. Анкетирование касалось людей, впервые в своей жизни обратившихся к психиатрическим службам, а в некоторых странах — к врачам, использующим религиозные обряды и так называемые традиционные методы лечения, и даже к религиозным группам, когда у обратившихся обнаруживались симптомы, указывающие на возможность наличия у них шизофренического психоза, диагностическими критериями которого являлись общепризнаваемые симптомы первого ранга Kurt Schneider.

Более 80% больных находилось под наблюдением повторно и обследовалось через два года, а затем через пять лет. В завершение анализа N. Sartorius сделал вывод о том, что «сходства преобладают над различиями», иначе говоря, что диагноз шизофрении ставится с одинаковой частотой в различных странах, развитых или неразвитых. При этом, если во всем мире (в разных регионах) отмечается одинаковое количество людей, страдающих шизофреническими психозами, то симптомы, на основании которых ставится диагноз, изменяются в определенной мере в зависимости от культуры. Таким образом, если культуральные факторы, по-видимому, не определяют болезнь, вопреки надеждам тех, кто думал найти здесь ее этиологию, если они не патогенны, то все же они патопластические, то есть, видоизменяющие формы ее выражения. Кроме того, культуральные факторы, оказывается, влияют на развитие болезни. По данным Н.В.М. Murphy (1978), «в большем числе не западных обществ шизофрения обычно менее хронизирована, чем в технически более развитых обществах», однако, по его мнению, ни одно из различных объяснений этого факта, предложенных на сегодняшний день, не является приемлемым.

Проблемы симптоматологической дискретности исходят из исключительной феноменологической полиморфности шизофрении. При ней психические расстройства могут быть выражены от состояний онейроидного расстройства сознания до проявлений легкой постпроцессуальной личностной акцентуации на уровне практического здоровья. В

зависимости от ряда почти неизвестных патогенетических условий только продуктивные синдромы шизофрении могут проявляться почти в 100 вариантах и при этом все основные синдромы в течении процесса могут возникать в различном виде (Снежневский А.В., 1969). В качестве примера далеко не полных вариаций А.В. Снежневский перечисляет: при астенических синдромах может преобладать и гиперестезия и адинамия; аффективные синдромы могут выражаться маниакальными и депрессивными расстройствами; депрессия, в свою очередь, может быть адинамической, ажитированной, тревожной, дисфорической, а маниакальное состояние дурашливым, типа “веселой”, экзальтированной, гневливой мании, гипоманиакальным с повышением влечений; неврозоподобные синдромы могут исчерпываться навязчивостями, деперсонализацией, сенестопатиями, ипохондрией, дисморφοфобией; паранойяльные расстройства в одних случаях выступают в форме сверхценного бреда, в других – систематизированного, в третьих – фрагментарного и, наконец, в виде бредового настроения (*Wahnstimmung*); галлюцинозы могут протекать то с преобладанием истинных вербальных галлюцинаций, то псевдогаллюцинаций; галлюцинаторно-параноидные синдромы возникают с преобладанием бреда или псевдогаллюцинаций, с неполным или полным развитием элементов синдрома Кандинского-Клерамбо; паранойяльные состояния в одних случаях фантастически-галлюцинаторные, в других – мегаломанические или фантастически-конфабуляторные; кататонические – то с преобладанием возбуждения, то негативизма, то ступора. При этом до сих пор продолжают описываться новые клинические нюансы этих состояний, хотя вряд ли они обусловлены чем-то иным, нежели конституциональными, организмическими, личностно-социальными особенностями пациента.

Еще большее разнообразие психопатологических проявлений можно наблюдать после выхода из острого состояния в рамках остаточной шизофрении, вариантов ремиссий и постпсихотических личностных изменений.

Критерий феноменологического отграничения шизофрении – неизменная составляющая круговорота проблем шизофрении. Она особенно наглядно выражается в подходах к «мягкой», вялотекущей – с одной стороны, и острой шизофрении – с другой. Попытки ограничения шизофрении тяжелыми крепелиновскими формами привели к образова-

нию шизотипического расстройства – по существу вялотекущей шизофрении под другим названием. О весьма формальной дифференциации шизофрении (F20-) от острых и транзиторных психотических расстройств (F23) мы уже говорили в предыдущей главе: «учитывая, что знания о шизофрении и об этих расстройствах в настоящее время недостаточны», авторы МКБ-10 решили определить месячный (а почему месячный? – какая атеоретичность!) период в качестве “переходной точки” между острыми расстройствами, при которых шизофренические симптомы лишь один из их признаков, с одной стороны, и самой шизофренией, с другой. А в целом МКБ-10 предлагает рассматривать «термин «шизофрения» как описательный, соответствующий синдрому с разнообразными причинами, многие из которых до сих пор неизвестны».

Все попытки, теоретические и прагматические, выделить шизофрению на основе психопатологии в отдельную нозологическую форму все менее удовлетворяет требованиям достаточной дифференцированности диагностической информации только для шизофрении. Современные классификации (и МКБ-10, и DSM-IV) в значительной мере отражают консенсус между представителями различных психиатрических школ, они атеоретичны, наряду с психопатологическими феноменами построены с формализованными параметрами длительности психических расстройств и количества психопатологических признаков без учета их сущностной значимости, хотя очевидно, что симптомы не равнозначны между собой по своей квалификационной ценности. Все перечни формализованных диагностических критериев шизофрении далеко не охватывают клинический полиморфизм данного расстройства. Они всего лишь схемы, а вместе с тем, как отмечалось, “качество врача в значительной степени определяется тем, в какой степени ему удалось освободиться от учебного схематизма и нозологического догматизма с закругленными картинками болезни, с унифицированными приемами в диагностике и лечении» (Давыдовский И.В., 1969). К сожалению, тенденция к стандартизации в диагностике и лечении приведет к нежелательному снижению упомянутого качества врача в его практической работе.

Следует добавить, что формализованные классификации учитывают в основном психотические проявления при шизофрении, хотя собственно психотический уровень расстройства показывает лишь тяжесть

психического поражения, а не его природу. Сама тяжесть заболевания во многом может определяться различными факторами, не имеющими отношения к проблеме нозологической самостоятельности. Вместе с тем психическое состояние у пациента, перенесшего в прошлом острый приступ шизофрении, например, гипертоксической, и у пациента с шизотическим расстройством может иметь много общего, свидетельствующего о каком-то глубинном родстве патологии. Возможно, это родство в феномене ксенопатии.

Феноменологические подходы к диагностированию шизофрении по-прежнему остаются проблемными. Ни выделенные E. Bleuler «патогномоничные симптомы» (так называемые четыре «А»), которые служили «профессиональным заклинанием нескольким поколениям психиатров, а оказались слишком аморфными и нечеткими (Попов Ю.В., Вид В.Д., 1997), ни критерии K. Schneider, показавшими свою недостаточную специфичность (они могут встречаться в структуре других психотических состояний, например, при мании, височной эпилепсии – Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р., 1997; Peralta V., Cuesta M.J., 1998¹), ни формализованное в ICD-10 и DSM-IV клинические критерии не избавляют от диагностических расхождений. Даже «клинически чистая» шизофрения нередко выявляется с опозданием в 10 и более лет от начала процесса, а факты неоднократных изменений диагноза у больных шизофренией более чем хорошо известны психиатрической практике.

Многочисленные попытки решить проблему путем сужения или расширения границ шизофрении к общему пониманию так и не привели. Расширение и сужение клинических границ, как своеобразный круговорот в решении нозологических проблем шизофрении, наблюдались на протяжении всей ее истории, оставив и эту проблему открытой. Вместе с тем интересен факт, что психиатры разных школ ставили диагноз шизофрении больным, у которых формально в клинической картине, казалось бы, не было ничего общего, но это психопатологическое раз-

¹ Катamnестические данные на ряд больных с феноменом ксенопатии, которые в некоторых диссертациях описывались как страдающие тем или иным экзогенным психозом, показали, что в дальнейшем им устанавливался диагноз шизофрении. Такой научный артефакт, несомненно, снижает диагностическую ценность этого феномена, негативно отражаясь на аргументах дифференциального диагноза.

личие оставляло какую-то сущностную эксклюзивность, которая не позволяла остановиться на ином диагнозе. Несомненно, это – специфический схизис. На фоне отмеченной «инфляции» феноменологических критериев нозологической обособленности шизофрении целенаправленный поиск этого схизиса во всех сферах психической деятельности и их констатация у пациента хотя бы в одной из них – единственная основа ее диагностирования вне зависимости от наличия других критериев. Однако здесь возникает проблема клинического мастерства диагноста, умение выявить и интерпретировать это фундаментальное расстройство.

Проблемы патокинеза и прогноза. Диагностический критерий течения и исхода отражен в самом названии *Dementia praecox*. Однако отмеченный феноменологический полиморфизм шизофрении сочетается с уникальным разнообразием вариантов ее дебюта, течения и исхода. Является существенным и то, что ICD-10 считает «целесообразным избегать каких-либо предположений о непременно хроническом характере шизофрении» и утверждает разнообразие исходов, зависящих от соотношения генетических, физических, социальных и культуральных воздействующих факторов.

Варианты непрерывных и злокачественных, приступообразно-прогредиентных, одноприступных (в том числе очень кратковременных) и с едва заметной процессуальностью («стационарных») форм течения и «неожиданные полные выздоровления» (Jung C.G., 1957, 1983) создают свою особую проблему в понимании патокинеза этого психического расстройства. Ее дополняют наблюдения лиц с многолетней психической нормативностью, с успешной социальной адаптацией, но с заметными только для опытного психиатра элементами «шизофренического спектра», у которых «вдруг» развиваются тяжелые психотические состояния со всеми формальными признаками шизофрении. Сложность понимания патокинеза представляют и описанные случаи «предсмертного выздоровления».

Следует добавить, что чем более совершенны методы исследования, тем менее тяжелым оказывается прогноз. Есть данные о том, что экзогенная (не важно, чем) спровоцированность процесса – признак более благоприятного прогноза (видимо, это свидетельство слабостной выраженности шизофренического pathos, когда для собственного начала процесса нужен более интенсивный стрессовый толчок). Неспрово-

цированное медленное начало – дает худший прогноз. Но все это лишь признаки вероятностного прогнозирования.

Крепелиновские представления о неизменно злокачественном течении с появлением серьезных научных катамнестических исследований (Bleuler M., 1972; Tsuang M., Woolson R., Fleming J., 1979; Huber G., Gross G., Schuttler R. et al, 1980) трансформировались. Строго научное катамнестическое изучение этого вопроса, проведенное L. Ciompi (1980) на стабильной популяции Швейцарии, показало континуум перехода числа случаев с неблагоприятным течением, на одном его конце, к случаям с полным выздоровлением – на другом. Сформировалось «свободное правило трети» (Kaplan H.I., Sadock B.J., 1996) – континуум от злокачественного течения до полного выздоровления. Первоначальные данные о преимущественно плохом прогнозе и эксклюзивности хорошего постепенно, но однозначно сменялись на противоположное: злокачественная шизофрения является редкостью, а варианты течения с исходом практического выздоровления – не исключением. А.С. Тиганов (1999), специально проанализировав проблему прогноза шизофрении по материалам публикаций разных стран, показал, что они «убедительно свидетельствуют о том, что нет оснований считать прогноз при шизофрении неблагоприятным в целом. Во многих наблюдениях отмечается практическое выздоровление и социальная реабилитация в отдаленном катамнезе». Нами наблюдался больной, который 30 лет находился в тяжелом психотическом состоянии и неожиданно (лечение уже было прекращено по соматическим противопоказаниям) вышел из него на уровень практического здоровья с последующей хорошей социальной адаптацией. На Международном психиатрическом конгрессе в Цюрихе K.G. Jung (1957) обращал внимание на факты, когда тот или иной человек, в течение многих лет страдавший шизофренией, вдруг становился «здоровым как никогда». Непрерывно-злокачественное течение – один и притом редкий вариант шизофрении. При этом стало определяться, что сама злокачественность может быть обусловлена привходящими причинами – конституцией больного, коморбидностью, реально неблагоприятным качеством жизни, социальной стигматизацией и др. Нозологический критерий злокачественного течения нивелируется и теми фактами, что такое течение может быть и при других психических расстройствах, например, при некоторых прогрессирующих неврозах, не-

редко приводящих к полной дезадаптации и инвалидизации пациента. Разнообразие форм течения шизофрении, их смена у конкретного больного, неожиданные выздоровления и также неожиданно возникающие психотические вспышки вновь возвращают нас к вопросу о патокинетических свойствах шизофрении, подтверждая круговорот нерешенных проблем.

«Инфляция» приведенных нозологических критериев шизофрении, безусловно, создает проблемы: ни один из них не может рассматриваться ни как необходимый, ни как достаточный аргумент диагноза этого психического расстройства, если не считать клинических проявлений ксенопатии [185, 192].

Вместе с тем, как подчеркивалось, шизофрения остается реальностью, и «основное шизофренное расстройство есть единственно и в специфическом смысле расстройство самого Я». Однако и вопрос об этом «основном расстройстве» при шизофрении, пожалуй, один из самых старых, в его круговороте за столетие сменилось много различных толкований.

1.4. Индивидуальные подходы к диагностике шизофрении

Выше мы отмечали факт того, что шизофрения нередко диагностируется с опозданием в 10 и более лет от начала процесса. Частота ошибочного диагностирования, например, психопатии у больных шизофренией более чем в 10 раз превышает ошибки обратного характера. Примером чрезвычайной сложности в отдельных случаях диагностики может быть наблюдавшаяся нами больная Ш., которой 32 раза меняли диагноз шизофрении на психопатию и, наоборот, при этом в ряде случаев в смене диагноза участвовали одни и те же психиатры. Это обусловливается рядом причин субъективного и объективного характера, главным же является отсутствие какого-либо достоверного маркера шизофрении на уровне несомненно объективных измерений. Вместе с тем, несмотря на все эти нерешенные проблемы, повседневная практика требует диагностической квалификации состояния наблюдаемого пациента.

Для психиатра-клинициста в диагностической работе важными должны быть два следующих наставления. Выдающийся психопатолог С.Н. Давиденков (1957) поставил принципиальный вопрос: что важнее

комплексный анализ, объединяющий статус с особенностями течения, или данные лабораторных методов, и со всей категоричностью ответил, что решающее значение имеют данные клинического изучения больных, и врач не должен переоценивать значение отдельных параклинических методов.

М. Bleuler (1957) констатировал, что клинический опыт, накопленный поколениями клиницистов, часто необоснованно отбрасывается и используется метод диагностических тестов, который односторонне, а иногда неправильно отражает состояние больных. Он говорил: простой и наиболее адекватный метод исследования – беседа с больным, проверка его взаимосвязей с другими людьми.

Естественно, что клинически самым сложным является установление дебюта заболевания, к этой проблеме мы позже вернемся, сейчас же отметим, что еще Е. Краепелин (1896), описывая раннее слабоумие пока как одну из форм «прогрессирующего слабоумия», уделял место случаям с незначительной выраженностью основных симптомов. Многие из этих больных, писал Е. Краепелин, «никогда не делают предметом лечения психиатра и даже вообще не относятся к болезненным случаям. Все изменение психической индивидуальности может совершаться столь незаметно и при столь неопределенных признаках, что окружающие считают эти болезненные проявления результатом неудачного воспитания, быть может, даже выражением недостатков в характере человека. Обыкновенно лишь мало-помалу выясняется, что умственная производительность больного резко уменьшается»¹. Если же при этом психоз остается в легкой степени, то заболевание чрезвычайно трудно отличить от «дурного характера, безнравственности, капризности, ложных жизненных воззрений», подтверждает современник Е. Краепелин’a W. Griesinger (1872). R. Masselon (1902) и С. Срог (1907), описывая варианты раннего слабоумия, при которых главным, «фасадным» проявлением психического заболевания длительное время предстает психопатоподобная симптоматика, предложили для этих случаев новый термин – *Formes frustes* («стертые формы»). К таким случаям, когда больные шизофренией считаются людьми аморальными, с причудливым ха-

¹ Русский перевод V издания руководства «Психиатрия». С. 111.

рактером, с которыми трудно сладить, Н. Hoffman (1921) полагал возможным применять словосочетание «психопатоподобный фасад».

В диагностике шизофрении можно выделить нейтральные, “настораживающие” (стимулирующие прицельный поиск более достоверных аргументов) и относительно определенные диагностические признаки, а также те обстоятельства, которые являются контраргументами диагноза шизофрении с точки зрения упомянутых ортодоксальных представлений о её неизменной злокачественности, приводящей к слабоумию (дефекту).

К числу *настораживающих* диагностических признаков в первую очередь следует отнести высокую степень наследственной отягощенности. Имеются математические доказательства повышения риска заболеть шизофренией при повышении количества больных этим психозом среди родственников. Однако наследственная отягощенность не является необходимым и достаточным диагностическим признаком шизофрении. Отсутствие данных о наследственной отягощенности диагностически нейтрально, но это отсутствие не всегда соответствует действительности: сами больные и их родственники (особенно, если они также страдают шизофренией) нередко скрывают факты наследственной отягощенности. Следует обращать внимание и на другие обстоятельства, которые могут свидетельствовать о формировании уязвимости к шизофрении: болезнь матери во время беременности краснухой, перинатальные осложнения, длительный тяжелый голод в детстве. В этот же ряд причин формирования уязвимости к шизофрении можно поставить наследственную отягощенность хроническим алкоголизмом и другой психической патологией, прежде всего у родителей.

Эта уязвимость формирует «шизофренный» *pathos* (шизофренический диатез) и предрасположение к стрессам (*stress-diathesis*), что является диагностически “настораживающим” признаком. Он становится более диагностически значимым, когда удастся установить нарастание психических изменений после стресса, к какой бы природе последний не относился: биологической, психосоциальной, экологической.

Следующим настораживающим признаком является шизоидное и в меньшей степени иные расстройства личности. Хотя шизоидное расстройство личности является в небольшом проценте случаев преморбидом шизофренического психоза (Fazel S., 2001; Evans C., 2007), не-

сомненно, диагностически существенным является усложнение, динамика имеющихся расстройств личности, когда этот *kinesis* в структуре *pathos* дает возможность предполагать *nosos*.

К числу несомненно настораживающих в плане риска развития процесса относятся те или иные отдельные признаки шизотипического расстройства, достаточно полно описанного в рубрике F21 МКБ-10. Когда в структуре этого расстройства у лиц, генетически связанных с больными шизофренией, начинается усложнение и нарастание симптомов шизофренического спектра, то это уже дает основание говорить о трансформации шизотипических расстройств в шизофренический процесс.

Естественно, только констатация одних нозологически нейтральных (нарушения поведения, инфантильность, астеничность и т.п.) и настораживающих признаков не дает основания для постановки диагноза эндогенного процесса. В то же время нередко эти симптомы на этапах последующей динамики становятся значимыми для постановки диагноза и, наоборот, казалось бы, внешне напоминающие шизофренические симптомы, особенно в пубертатном возрасте, в процессе естественного биологического созревания пробанда нивелируются и теряют свою диагностическую ценность.

Сложность четкой квалификации синдромов и определение их нозологической принадлежности в периоды возрастных кризов обуславливается тем, что дебют и начальные проявления эндогенного процесса наиболее часто приходится на указанные возрастные периоды, когда многие симптомы проявляются рудиментарно, отличаются большим разнообразием. В то же время в переходные фазы развития наблюдается ряд психических особенностей внешне напоминающих шизофренические симптомы – так называемый «подростковый симптомокомплекс».

В.А. Гурьева, В.Я. Гиндикин (2002) считают необходимым обращать внимание, в связи с постановкой вопроса о группе риска по шизофрении, не только на наследственную отягощенность, но и на преморбидные особенности пробанда. При этом значимыми для диагностики шизофрении они выделяют два типа преморбиды: 1) соматический – инфантильно-грацильная конституция, либо наличие нерезко выраженной органической стигматизации с соответствующими психовегетативными расстройствами и 2) личностный – это мозаичные, шизоидные личностные особенности и психастении.

К настоящему времени имеется большое количество работ отечественных и зарубежных психиатров, посвященных особенностям психической патологии детского и подросткового возрастов, из которых следует, что её дебют часто приходится на этот возраст, при этом многие симптомы проявляются рудиментарно, отсутствует очерченная продуктивная симптоматика. Наблюдается ряд психических особенностей, внешне напоминающих шизофренические симптомы, в то же время сочетание шизофренических симптомов с признаками нарушения физиологического развития затрудняет их распознавание. Согласно концепции Л.С. Выготского (1926), нарушения развития в детском и подростковом возрасте имеют свое клиническое выражение. Это тотальные или парциальные, временные или стойкие проявления дизонтогенеза (олигофрении, детский аутизм Каннера и Аспергера, инфантилизм, задержки, аномалии и асинхронии развития). Отграничение детской шизофрении с олигофреноподобным дефектом от олигофрении основывается на признаках более характерных для шизофренического спектра – отрывочная продуктивная симптоматика и признаки её прогрессивности, вычурность и нелепость поведения, аутизм, негативизм, эмоциональное оскудение.

Часто сочетающийся с инфантилизмом синдром фантазирования (существует точка зрения, согласно которой инфантилизм, сам по себе, может быть следствием шизофренического процесса, начавшегося соответственно в детском или подростково-юношеском возрасте) при эндогенном процессе теряет присущую непатологическому фантазированию произвольность, психологическую понятность стремления пробанда этим путем компенсировать присущие ему изначально те или иные личностные девиации вне рамок какой-либо нозологии. Таким образом, происходит «разлад» механизма инфантильной защиты с развитием в последующем классического для шизофрении стереотипа усложнения психопатологической симптоматики от лёгкого до более глубокого регистра – сверхценные построения, визуализация зрительных представлений, галлюцинации воображения Дюпре и псевдогаллюцинации с возможностью трансформации в бред воображения, синдром Кандинского-Клерамбо на фоне нарастания изменений личности по шизофреническому типу (В.А. Гурьева, В.Е. Макушкин, 2004).

Особого внимания заслуживает ранний детский аутизм Л. Каннера и сходный с ним синдром Аспергера под названием «детская аутисти-

ческая психопатия». По мнению многих отечественных и зарубежных исследователей, указанные психопатологические синдромы, несмотря на их нозологическую неопределённость, возможны и при детской шизофрении, особенно если они сопровождаются микрокататонической симптоматикой, двигательными навязчивостями и ритуалами, импульсивностью, выраженным протодиакризисом и другой продуктивной психопатологической симптоматикой.

В дебюте шизофрении встречается анорексия и «симптом зеркала». В отличие от нервной анорексии при пограничных нервно-психических расстройствах, анорексия на инициальных этапах шизофренического процесса характеризуется тем, что сознательный отказ от еды с целью похудения заменяется особыми формами нелепого, вычурного «пищевого поведения» (в частности, «рвотного поведения»), которое в дальнейшем почти полностью «отрывается» от дисморфобических переживаний. Наблюдаются транзиторные «вкрапления» в основную структуру синдрома «инорегистральная» симптоматики – нарушения ассоциативного процесса, неглубокие расстройства мышления, деперсонализационные и обсессивные явления (М.В. Коркина и соавт., 1986). Одним из проявлений дисморфомании является так называемый «симптом зеркала» – больные часами смотрят в зеркало, находя у себя определенные «уродства», последние вызывают опасения, что над ними будут смеяться посторонние, и больные по этой причине не выходят из дома; в 2/3 случаев в дальнейшем развивается характерная картина шизофрении.

Нервную булимию (естественно при отсутствии какой-либо патологии со стороны обмена углеводов) ряд авторов рассматривают как вариант нервной анорексии. В.Г. Василевский (2009) описал больного с нервной (вернее с психической) булимией в рамках эндогенной депрессии. Появившееся у больного в пубертате и наблюдавшееся в течение последующих лет неодолимое влечение к сладкой пище всецело определяло монотематизм его жизненной позиции – «получить деньги любым путём и поесть сладенького». Указанные особенности поведения не расценивались окружающими и даже призывной военно-врачебной комиссией как проявление психического расстройства, и он был призван на военную службу. Являясь военнотрудовым срочной службы, он, похитив автомат, самовольно оставил расположение части, чтобы «поесть сладенького» в канун наступающего Нового года. Находясь

вне расположения воинской части, совершил ряд вооружённых нападений на продавцов торговых палаток, из которых похищал только конфеты и печенье. При судебно-психиатрическом освидетельствовании в Центре им. В.П. Сербского у больного, наряду с аутохтонно возникшей депрессией, принявшей пролонгированный характер течения с суточными колебаниями настроения и витальным компонентом (употребление «сладенького» снимало тяжесть в груди), был выявлен ряд психопатологических признаков, специфичных для эндогенного процесса.

На инициальном этапе шизофрении нередко расстройства в виде нарушения формулы сна и различных видов бессонницы. В своей классификации диссомнических расстройств А.М. Вейн (1982г.) выделял категорию сна «с чувством непрекращающейся мыслительной работы». Клиническая практика показывает, что прицельное уточнение жалоб на «непрекращающуюся мыслительную работу» во сне позволяет выявить более глубокие по уровню ассоциативные расстройства, сверхценное толкование переживаний по поводу нарушенного сна, нередко сочетающимися с двигательными и сенсорными автоматизмами. Само собой разумеется, что симптоматика такого регистра, в динамике и комплексе с другой психопатологией, является существенным подспорьем в построении более четкого диагноза шизофрении.

Для ранней диагностики шизофрении особенно важны выявляемые при экспериментально-психологическом исследовании симптомы изменения личностно-мотивационной сферы мышления, признаки снижения произвольности и продуктивности ассоциативного процесса, снижение целенаправленности суждений, негрубые смысловые соскальзывания, претенциозное пустое рассуждательство, а также неравномерность, непоследовательность процесса обобщения с уравнением значимости существенных и второстепенных признаков, актуализацией латентных признаков понятий (Кудрявцев И.А., 1989).

Вопрос о дебюте шизофренического процесса (особенно если он начался исподволь) всегда представляет сложность. А. Scarinci (1962), специально исследуя этот вопрос на основе анализа большого количества литературы, пришел к выводу: начало шизофрении не имеет специфической симптоматики и «все попытки выделить патогномичные симптомы инициальной шизофрении не привели к созданию надежной основы для диагностики».

Вместе с тем давно было отмечено, что нередко в течение нескольких недель или месяцев перед развитием типично шизофренической симптоматики отмечаются изменения поведения, которые не имеют психологического объяснения: сужение интересов, избегание общества, прогулы работы, раздражительность и повышенная сензитивность. Эти расстройства часто настолько же тягостны для семьи и настолько же инвалидизируют больного, насколько и развивающиеся позднее симптомы уже психотического уровня, такие как бред и галлюцинации.

Подобные продромальные состояния представляются важным этапом в развитии шизофрении, но пока малоизвестно, насколько характерны эти продромы для других психических заболеваний и возникают ли время от времени сходные состояния у лиц, никогда не обнаруживающих какого-либо диагностируемого психического расстройства. Именно поэтому, согласно МКБ-10, эти симптомы не имеют диагностического значения для какого-либо конкретного расстройства, но они не являются типичными и для состояния здоровья. Вопрос о специфичности для шизофрении психопатологии продромального состояния остается до последних классификаций (МКБ-10 и проектов МКБ-11) одним из наиболее сложных и пока нерешенных. Если, согласно МКБ-10, могло бы быть выявлено и описано в воспроизводимых критериях типичное и специфичное для шизофрении продромальное состояние, которое было бы нехарактерно для других психических расстройств и для людей без психических расстройств, то было бы оправданным включить продромальное состояние среди факультативных критериев шизофрении. Однако пока в МКБ-10 этого состояния не предусмотрено в связи с отсутствием в настоящее время достаточной о нем информации. Вместе с тем для судебной психиатрии эта неопределенность в определении времени дебюта играет негативную роль, поскольку наступившие изменения поведения, относимые к продромальному периоду, могут выражаться и в криминальных деяниях. Судебно-психиатрическая оценка всегда ретроспективна, и отнесение совершенного преступления к продромальному состоянию как к этапу шизофрении или как к чему-то иному принципиально важно. Решению этого вопроса помогает последующая динамика состояния: установление за период, прошедший после совершенного ООД, иных симптомов шизофрении позволяет отнести этот этап продромального состояния к шизофрении с соответствующими экспертными выводами.

При всей проблемности определения срока начала процесса все же к довольно характерным признакам продромального периода именно шизофрении следует добавить следующее: элементы дереализации и деперсонализации с чувством измененности Я и внешнего мира, симптомы малой кататонии: манерность, беспричинные улыбки, отгороженность в беседе (не смотрит на собеседника), боязнь рукопожатий, немотивированные колебания настроения, особо неприятные головные боли, чувство своего мозга, физическое ощущение движения мыслей; беспричинное снижение продуктивности при интеллектуальном труде; навязчивая рефлексия; появление шаблонности и формальной рационалистичности в мышлении, аморфно-резонерских суждений, неорганизованности мышления при хорошей памяти и эрудиции, затрудненность или инакопонимание смыслов (слов, жестов, мимики, сюжетов, событий), которые сначала проявляются в письменной, а потом и в бытовой речи¹.

Для выявления этих расстройств целесообразно предлагать пациентам давать письменные самоанализы своей жизни, своего здоровья, событий инкриминируемого деяния. В этих самоанализах могут выявляться нарушения смыслообразования как по содержанию, так и по форме изложения (особые по значению для больного подчеркивания, шрифты, восклицательные знаки и т.п.); такие записи являются фиксированным материалом, который следует хранить в истории болезни для последующей верификации диагноза.

Dello Russo G. (1965), подчеркивая трудность определения начала шизофрении и частоту при этом психопатоподобных расстройств, большое значение в этом придает «субъективности» самых ранних симптомов. На инициальном этапе, по мнению автора, имеется возможность «внутренней борьбы» заболевшего с наступившей болезнью, которую больной в какой-то мере чувствует и по-своему объясняет в психологи-

¹ Больной К. из моего второго урока, инвалид II гр. с самого начала заболевания стал обнаруживать непреодолимое возникновение иных смыслов обыденных слов и начал их записывать и систематизировать. У него стали получаться весьма забавные каламбуры, дело кончилось тем, что их печатали на 16 странице «Литературной газеты» в юмористическом разделе «Рога и копыта», и это материально помогало больному.

ческом плане. Особенно четко выраженная на ранних этапах эта «внутренняя борьба» внешне проявляется в странностях поведения, в изменениях характера и в аутизации. Возможно, пишет автор, больной пытается как можно дольше скрыть происходящее с ним, пока «дезинтеграция не выдает его».

Когда больные на инициальном этапе начинают чувствовать свою измененность: потерю «красоты мира» (все стало каким-то тусклым, серым, не интересным), затрудненность общения даже с друзьями, то они нередко начинают заниматься «самолечением», прибегая к употреблению спиртных напитков и наркотических средств. В таких случаях перед верифицированным диагнозом шизофрении достаточно часто встречаются диагнозы алкоголизма или наркомании.

Диагностическое значение имеют неожиданно, без психологической подоплеки возникающие интересы, резкая смена мировоззрения, потеря эмоциональности в отношениях с близкими и тяготение к новым лицам, общение с которыми представляется непонятным.

Изменения личности, особенно в сфере нравственных позиций всегда должныстораживать в плане психопатологии, об этом писали еще такие классики психиатрии как W. Griesinger, С.С. Корсаков и др. В их руководствах по психиатрии отмечалось, что появление у пациента ранее не свойственной ему религиозности, особенно фанатичной, утрированной, или, наоборот, аморального сексуально-распутного поведения, должно тщательно анализироваться для исключения душевного расстройства.¹

Религиозная жизнь человека, дающая основание для его положительных морально-нравственных характеристик, при развитии шизофрении может приобретать вычурный гротескный характер, трансформируясь в соответствующие патологические формы религиозности. Примером может служить так называемая «токсическая вера». В частности, она наблюдается при медленном дебюте шизофрении и внешне носит характер утрированного, фанатичного исполнения канонических предписаний.

¹ Подробно о том, как подобные изменения могут происходить под влиянием макросоциальных факторов и затруднять дифференциальную диагностику, будет представлено ниже при освещении роли макросоциальных фкторов (раздел II, глава 1, подразд. 1.4) и при описании имитаторов шизофрении (раздел III, глава 1).

Постепенно становясь все более гротескной, такая сверхценная религиозность отрывается от смысловых основ учения церкви и фактически проявляется психопатологическим поведением с суицидальным риском (например, из-за упорного отказа от пищи по «религиозным» соображениям). Подобная трансформация должна быть существенным элементом в арсенале диагностических аргументов шизофрении.

Нельзя, однако, не отметить, что появление внешне не индуцированной религиозности у человека, ранее имевшего атеистический менталитет, религиозности, действительно изменяющей весь стиль его социального бытия, не обязательно является психопатологическим. Религиозное чувство может возникнуть в любой период человеческой жизни и кардинально изменить все его самосознание и весь модус поведения. Но такой человек способен дать объяснение новому смыслу существования своего **Я**.

Вместе с тем столь резкие личностные изменения всегда должныстораживать психиатра и, по меньшей мере, стимулировать его к поиску других признаков, которые могут войти в систему клинического алгоритма диагностики.

Наряду с этим в результате агрессивной прозелитаристской деятельности так называемых тоталитарных сект может сформироваться гротескная религиозность с достаточно нелепым поведением. В таких случаях возникает опасность обратного порядка – необоснованное диагностирование шизофрении у адептов этих сект. Поэтому неожиданное для окружающих принятие человеком некультовой религиозности и вследствие этого метаморфоза его личности с появлением новых поведенческих стереотипов уже не может быть однозначно положена в арсенал диагностических аргументов психопатологии. Игнорирование этого факта приводит к диагностическим ошибкам [188].

Таким образом, диагностическистораживающее значение имеет только спонтанное изменение индивидуальных нравственных ориентаций, не связанное с внешним индуцирующим влиянием массивных коммуникативных воздействий, которым подвергается современный человек. Психиатр должен обладать необходимыми знаниями, чтобы дифференцировать психопатологию с религиозной фабулой от гротескно фанатичной, но не психопатологической религиозности и, конечно, от естественной духовности у своего пациента.

Заслуживают внимания в плане ранней диагностики эпизоды странного, явно нелепого, несвойственного личности поведения (например, грубо асоциального при сохранности социально положительных установок), без какого-либо психологически понятного их объяснения, хотя протекают они при ясном сознании и остаются в памяти. Эти эпизоды вначале проявляются только в состояниях алкогольного опьянения, даже легкого, могут быть предвестники манифестации процесса, провоцируемые алкоголем. В дальнейшем такие эпизоды (“парагномены”) могут возникать в ситуациях стресса или спонтанно как импульсивно-безмотивные действия и в таком состоянии могут совершаться ауто- и гетероагрессивные действия (“инициальные деликты”). Если подобные эпизоды не всегда возможно сразу интерпретировать в плане шизофрении, то такие анамнестические данные можно использовать в качестве одного из «диагностическистораживающих» признаков.

Достаточно четким примером может служить следующее наблюдение.

А., высококвалифицированный рабочий, в 32 года получил орден Ленина за трудовые успехи. Это событие отмечалось у него дома с участием руководства предприятия, партийной и профсоюзной организаций. После нескольких тостов за успехи А. он, ничего не говоря, ушел в другую комнату и вскоре вернулся к собравшимся босиком и абсолютно голым, молча обошел стол с гостями и ушел обратно в комнату, из которой выходил голым. Через несколько минут вернулся в прежней одежде с орденом Ленина на лацкане пиджака и удивился, почему гости молчат и с удивлением смотрят на него. Он запомнил этот случай, но никогда не мог объяснить его причины и уходил от обсуждения случившегося. Продолжал успешно работать.

Спустя полтора года летом А. отмечал у себя дома в неофициальной обстановке свой день рождения. После распития 3-4 рюмок коньяка он вышел из квартиры как был в тапочках и пижаме. Часа через полтора позвонили из милиции и спросили, действительно ли здесь живет задержанный А. Оказалось, что он в таком сугубо домашнем виде спустился на первый этаж, где рядом с его подъездом располагался магазин верхней одежды, вошел в него и, надев зимнее пальто с меховым воротником, пошел к выходу, там и был задержан. Милиционерам сказал, что живет в этом доме, и назвал номер телефона. Свои действия объяснить не мог. Был обвинен в попытке кра-

жи, нелепость поступка обусловила судебно-психиатрическую экспертизу, которая определила состояние простого алкогольного опьянения. Был осужден, но предприятие, где он работал, взяло его на поруки.

Новый эпизод подобных нелепых действий повторился через три года в острой психотравмирующей ситуации, когда погибла его мать. В дальнейшем продолжал работать. Следующий эпизод был без экзогенной провокации и сопровождался суицидальной попыткой. А. оказался в психиатрической больнице, в последующем у него развилось затяжное бредовое состояние, диагностированное как шизофрения. Катамнез спустя 4 года: постоянно находится на стационарном лечении, инвалид II группы.

Многие авторы (Huber G., Gross G., 1957,1979; Konrad K., 1959; Батршина Л. М., 1989; Первомайский В.Б.; и др.) описывали «зарницы» или иначе «форпост-синдромы» на инициальном этапе шизофрении – кратковременные психопатологические эпизоды от нескольких часов и более. Р.А. Наджаров и Э.Я. Штернберг (1969), Л.М. Савченко (1974), В.Г. Василевский (1986) оценивали такие эпизоды как амбулаторные шубы, т.к. по их мнению, они оставляли после себя, хотя и не глубокие, но все же те или иные изменения психики. Следует, однако, подчеркнуть единое мнение указанных авторов о том, что адекватная диагностика в плане шизофрении может быть вынесена лишь ретроспективно, когда налицо другая специфическая симптоматика эндогенного процесса.

Наиболее сложными для своевременного диагностирования шизофрении и дифференциального диагноза являются состояния с психопатологической картиной — диагностические расхождения между шизофренией и психопатией составляют большинство (более 45%) среди всех имеющих диагностических расхождений. Учитывая, что ошибочное диагностирование психопатии больным шизофренией встречается значительно чаще, чем ошибочное диагностирование шизофрении психопатическим личностям, анализ тех клинических особенностей у больных шизофренией, которые имитируют картину психопатии и определение критериев нозологического разграничения шизофрении и психопатии на основе сопоставления их сходства и различий является необходимым для данной главы.

Психопатоподобные проявления у больных шизофренией как клиническая реальность, естественно, не прошли мимо внимания психиатров разных поколений, и нашли свое отражение во многих клинических исследованиях при описании дебюта заболевания, вариантов текущего процесса и ремиссий, исходных состояний (Корсаков С.С., 1901; Ганнушкин П.Б., 1933; Гиляровский В.А., 1925, 1942; Наджаров Р.А., 1955; Озерецковский Д.С., 1959, 1970; Снежневский А.В., 1960, 1969, 1972; Мелехов Д.Е., 1963; Морозов В.М., 1963; Пантелеева Г.П., 1965; Гросман А.В., 1968; Овсянников С.А., 1972; Дмитриев А.С., 1978; Mayer-Gross W., 1932; Hoch P.P., Palatin P., 1949; Scarinci A., 1962; Klages W., 1965; Lewis N., 1966; Glatzel J., Huber G., 1968; Gross G., Eggers C., 1968; Guyotot J., 1968; Lambert P.A., Midenet M., 1972, и др.).

Наряду с исследованиями, в которых дифференцированно изучались отдельные варианты психопатоподобного синдрома (психастеноподобный, истероподобный, эксплозивный и др.), имеющие феноменологическое сходство с конкретными клиническими формами психопатий, следует отметить весьма распространенное описание под рубрикой психопатоподобных расстройств «антисоциального» поведения больных. Кроме того, есть работы, авторы которых под психопатоподобными проявлениями у больных шизофренией понимают только признаки, характерные для так называемой «шизоидной психопатии». Сказанное позволяет утверждать, что в современной психиатрии не существует единого подхода к пониманию термина «психопатоподобный».

Использование термина «психопатоподобный» в отношении больных, у которых наблюдается процессуально обусловленная дисгармония личности лишь в виде усиливающейся интравертированности, утраты духовной связи с людьми, обеднения эффективности, падения активности, причудливости облика и странностей в поведении — нам кажется недостаточно точным. Отмеченные особенности больных по существу являются специфическими (хотя и не глубокими) негативными расстройствами при шизофрении, а не характерными признаками психопатий. Если они напоминают психопатию, то только так называемую «шизоидную». Определение «психопатоподобных расстройств» на основе только этих негативных симптомов шизофрении фактически представляет одиозное утверждение «психопатоподобной шизоидности» у больного шизофренией. Поэтому, если эти случаи диагностировать как

«шизофрения с легкими изменениями личности», то смысловое содержание такого диагноза не может вызвать разного толкования.

Более неправильным является широко распространенное включение в понимание термина «психопатоподобный» проявлений антисоциального поведения, антисоциальных установок (склонности к воровству, хулиганству и т. д.), морально-этического снижения (Dunaif S.L., Hoch P.H., 1955; Brook G.C. et al., 1963; Wing I.K., 1963; и др.). Такое понимание встречается даже в специальных работах о психопатоподобных расстройствах. Так, А.В. Гросман в диссертационной работе «Шизофрения с психопатоподобными проявлениями» (1968), написанной в аспекте социальной реадaptации больных, под психопатоподобным синдромом понимает «совокупность нарушений не только в аффективно-волевой сфере, но и *высших этических качеств личности, ее социально-трудовых установок, интересов и стремлений*» (стр. 3, курсив выделен нами). В основе ошибочности подобных трактовок понятия «психопатоподобный» лежит отход от психопатологии как основы клинической психиатрии и расширительная интерпретация психопатии в плане социопатии, при которой дается не клиническая, а обобщенная социально-этическая характеристика личности с неправильными поведенческими актами и сложившейся антисоциальной установкой. Вместе с тем, сами по себе отрицательные социально-этические характеристики, антисоциальные установки, не являясь признаком психопатии, не могут быть и признаком клинического подобия психопатии у больных шизофренией, не могут составлять клиническое содержание понятия «психопатоподобные расстройства». Следует добавить, что своеобразное «антисоциальное оформление» (циничность, жаргонная речь и т. д.) различных психопатологических синдромов вообще нередко отмечается у проходящих судебно-психиатрическое освидетельствование больных, относящихся к различным нозологическим формам, в том числе и к шизофрении как с психопатоподобными, так и с иными синдромами. Такой же антисоциальный фасад отмечается и у правонарушителей, признанных при освидетельствовании психически здоровыми. Все это еще раз подчеркивает невозможность использования отрицательных социально-этических характеристик для раскрытия содержания клинического термина «психопатоподобный» [18 и др.].

Исходя из возможности понимания психопатоподобных проявлений только в плане чисто внешнего, феноменологического сходства с пси-

хопатиями, мы считаем, что психопатоподобными явлениями у больных шизофренией можно называть чрезмерную аффективную возбудимость и неустойчивость, психастеничность, сверхценную ригидную гиперстеничность и другие, подобные клиническим признакам психопатии проявления, которые как бы противопоставляются более типичным для шизофрении оскудению эмоциональной живости и падению активности.

Различные психопатоподобные проявления продолжают довольно часто встречаться в клинике шизофрении и приводят к ошибочному диагностированию психопатии. Проведенный нами анализ 2137 историй болезни на всех больных шизофренией (1973), прошедших за десятилетний период через экспертные отделения Института им. Сербского, показал, что почти каждый 8-й больной шизофренией (256 человек— 11,98%) имел один или несколько ошибочных диагнозов психопатии, ранее установленных в различных лечебных и экспертных учреждениях страны.

Основная часть случаев ошибочной диагностики психопатии приходится на первые 5 лет заболевания, однако и значительная его давность не исключала ошибочное диагностирование психопатии (при давности свыше 10 лет и даже более 20 лет). Обращает на себя внимание большой процент ошибочного пересмотра на психопатию первоначально правильно установленного диагноза шизофрении.

Наибольшее количество случаев ошибочного диагностирования психопатии (более половины) приходится на заболевших до 20-летнего возраста. Здесь отмечается полное соответствие положению Г.Е. Сухаревой (1967), которая в специальной работе о сравнительно-возрастном аспекте при изучении закономерностей течения шизофрении отметила универсальность психопатоподобного дебюта шизофрении в пубертатном и юношеском возрасте.

Диагностические ошибки, как правило, возникали тогда, когда, с одной стороны, у больных или не было сразу обращавших на себя внимание нарушений мышления и эмоционально-волевой сферы, или же своеобразие упомянутых расстройств не позволяло со всей категоричностью расценивать их как проявления шизофрении, а с другой стороны, когда у больных отмечались чрезмерная возбудимость, психастеничность, истероформность или другие, подобные клиническим при-

знакам психопатии проявления, которые своей аффективно-энергетической выраженностью как бы противоречили характерным для шизофрении оскудению эмоциональной живости и падению активности.

Анализ особенностей психического состояния больных в период установления им ошибочного диагноза психопатии, а также имевшейся аргументации этого диагноза позволили убедиться в том, что конкретные формы психопатоподобных проявлений при шизофрении весьма различны, различным оказался и подход к проведению дифференциального диагноза. Часть ошибочных диагнозов психопатии, по всей вероятности, была обусловлена субъективно суженным пониманием нозологических границ шизофрении с соответственно расширительной интерпретацией в плане психопатии упомянутого «антисоциального оформления» продуктивно-психотических синдромов, даже парафренного, и состояний, характеризовавшихся апатико-абулическим дефектом. Однако основным источником диагностических ошибок явились именно состояния с психопатоподобными проявлениями.

Психопатоподобные проявления не только встречаются при разных типах течения заболевания, но и синдромы, состояния, при которых психопатоподобные проявления приводят к ошибочному диагностированию психопатии, весьма различны, и структурная связь психопатоподобных проявлений с основными расстройствами также различна.

Среди этих состояний у одних больных были сформировавшиеся довольно устойчивые варианты психопатоподобного синдрома, выражавшие основные шизофренические расстройства неглубокого уровня поражения. У других больных в основе состояния были различные продуктивно-психотические синдромы, и психопатоподобные проявления, своеобразно оформляя эти расстройства, создавали ложную, фасадную картину психопатии. У третьих больных психопатоподобные проявления развивались в результате осложненности хроническим алкоголизмом дефектных состояний без позитивной симптоматики, при этом развившиеся психопатоподобные проявления как бы «компенсировали» и маскировали симптомы «чистого» дефекта, составлявшего основу синдрома. Наряду с этим психопатоподобные проявления бывают лишь в виде кратковременных реакций, которые своей элементарностью и эпизодичностью не давали основания говорить о целостном психопатоподобном синдроме. Феноменологически сходные психопатоподобные

состояния могут развиваться у больных с разными преморбидными характерологическими особенностями, но при начавшемся шизофреническом процессе происходит сменяемость клинических вариантов психопатоподобного синдрома. Это дает основание считать, что разнообразие вариантов психопатоподобных проявлений у больных шизофренией непосредственно не зависит от своеобразия характерологического преморбиды. При распределении всех состояний, при которых отмечались психопатоподобные проявления, последовательно формулирующиеся в соответствии со шкалой расстройств, которая характеризовала уровень поражения (Снежневский А.В., 1969), начиная от самых легких, выясняется следующая картина.

Состояния, при которых отмечаются легкие позитивные расстройства (астеническое, аффективные, истерические и т.д.) и неглубокие негативные расстройства (развитие интравертированности, утраты духовной связи с людьми и всей совокупностью общественной жизни, нарастающая стереотипность поведения и др.) в зависимости от особенностей их взаимосочетания, представляется возможным определить как самостоятельные варианты психопатоподобного синдрома. Имея довольно полное феноменологическое сходство с различными формами психопатии, эти синдромы в своей структуре не содержали иных ведущих расстройств, дававших основание иначе определить состояние.

Синдромом, который выражает наименее глубокий уровень поражения, является *психастеноподобный*. Он развивается на основе сочетания астенических расстройств и незначительных изменений личности в виде интравертированности. Психастеноподобный синдром выражается в характерных жалобах астенического ряда, в нарастающей неуверенности в себе, в повышенной чувствительности к неблагоприятным ситуационным изменениям, в преувеличении житейских трудностей, легкости образования сензитивных идей отношения, тревожной мнительности, рефлексии, в постоянном самоанализе. Своеобразие изменений межличностных отношений у этих больных выражается в сочетании притупления эмоционального резонанса и потери духовной связи с людьми с одновременным болезненным переживанием этой потери, тягостным ощущением невозможности чувствовать себя даже с близкими свободно и естественно. У больных отмечается известное осознание наступивших с ними перемен, они чувствительны к снижению продук-

тивности в работе, к остановке социального роста, нередко ищут помощи у врачей (хотя редко у психиатров), занимаются самолечением. Несмотря на отмечаемую при этом синдроме повышенную чувствительность, все же в переживаниях больных преобладает вербальный компонент, диапазон чувственных переживаний сужен, особенно снижается синтонность.

Псевдотимопатический синдром складывается из позитивных расстройств в виде аффективной неустойчивости, частых смен настроения с выраженным преобладанием положительного или отрицательного аффективного радикала. Среди негативных расстройств отмечается большая, чем при предыдущем синдроме, потеря эмоционального резонанса, меньшая чувствительность к нарушению социальных связей, несмотря на их большую выраженность. Аффективная лабильность при непрерывно текущем процессе по сравнению с приступообразным отличается как меньшей глубиной, так и меньшей частотой смен полярности настроения. При этом типе течения спады настроения выражаются в развитии чувства равнодушия, апатии, «нежелания», отрешенности и даже неприязни ко всему привычному, повседневному. Нередко эти спады характеризуются не столько адинамичностью, сколько чувством неопределенного недовольства, беспричинной раздражительностью, злобностью аффекта. Периоды приподнятого настроения выражаются во взбудораженности, необоснованном оптимизме с переоценкой своих возможностей. Больных с приступообразным течением характеризует именно частота смен настроения, которое нередко изменяется в течение одних суток. Более глубокие спады настроения у этих больных, как правило, напоминают характер дисфорического возбуждения, иногда достигая степени ажитированной субдепрессии с аффектом злобности и с агрессивными поступками. При псевдогипертимных состояниях больные становятся повышено активными, со всеми запанибрата, во все вмешиваются, стремятся всюду наводить «справедливость», не проявляют обиды, озлобленности в ответ на замечания врачей или на насмешки других больных. Иногда эти состояния носят оттенок гипомании с гебоидностью.

Истероподобные состояния при шизофрении, как и сама истерия относятся к наиболее дискуссионным страницам клинической психиатрии, свои мнения о них выразили десятки крупных психиатров. Диф-

ференциально-диагностические критерии между истерией и шизофренией с истероподобными расстройствами у разных авторов определяются их пониманием объема клинического содержания этих нозологических форм. Так, если E. Bleuler (1919, 1926), расширяя понятие шизофрении, признавался, что никогда не видел возможности ставить диагноз истерического психоза, то в качестве представителя противоположных позиций можно упомянуть P. Courbon (1937). Этот автор, не учитывая, что речь идет именно об инициальных расстройствах, считал, что у больного шизофренией «отрыв от реальности абсолютен», что он «совершенно слеп в отношении нее», «аффект его равен нулю», у него нет «аффективной вибрации», он «аутист». «Истерик» же, по выражению Courbon, «вырезан из реальности», у него «дефект реальности как скотомы», а «шизофреник отрезан от реальности».

Многие авторитетные психиатры считают, что истерические расстройства, истерический тип реагирования, впервые возникшие у личности, которой это ранее не было свойственно, должны наводить на мысль о начавшихся процессуальных изменениях. Отмечается, что истерические расстройства, раз начавшиеся в связи с какой-либо провоцирующей ситуацией, остаются и после устранения последней, приобретая стереотипный, вязкий характер и трудно поддаются психотерапевтическому воздействию. В дальнейшем «истерические кризисы» могут развиваться и без какого-либо внешнего повода. A. Vanelli (1930) в специальной работе показал, что истероподобные расстройства, развившись в дебюте заболевания, затем прослеживаются и при других синдромах.

Наши клинические сопоставления также свидетельствуют о том, что истероподобные расстройства внешне наиболее сходны с соответствующими проявлениями при данном расстройстве личности. Этот вариант психопатоподобного синдрома развивается на фоне снижения активности и трудовой продуктивности, утраты адекватных связей с окружающими и целостной критической оценки ситуации. Для больных характерны подчеркивание своей исключительности, в их высказываниях нередко чувствуется определенная «утилитарность», стремление показать себя в выгодном свете.

Легко возникающие по самым незначительным поводам истерические реакции превращают больных из мягких, нередко льстивых и заискивающих собеседников в разгневанных обвинителей в предвзятом к

ним отношении с угрозами «разоблачения», с демонстративными суицидальными попытками. Состояния возбуждения, связанные с ситуационными обстоятельствами у этих больных отличаются особой яркостью, экспансивным буйством и демонстративностью. Во время этих состояний больные нередко жалуются на ощущение «комка» в горле, слабости в конечностях, на онемение отдельных участков тела. Психогенное усиление истероподобной симптоматики часто сопровождается выраженным компонентом вегето-сосудистых изменений. Нередкие жалобы больных на галлюцинации отличаются по содержанию инфантильным, с романтико-мистической окрашенностью, характером. При этом всегда трудно установить, являются ли эти сообщения больных о галлюцинациях правдивыми, или это проявление характерных для них фантазирования и демонстративности. Наблюдаемые у некоторых больных с большой давностью заболевания утрата пластичности и богатства воображения, развитие монотонно-утрированного истероподобного поведения, у других больных не отмечаются.

Состояния больных с *гиперстеническим вариантом* психопатоподобного синдрома характеризуются односторонней ригидной гиперактивностью с более грубым, чем при предыдущих психопатоподобных синдромах нарушением целостного понимания реально складывающихся ситуаций, межличностных отношений, большей дезактуализацией адекватных жизненных интересов, с большим ущербом аффективной чувствительности. Данный синдром отличается от паранойяльного тем, что ведущим расстройством является болезненная гиперстеничность еще без развития, но с тенденцией к образованию, сверхценных идей. На этом этапе сверхценные идеи не стойки и отличаются широтой фабулы, частой сменой конкретного содержания сверхценных построений. Гротескно активная деятельность больных вначале обычно носит «гиперсоциальный» характер. На этом этапе больные борются за «общие интересы», видя в себе «представителя общественности». Собственно сверхценные систематизированные идеи персекуторного характера, приводящие к сутяжно-кверулянтской деятельности, нередко возникают лишь при встрече с препятствиями в первоначально «гиперсоциальной» активности. Однако при всей, казалось бы, обращенности к внешнему миру и «гиперсоциальности» эти больные остаются эмоционально холодными, безучастными к нуждам конкретных, даже близких лиц, если

их судьбы не связаны с выполнением «высшего долга», взятого на себя больным.

Психопатоподобные состояния, имитирующие психопатию возбужденного типа, по своему клиническому выражению являются наиболее элементарными и весьма сходными у разных больных. Обращает на себя внимание явная стереотипность, ригидное однообразие злобно-негативистических реакций больных вне зависимости от вызвавших ее причин. Характеризующие больных постоянная несдержанность, взрывчатость, расторможенность обуславливают трудности их приспособления к регламентирующим требованиям среды. Вне аффективных вспышек состояние больных определяется утратой душевной гибкости, снижением активности, отсутствием целеустремленности, утратой способности к полезному труду, непрактичностью в обыденной жизни, отсутствием чувства адекватности своего поведения нормам морально-этических отношений. У некоторых больных психопатоподобная эксплозивность сочетается с расстройствами влечений, чаще всего в виде перверсных садистических наклонностей. Грубые расстройства интерперсональных связей у больных часто выражаются в парадоксальных по форме протестах против общепринятых положений и норм поведения. Все это дает основание поставить синдром психопатоподобной эксплозивностью в шкале расстройств, отражающих уровень поражения, за вышеописанными синдромами. Можно считать, что постоянная готовность к эксплозивным реакциям у этих больных является выражением нарастающего процессуального негативизма. Развивающийся негативизм выражается в широком диапазоне оппозиционного отношения — от не адекватно отрицательного отношения к родственникам до такого же отношения к общественному устройству.

Следует подчеркнуть, что при психопатоподобных синдромах за выраженными явлениями наступившей дисгармонии личности у больных шизофренией представляется возможным (иногда лишь после особо тщательного обследования) выявить отдельные рудиментарные предвестники больших синдромов — abortивные по типу инсайтов ксенопатические ощущения, эпизодические обманы восприятия, неразвернутые бредовые интерпретации, ментизм, шперрунги и другие расстройства мышления — при дебюте заболевания или его вялом течении, или признаки редуцированных психотических симптомов после перенесен-

ных приступов. Наличие этой процессуальной симптоматики, обусловленность психопатоподобных проявлений, хотя и неглубокого уровня, но устойчивыми, позитивными и негативными расстройствами — дает основание указанные синдромы называть психопатоподобными в отличие от феноменологически сходных психопатических состояний как конституциональных, так и приобретенных.

Описанные психопатоподобные состояния при всей их относительной стабильности не являются застывшими образованиями. Отражая определенный уровень поражения, эти состояния с течением процесса изменяются, и соответственно новым позитивным и негативным расстройством формируется состояние иного уровня поражения и, следовательно, иной вариант психопатоподобного синдрома.

В этой связи клинические особенности динамики вариантов психопатоподобного синдрома как процессуального образования имеют прямую зависимость от типа течения заболевания, его темпа и этапа, а также от возраста начала шизофрении у этих больных. Общей закономерностью динамики психопатоподобных состояний является обратная зависимость между степенью прогрессивности заболевания и продолжительностью существования определенного варианта психопатоподобного синдрома с возможностью его характеризовать как «однотипный», а не мозаичный синдром.

При этом среди психопатоподобных синдромов большей динамичностью обладают те, в структуре которых меньшее место занимают негативные расстройства: психастеноподобные, псевдотимопатические и истероподобные. Динамика синдромов с преобладающими негативными расстройствами (состояния, имитирующие шизоидную и эксплозивную психопатию) ограничивается усилением степени дисгармонии личности, при этом не отмечается тенденции к последующему образованию иных вариантов психопатоподобного синдрома, как это характерно для динамики синдромов с преобладающими позитивными расстройствами.

При рано начавшемся процессе (до 15—20 лет), протекающем по типу вялотекущей простой шизофрении, формируется картина, близкая к так называемой шизоидной психопатии; при более злокачественном течении быстро формируется состояние, напоминающее возбудимую психопатию. Медленное развитие параноидной формы, наблюдаемое

преимущественно в более позднем возрасте, в связи с постепенной сменой позитивных расстройств и исподволь нарастающими негативными расстройствами, позволяет не только выделить отдельные этапы с представленными выше определенно ведущими вариантами психопатоподобного синдрома, но и проследить сменяемость этих вариантов в определенной последовательности: психастеноподобный, псевдотимпатический, истероподобный, гиперстенический. В связи с плавностью нарастания уровня поражения при медленно текущем процессе наблюдается легированность перерастания одного варианта в другой.

Ускорение темпа заболевания приводит к более быстрой смене синдромов, к наплыву симптомов одного варианта на другой — к образованию мозаичных психопатоподобных состояний.

При мозаичном психопатоподобном состоянии у больных в отдельные моменты удается находить признаки более характерные для той или иной формы психопатии, однако они не стойки, и именно динамичность этих проявлений обуславливает впечатление мозаичности состояния. Образование мозаичного психопатоподобного состояния, усложнение структуры синдрома свидетельствует о дальнейшем развитии заболевания, об углублении уровня поражения. Это подтверждается более частыми ксенопатическими эпизодами, большим развитием рудиментарных продуктивных симптомов в виде обманов восприятия и бредовых образований. Будучи динамически прослеженными, эти состояния сменяются иными синдромами, уже не позволяющими определять состояние как психопатоподобное.

Варианты психопатоподобного синдрома, возникающие после острых психотических приступов, определяются глубиной ремиссии, т.е. тем кругом позитивных и негативных расстройств, который лежит в основе феноменологического содержания отдельных вариантов. В межприступный период при неуклонном ухудшении качества ремиссии наблюдается тенденция к смене синдромов, т.е. при ослаблении заболевания, но не прекращающейся процессуальности, динамика психопатоподобных состояний соответствует динамике при медленном течении заболевания. При этом первичное психопатоподобное состояние после перенесенного приступа — не всегда психастеноподобное и соответствует уровню развившегося поражения. Динамика психопатоподобных расстройств в межприступном периоде при рекуррентной шизоф-

рении обычно ограничивается усилением выраженности установившегося варианта психопатоподобного синдрома.

У больных шизофренией из нераспознанных психопатоподобных состояний чаще всего встречаются истероподобный вариант, затем псевдотимпатический и мозаичный. Меньше диагностировались как психопатия взрывчатый вариант психопатоподобного синдрома, психастеноподобный и гиперстенический. Реже всего больным шизофренией устанавливался диагноз шизоидной психопатии при неглубоких изменениях личности. Приведенная общая распространенность ошибочности диагностирования этих состояний еще не раскрывает их относительной диагностической сложности, которая должна предопределять большую тщательность и осторожность при проведении дифференциального диагноза.

Показателем относительной диагностической сложности каждого варианта может служить количество ошибочного диагностирования психопатии при феноменологически сходном варианте психопатоподобного синдрома в пересчете на одного больного. Это соотношение показало, что наибольшие диагностические трудности представили психастеноподобные и гиперстенические состояния. При псевдотимпатическом и истероподобном вариантах количество диагностических ошибок было меньше. Из вариантов психопатоподобного синдрома наименее диагностически сложными оказались мозаичный и взрывчатый.

Следует отметить, что в условиях судебно-психиатрического освидетельствования чаще не распознаются псевдотимпатические, истероподобные и мозаичные состояния. Вместе с тем, наиболее сложные для дифференциального диагноза психастеноподобные и гиперстенические состояния при СПЭ оказались ошибочно диагностированными реже.

Объяснение этому несовпадению можно дать, исходя из того, что ряд клинических проявлений у больных с аффективной лабильностью, истероподобными расстройствами и психопатоподобной мозаичностью в условиях судебно-психиатрической экспертизы давали основание считать их ситуационно обусловленными, психологически понятными и даже симулятивными.

Как было показано, только в половине случаев диагностических ошибок представляется возможным установить собственно психопатоподобные синдромы. Те состояния, при которых психопатоподобные

проявления отмечались на фоне иных синдромов, нами также были распределены по шкале глубины расстройств. Следует подчеркнуть, что отдельные психопатоподобные проявления, остающиеся при синдромах глубокого уровня поражения (даже при параноидном и парафреническом), являются лишь своеобразными включениями, видоизменяющими («оформляющими») картину основного непсихопатоподобного синдрома. В этом отношении мозаичные психопатоподобные состояния можно рассматривать как заключительный этап динамики психопатоподобных состояний, как рубеж, за которым при непрерывном развитии заболевания наблюдается стереотип развития более сложных психотических синдромов, хотя психопатоподобность может прослеживаться еще длительное (годами) время.

При наблюдающихся в этих случаях психопатоподобных проявлениях возможно говорить о *психопатоподобном оформлении основного синдрома*, определяя его по ведущим психопатологическим симптомам.

Наибольшая психопатоподобная мозаичность имеет место при сенестопатически-ипохондрическом (инициальном) синдроме. Яркая образность, чувственно конкретный характер предъявляемых жалоб, стремление фиксировать на них внимание окружающих в этих случаях содержат в себе признаки истерической демонстративности. Отмечаемые при этом повышенная чувствительность, в том числе и к ситуационным обстоятельствам, склонность к самоанализу и различным сомнениям, неуверенность в своих силах, повышенная утомляемость, тревожная мнительность имитирует психастеническую форму психопатии. Частые обращения к врачам-интернистам, постоянное недовольство в связи с безуспешностью лечения, настойчивые жалобы по этому поводу в различные инстанции — напоминают гиперстеническую психопатию. Пролонгированные субдепрессивные состояния с мнением о безуспешности лечения, сопровождаемые чувством безысходности, придают сходство с гипотимической формой психопатии. Наблюдаемые на этом фоне у больных эксплозивные реакции, бурные аффективные вспышки в ответ на «нежелание» их лечить, создают внешнюю картину возбудимой психопатии.

При синдроме большей глубины поражения, каковым является паранойяльный, не отмечается психастеноподобных проявлений, устойчиво входящих в структуру синдрома. В то же время паранойяльный

бред у больных часто маскируется псевдотимопатическими, истероидными и эксплозивными психопатоподобными проявлениями. При последующем углублении уровня поражения, при развитии параноидного синдрома наблюдается дальнейшее обеднение вариативности психопатоподобного оформления. Из психопатоподобных проявлений при этом синдроме отмечаются лишь признаки, имитирующие истерическую и эксплозивную форму психопатии. Психопатоподобное оформление наблюдается и при следующем в шкале глубины расстройств синдроме — систематизированной парафрении. Важно отметить, что при этом синдроме собственно психопатоподобные проявления представлены лишь в варианте, имитирующем эксплозивную психопатию.

Отмеченная мозаичность психопатоподобного оформления синдромов менее глубокого уровня поражения и обеднение этой мозаичности при более тяжелых позитивных и негативных расстройствах вплоть до элементарных эксплозивных реакций показывает, что широта вариативности психопатоподобных проявлений находится в обратной зависимости от глубины поражения. В этой важной закономерности отражаются патокINETические особенности шизофренического процесса: смена простых позитивных расстройств сложными, огрубение негативных расстройств и, соответственно, потеря возможности реагирования на ситуационные обстоятельства аффективно яркими и дифференцированными проявлениями, внешне подобными типичным формам реагирования психопатических личностей.

Особые диагностические трудности представляет период заболевания, на протяжении которого психопатоподобные проявления оформляли изолированный бред, который по своей тематике может быть «психологически понятным». К. Jaspers (1910, 1959) указывал на возможность таких «психологически понятных» параноидных образований при относительно благоприятном процессе, не приводящем даже на отдаленных этапах к появлению отчетливых признаков дефекта. Е.Н. Каменева (1938) писала о начальных этапах шизофрении, при которых задолго до «спонтанных немотивированных идей» параноидные явления носили вполне «понятный» характер. А.Б. Смулевич (1965) отмечал, что такими изолированными бредовыми образованиями чаще всего бывают идеи ревности. При этом степень общих психических изменений в это время бывает столь незначительна, что часто не вызывает у

окружающих, а иногда даже у членов семьи, подозрений в психическом заболевании. Возникавшие же к этому времени психопатоподобные нарушения не определяли полностью поведение больных, не сказывались на их работоспособности и взаимоотношениях с окружающими вне пределов семьи.

Следующее наблюдение достаточно полно иллюстрирует данное положение.

Больной Ц., руководитель отдела государственного учреждения. В связи с возникшими бредовыми идеями ревности он стал крайне возбудим в отношениях с женой, постоянно устраивая ей скандалы и, в конце концов, решил ее убить, пока она совсем не ушла к «любовнику». С этой целью он имитировал пожар в квартире: подсыпал жене утром в кофе большую дозу снотворного, а когда она заснула, открыл газ и включил таймер, который должен дать искру в 10 часов, после этого заранее, к 9 часам уехал на работу. Там он вызывал к себе сотрудников и после встреч неизменно фиксировал их внимание на времени окончания разговора, которые были от 9 до 10-30, при этом близким товарищам говорил, что беспокоится о здоровье жены, которую очень любит. Когда ему около 11 часов сообщили о пожаре в его доме, тут же с помощником выехал на место происшедшего. В период следствия у него оказалось много свидетелей, утверждавших, что он с самого утра был на работе и тут же выехал домой, когда узнал о пожаре. Сотрудники утверждали, что он очень любил жену и беспокоился о ее здоровье. Такая продуманная подготовка Ц. обеспечить себе алиби долгое время не давала возможности следствию добиться его признания в совершенном, а положительные служебные характеристики и адекватное поведение во все это время далеко не сразу дали основание к проведению судебно-психиатрической экспертизы. Последняя диагностировала шизофрению с бредом ревности.

В случаях без позитивной симптоматики само по себе развитие «чистого» дефекта в виде «общепсихического снижения энергетического уровня» по G. Huber не приводит к образованию состояний с психопатоподобными проявлениями, если не считать неглубоких уровней поражения, создающих картину, трудную для разграничения от так называемой шизоидной психопатии. В то же время на фоне этого «чистого»

дефекта различные экзогении, и в первую очередь, хроническая алкогольная интоксикация, формируют у больных выраженные психопатоподобные проявления, приводящие даже к пересмотру диагноза шизофрении, ранее установленного на основе несомненных психопатологических симптомов.

Психическое состояние этих больных характеризуется общим огрубением эмоциональных проявлений с почти полной потерей адекватных и тонко дифференцированных аффективных реакций, утратой симпатий и привязанностей к близким, бедностью круга интересов. Вся психическая деятельность больных выглядит однообразной, стереотипной, монотонной. В то же время такие признаки дефекта как апатико-абулический синдром с присущими ему слабостью побуждений, падением активности, отрешенностью от реальности и т. д. как бы «компенсируются» псевдоэкстравертированностью, регрессивной синтонностью, «аутизмом наизнанку» и особенно расторможенностью влечений и развитием других психопатоподобных явлений, характеризующихся гротескной неадекватностью и экспансивностью аффективных проявлений. Психопатоподобные проявления на фоне дефекта, осложненного хронической алкогольной интоксикацией, отличаются мозаичной картиной, причем по мере развития негативных расстройств мозаичность становится беднее, заканчиваясь проявлениями лишь отдельных вспышек эксплозивности. Вычурность и парадоксальность этих психопатоподобных проявлений резко обостряется в состояниях алкогольного опьянения.

Стушевывание, «компенсирование» в отмеченных случаях признаков «чистого» дефекта не ведет к фактическому улучшению состояния больных, наоборот развитие грубо неадекватных психопатоподобных проявлений способствует еще большей социальной дезадаптации, что дает нам основание говорить об *экзогенно обусловленной психопатоподобной псевдокомпенсации дефекта*.

Наряду с длительно существующими в картине болезни психопатоподобными проявлениями, создающими постоянный «психопатический фасад», у больных шизофренией нередко наблюдаются *отдельные психопатоподобные реакции* — кратковременно (несколько минут, часов, дней) измененные по психопатическому типу формы поведения, возникающие или непосредственно вслед за abortивным психотическим эпи-

зодом или в ответ на провоцирующие ситуационные обстоятельства. Психопатоподобные реакции отличаются от психопатободобных состояний не только кратковременностью и относительной простотой, не позволяющими говорить о целостном психопатоподобном синдроме, но и отсутствием стабильности в формах психопатоподобного реагирования у данного больного (например, не только по психастеническому или не только по возбудимому типу).

Психопатоподобные реакции, возникающие в связи с abortивными психотическими эпизодами (ксенопатические ощущения, шперрунги, транзиторный ментизм, отдельные обманы восприятия и т. д.) часто встречаются на инициальной стадии болезни именно как реакции на эти эпизоды и при реконвалесценции — уже как реакции на реальный факт помещения в психитрическую больницу. При этих реакциях в случаях ошибочного диагностирования психопатии само острое состояние объясняется экзогенными причинами. Особенно часто психопатоподобные реакции возникают у больных во время алкогольных эксцессов.

Среди ситуационных причин возникновения психопатоподобных реакций преимущественно психастеноподобные возникают на чувство своей ущербности, нарушенной аутоидентификации, неприспособленности, снижения возможностей с достаточно критическим пониманием их болезненной природы, т.е. по существу это реакции на свою болезнь. Злобно-негативистические или истероподобные с депрессивным оттенком и суицидальностью психопатоподобные реакции отмечаются как отдельные проявления протеста против необходимых регламентации, против «несправедливости», как «понятные» реакции на жизненные коллизии, в том числе на свой социальный «застой» с некритическим его объяснением «объективными причинами» (внешними условиями). Важно подчеркнуть, что конфликтные ситуации, являющиеся поводом возникновения психопатоподобных реакций, нередко создаются самими больными в связи с их болезненно неадекватным поведением. Следует отметить и психопатоподобные реакции на социальное значение факта принадлежности к душевнобольным, реакции больных на отношение к ним как к изгоям с «клеймом шизофреника» (например, при отказе в работе, на насмешки и т.п.).

Анализ состояний как описанных у больных при ошибочном диагностировании психопатии, так и непосредственно наблюдавшихся, в

целом показывает, что собственно психопатоподобные проявления, будучи изолированно взятыми только лишь как внешние, фасадные явления могут быть практически неотличимы от таковых при психопатиях (несмотря на некоторые своеобразные черты, имеющиеся однако далеко не у всех больных).

Констатация этого факта представляется существенной для дифференциального диагноза. Она не позволяет наблюдаемые признаки личностной дисгармонии оценивать только как конституционально-характерологические аномалии. Иными словами, сами по себе психопатоподобные явления, несмотря на их выраженный «психопатический колорит», не должны служить аргументом против диагноза шизофрении.

Факт возможности развития у больных шизофренией психопатоподобных расстройств, отличающихся яркой эффективностью, односторонней, но достаточно выраженной активностью, которые наблюдаются до определенного уровня поражения, свидетельствуют о не полной редукции энергетического потенциала. При этой относительной энергетической сохранности психопатоподобное выражение могут находить искаженное восприятие больным конкретной ситуации, иное понимание **Я** в системе межличностных отношений, болезненная интерпретация этих отношений и т. д., то есть те позитивные и негативные расстройства, которые целостно составляют синдром. Эти основные расстройства могут опосредованно выражаться в психопатоподобных проявлениях. Сменяемость феноменологических вариантов психопатоподобного синдрома, обусловленная углублением уровня поражения, также подчеркивает, что психопатоподобные расстройства сами по себе не являются чем-то самостоятельным, что они представляют опосредованное проявление позитивных и негативных расстройств. Сказанное дает основание говорить, что психопатоподобные проявления в своей патобиологической основе отличаются от психопатических и являются феноменологическими формами опосредованного отражения патокинеза шизофренического процесса.

Таким образом, при распознавании состояний с психопатоподобными расстройствами особо важен структурный психопатологический анализ. Структурный анализ этих состояний показывает, что позитивный компонент психопатоподобных синдромов отличается известным нозологическим изоморфизмом. Так, при психастеноподобном вари-

анте позитивные расстройства выражались в аморфных жалобах астенического ряда, развитии нерешительности, тревожной мнительности, повышенной чувствительности к ситуационным изменениям, легкости образования сензитивных идей отношения и т.п., что само по себе еще не может служить критериями нозологического разграничения. Вместе с тем, сочетание этих позитивных расстройств с негативными (нарушение аутоидентификации, нарастающая интравертированность, нарушение межличностных связей, утрата душевной гибкости, развитие схизиса в эмоциональной и волевой сферах, нарастающая стереотипность, ригидность поведения) позволяет говорить о том, что это состояние не психопатическое, а психопатоподобное при шизофрении.

То же относится и к другим вариантам психопатоподобного синдрома. Структурный анализ этих состояний показал, что их феноменологическое различие между собой обусловлено разным содержанием позитивного компонента, который не несет достаточной нозологической специфичности. Однако последняя приобретается в сочетании с углубляющимися негативными расстройствами.

Существенным для дифференциального диагноза при психопатоподобных состояниях является активное выявление предвестников больших, сложных синдромов, в первую очередь, ксенопатических проявлений, которые можно наблюдать уже на инициальной стадии заболевания.

Наряду со сказанным, важнейшим диагностическим критерием при распознавании шизофрении с психопатоподобными расстройствами является установление факта развития психопатоподобного состояния у личности, ранее не отличавшейся дисгармоническим складом, и особенно факта сменяемости феноменологических вариантов психопатоподобного синдрома, который подчеркивает их различие по сравнению со стабильными конституционально-характерологическими аномалиями. Отражая соответствующие позитивные и негативные расстройства неглубокого уровня поражения, варианты психопатоподобного синдрома изменяют свое феноменологическое содержание в определенной последовательности при углублении этих расстройств, а при дальнейшем развитии заболевания психопатоподобные проявления сначала теряют свою феноменологическую очерченность, затем их диапазон опосредованного отражения основных расстройств сужается и, наконец, они вообще нивелируются как явление.

Анализ случаев ошибочного диагностирования психопатии показывает, что отдельные признаки тех или иных позитивных и негативных расстройств у больных выявлялись, но шизофрения оставалась нераспознанной в связи с тем, что у этих больных не было достаточной выраженности других психопатологических признаков заболевания. В этой связи необходимо еще раз подчеркнуть распространенную ошибочность диагностического подхода к распознаванию шизофрении, а именно: требование, чтобы во всех случаях у больных обязательно обнаруживались резко выраженные и постоянные атактичность мышления, эмоциональная тупость и абулия, а также социальная дезадаптация, т.е. чтобы они соответствовали абстрактным по существу моделям шизофрении, представленных в выше приведенных стандартах диагностики.

Именно способность больных шизофренией временами давать целенаправленные и достаточно последовательные ответы на ряд вопросов, возможность обнаруживать у них адекватную эмоциональную выразительность, достаточную бытовую активность, сохранность ряда особенностей преморбидного стереотипа межличностных связей — продолжают оставаться главными аргументами против диагноза шизофрении. Выраженность явлений этой частичной сохранности приводит к игнорированию выявленных признаков эндогенной патологии, следствием чего является нераспознанная шизофрения и большие проблемы в судьбах больных.

При всей ценности формализованных в диагностических схемах и стандартах признаках шизофрении каждый случай диагностики шизофрении индивидуален.

Недостаточный учет этого положения, многообразии феноменологических и динамических проявлений шизофрении — предпосылки к диагностическим ошибкам, последние возрастают, когда имеющуюся психопатологию формально можно объяснить какой-либо экзогенной причиной. Особенно часто сочетанные с различными психогениями случаи, изменяющими клиническую картину шизофрении, встречаются в судебно-психиатрической практике. Этой проблеме будет посвящена специальная глава (Глава 1 Раздела III).

Таким примером индивидуально складывающейся клинической картины и малопримемлемая в диагностических суждениях логика по типу *post hoc ergo propter hoc*, приводящая даже к пересмотру уже правиль-

но установленного диагноза, служит первое описание в соответствующем разделе клинических иллюстраций.

Анализ отдельных сторон биологического (характерологического) и социального аспектов личности больных шизофренией позволяет убедиться в том, что в каждом из них временами удается отметить явления известной избирательной сохранности и что наступление изменений отдельных аспектов личности происходит не синхронно.

Важно к этому добавить, что за сохранность преморбидных характерологических особенностей в случаях диагностических ошибок принимались уже процессуально приобретенные психопатоподобные расстройства, а за признаки социальной неизменности — устойчивость так называемого «антисоциального фасада». Последнее особенно касалось больных с антисоциальным стереотипом жизни в преморбиде, больных, длительное время находившихся в среде, где доминировало влияние психически здоровых антисоциальных личностей. Образовавшийся «антисоциальный фасад» выражался в клинически нейтральных признаках, таких как жаргонность языка, циничность, лживость, рентность, угрозы при невыполнении требований, склонность к антисоциальным высказываниям и т. п. Сохранность этого «антисоциального фасада» нередко ошибочно расценивается как признак общей личностной неизменности. Яркое «антисоциальное оформление» приводило к ошибочному диагностированию психопатии не только при психопатоподобных состояниях, но и при выраженных психотических расстройствах, будучи связанным с фабулой психопатологической продукции.

С другой стороны, анализ случаев ошибочной диагностики шизофрении психопатическим личностям и исследование личностной ориентированности у лиц, не страдающих шизофренией, социально-отрицательные влияния, психотравмирующие обстоятельства и иные экзогенные причины могут способствовать образованию некоторых особенностей личности, внешне сходных с шизофреническими. Поэтому дифференциальный диагноз не может считаться полноценным без сопоставления признаков личностной сохранности или ее изменности с другими явлениями статуса, т. е. вне учета возможностей частичной сохранности в случаях шизофрении и различных причин развития внешне сходных с шизофреническими особенностями личности при отсутствии эндогенной патологии. Нужно всегда помнить, что целый ряд специфических

признаков шизофрении может камуфлироваться неклиническими проявлениями и, наоборот, имитироваться причинами, ничего общего с эндогенной природой не имеющими.

Обосновывая в данной главе необходимость индивидуального подхода к диагностированию шизофрении, целесообразно специально процитировать принципиально важные положения, высказанные корифеями психиатрии:

Е. Bleuler (1911) – диагноз шизофрении является феноменологическим и основывается на результатах наблюдения за пациентом и описания им собственных ощущений и переживаний.

Н.П. Бруханский (1928) в первом отечественном руководстве по судебной психиатрии – «Важно помнить, что ни при одной болезни не наблюдается такого временного отсутствия симптомов налицо, как при шизофрении».

Н. Krisch (1932), выдающийся немецкий психопатолог – «поразительно быстрая смена патологических и нормальных переживаний является специфической чертой шизофрении» (такая смена в принципе не возможна при психозах органического и психогенного происхождения).

А. Kronfeld (1940) – «Характерно, что шизофрения не проявляется при совершенно нейтральных вопросах и ответах из повседневной жизни. Она выступает лишь, когда затрагиваются субъективные комплексы и личные переживания больного».

Ж. Wyrsh (1960) – нередко упорно не принимается в расчет, что для шизофрении характерен схизис в психической сфере, а не тотальное поражение, как при органических психозах, что позволяет больным быть «психологически понятными».

М. Bleuler (1960) – даже в случаях «шизофренического слабоумия» можно при глубоком изучении больных доказать, что все нормальные интеллектуальные и эмоциональные возможности у них сохранены. Они не только не разрушены, но даже не снижены болезненным процессом (как при органическом слабоумии); они сохраняются наряду или позади болезненных расстройств».

Д. Shakov (1971) выдающийся американский патопсихолог – «У больных шизофренией области совершенно нормального функционирования можно обнаружить как на физиологическом, так и на психологическом уровне».

G. Benedetti, H. King, P. Wenger (аналитический обзор 1967 года) – «У больных шизофренией удается установить способность к сложным обдумываниям и богатую интеллектуальную жизнь, что при всем их инаковости больные сохраняют все человеческие способности и как нормальные люди могут быть думающими, припоминающими, сочувствующими, людьми, полными человеческих чувств, желаний и опасений. Отмеченное своеобразие нарушений мышления, несмотря на расстройства целостного критического понимания ситуации действия, позволяет высказывать разумные суждения и совершать психологически понятные поступки».

Приведенные цитаты авторитетнейших исследователей шизофрении указывают на необходимость целостного, динамического, не одномоментного исследования при диагностировании шизофрении и, конечно, учета возможности больных хотя бы на время представлять «полностью сохраненными».

К сказанному целесообразно добавить: больные шизофренией далеко не всегда, чувствуя происходящие с ними изменения, могут своими психопатологическими ощущениями и переживаниями даже для себя найти подходящие для их выражения слова и тем более изложить их на психологически понятном языке другим, в том числе и психиатрам. Это «чувство болезни» (Саарма Ю.М., 1956) больными обычно описывается только в общих и неопределенных выражениях. Путанность в своих объяснениях и невозможность больных более точно описать свое состояние не должны расцениваться в плане симулятивных высказываний, как это иногда имеет место.

Почти вековая дискуссия о нозологических границах шизофрении остается явно незаконченной. Диагностика шизофрении была и продолжает быть актуальнейшей проблемой общей, социальной и судебной психиатрии. И не только потому, что чуть ли не каждая теоретическая школа предлагает собственный подход к решению спорных вопросов, но еще и потому, что нет (возможно, их и никогда не будет) общих необходимых и достаточных патобиологических маркеров шизофрении, а она сама слишком полиморфна и не может быть представлена унифицированным и догматизированным набором признаков, не раскрывающих ее сущность – расщепление личности.

Представленная критическая оценка существующих диагностических критериев шизофрении должна стимулировать психиатра к твор-

ческому анализу информации pro et contra этого диагноза у пациента, к проведению системного (но не догматически-схематизированного) исследования патокинеза и наблюдаемого статуса в их психопатологическом единстве.

Шизофрени без «схизиса» не может быть. Этот «схизис» является не только специфическим, но и универсальным расстройством. Оно формируется под влиянием феномена ксенопатии и проявляется широким спектром. Это расщепление обнаруживается во всех синдромальных образованиях (когнитивно-смысловых, эмоционально-волевых), однако обнаружение его требует клинического мастерства, тем более что на переднем плане могут доминировать психологически нормативные образования. Вместе с тем обнаружение за ними проявлений «чуждости» – ксенопатичности (даже при таких, казалось бы, нозологически трудно определяемых состояниях как астенические) дает основание к диагностированию именно шизофрении.

ГЛАВА 2. СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СУЩНОСТИ ШИЗОФРЕНИИ, ЗАТРУДНЯЮЩЕЙ СУДЬБЫ БОЛЬНЫХ

Почти столетнее изучение шизофрении сопровождалось поиском сущностных отличий психических процессов у больных шизофренией от нормативно-психологических, которые давали бы объяснение особенностям социального поведения больных. Не сразу психиатрия пришла к тому, что этим сущностным отличием является несвобода в управлении восприятием и мышлением, что ведет к специфическому для психопатологии шизофрении нарушению «смысловой законности», проецирующемуся на поведение больных, которое, соответственно, также теряет свою свободу. Здесь проявляется то «основное шизофренное расстройство, которое есть единственно и в специфическом смысле расстройство самого **Я**». Это расстройство обуславливает нарушение самосознания – «**Я**-концепцию», о которой будет подробно говориться в следующем разделе.

Расстройства самосознания при психозах (в том числе при шизофрении и бредовых психозах) рассматривались в разных аспектах.

В.С. Чудновский (1975, 1985, 1992) и ряд других психиатров уделяли большое внимание проблеме самосознания и вопросам критического отношения больного к своему заболеванию. Другой аспект – детальная разработка феноменологии расстройств самосознания при шизофрении (Scharfetter К., 1984, 1985; Кафаров Т.А.О., 2000). Однако в этих аспектах психиатры не анализировали проекцию расстройств самосознания на уровень социального поведения. Вместе с тем, очевидно, что для понимания судеб больных шизофренией расстройство самосознания чрезвычайно важно рассматривать как в целом, так и при том состоянии, в котором начинаются и совершаются те или иные социальные действия, в том числе релевантные к юридически значимым акциям. Актуальное понимание больным смыслов роли и позиции своего **Я** в ситуации действия и самой ситуации, то есть его самосознание в ней, имеет результатом его конкретное поведение.

Самосознание при шизофрении в социальном плане представляется целесообразным рассматривать во взаимосочетании двух аспектов – ситуационно-оперативном и личностно-константном. Это обусловлено тем, что при шизофрении, психопатологически измененное самосознание может сочетаться с личностно-нормативным. Напомню, указание J. Wuytsch (1967) о том, что в отличие от органических психозов, при изучении шизофрении всегда выявляется «ничейная земля», которой «владеют» то психиатрия, то психология. В этой связи психопатологический подход не исключает психологического в понимании мотиваций конкретного действия. Этот психологический подход определяется личностной константой или нравственной конституцией больного [70, 79, 89, 93 и др.], которая неизменно присутствует и в ситуационно-оперативном аспекте.

Отмеченная J. Wuytsch нормативная часть раздвоенной личности остается в сфере обычных человеческих потребностей. Больной, как и психически, здоровый, может хотеть для себя блага и руководствоваться общечеловеческими помыслами и амбициями. И с этих общечеловеческих позиций больными шизофренией могут совершаться различные благотворительные, альтруистические или же, наоборот, опасные действия, а также все иные социальные акции вне зависимости от того, будет ли при этом в их мотивации ведущая роль принадлежать новому, психопатологическому пониманию своего **Я**, то есть исходить из проявлений деструктуризации самосознания, или эти действия являются прак-

тически независимыми от имеющейся психопатологии и обуславливаются личностно-константными особенностями. Конкретное социальное поведение больных может сочетать в себе одновременное наличие психопатологических и нормативно-психологических мотиваций, например, стремление больного подняться по служебной лестнице может сочетать в себе не только психологически понятный амбициозный рост карьеры, но и попытку вернуть расположение жены, к которой развились бредовые идеи ревности.

Направленность реализации всех социальных действий (деятельности) определяется свойствами личности (социальной ориентированностью ее нравственной конституции). Исходная позиция **Я** при действиях в конкретных оперативных ситуациях представляет актуальное самосознание на этот период. Наряду с нормативно-адекватными аспектами самосознания у больных шизофренией сосуществуют аспекты расстроенного самосознания. В этом психопатологическая сущность шизофрении («схизис»), которая предопределяет особенности социального поведения больных – ее зависимость от взаимоотношений сохранного и расстроенного в самосознании.

Представляется, что расстройство самосознания – это не простое проявление тех или иных отдельных психопатологических феноменов, имеющих в клинической картине, а специфический интеграл нарушений тех психологических процессов, которые формируют **Я**-концепцию личности на основе искаженного понимания смыслов информации, поступающей из источников внутреннего и внешнего мира. Результат – смысловое непонимание роли и позиции своего **Я** в ситуации действия и самой ситуации действия. Проявления этого психопатологического интеграла в социальном поведении выражается в неадекватных ожиданиях, искаженной каузальной атрибуции и, как следствие этого, в соответствующих мотивациях поведения, которые отходят по своему смыслу от требований реальных ситуаций деятельности.

В социальном плане главным источником нарушения самосознания являются расстройства ожидания. Ожидания – это важнейшая составляющая части нормативного построения и упорядочивания системы интерперсональных связей и взаимоотношений в конкретных ситуациях социального действия на основе ожидания от окружающих поведения, соответствующего их ролевой позиции, и обязанности вести

себя соответственно ожиданиям других людей (Shibutani T., 1969). Расстройство экспектации у больных шизофренией выражается в потере способности адекватного понимания смыслов роли и позиции своего **Я** в системе социальных отношений и осмыслении конвенциональных ролей других лиц в различных сферах коммуникаций.

Нарушение, инакопонимание конвенционального значения смыслов слов, жестов, эмоций, социальных ролей, поступков окружающих и ситуаций действия в целом дает больному только ему понятный смысл происходящего и соответственно этому инициирует его ответные действия. Данное нарушение, являясь универсальным для психопатологии шизофрении, вместе с тем далеко не всегда представляется тотальным, охватывающим все аспекты понимания смыслов роли и позиции своего **Я** в ситуациях действия: в других ситуациях действия может наблюдаться адекватное, соответствующее нравственной конституции индивида, понимание этих смыслов. Данное нарушение не является стабильным по характеру своей выраженности: оно может быть как бы фоновым, внезапно резко актуализироваться и затем вновь уходить на второй план в зависимости как от ситуационно-оперативных обстоятельств, так и от общего уровня психопатологичности состояния в период существования данных обстоятельств.

Не только нарушения адекватности экспектаций ролевых позиций является важной составляющей расстройств самосознания при шизофрении, отражающихся на социальном поведении больных. Не меньшее значение имеет расстройство адекватности в понимании смысла самой ситуации действия, ее атрибуции.

К этому следует добавить утверждение G. Kelly (1963) о том, что «процессы атрибуции следует понимать не только как средства, обеспечивающие индивиду верное представление о мире, но и как средства, побуждающие к контролю над этим миром и подтверждающие эффективность такого контроля».

У больных шизофренией в рамках нарушений их самосознания расстройства этих процессов атрибуции являются не только источником неадекватных мотиваций, но и причиной потери у них контроля над своим поведением, и именно это расстройство определяет соответствующую избирательность в выборе внешней информации, что укрепляет больных в правильности своего поведения.

Расстройство мотивации поведения при его регуляции атрибуцией социальных ролей, в частности, при оправдании собственного поведения и возложении ответственности за него на других – важнейший результат нарушений самосознания у больных шизофренией.

Этот вывод согласуется с мнением наиболее авторитетного социального психолога нашего времени Н. Heckhausen (1980) о том, что «всякая мотивированная деятельность каузально атрибутируется»; эта способность определяет индивидуальные возможности человека понимать и прогнозировать причинно-следственные отношения. Н. Heckhausen считает, что при всяком научном объяснении поведения эти процессы необходимо учитывать независимо от того, является ли с позиций научного анализа подобное атрибутирование субъектом действия «наивным», неполным или «ошибочным». Важно лишь, что сам субъект считает правильным, как он приходит к такому выводу, какую информацию использует, как ее обрабатывает.

Психологическая нормативность предопределяет «произвольную активность» (Heckhausen H., 1980), когда отдельные ее стадии согласуются с меняющимися условиями ситуации и прослеживаются настолько, насколько это необходимо для достижения определенного результата – эта та активность, при которой осознана преследуемая цель, сохраняется возможность контроля за ходом разворачивающихся процессов, когда можно ставить вопрос “зачем” и искать мотивацию. Согласно теории каузальной атрибуции, разъясняющей, что от ответов на вопросы, например: «Когда и кто по отношению к кому нечто сделал, как, для чего и почему?» (Gorlitz D., 1974), зависит понимание мотивов ответных действий.

Нарушение самосознания, выражающееся в нарушениях психологических процессов экспектации и каузальной атрибуции, не лишает больных шизофренией возможности иметь цель и активность в ее достижении. Однако при таких нарушениях смысл этой цели может быть исходно искаженным, а поведение может адекватно не согласовываться с меняющимися условиями реальной ситуации, в которой задействованы лица, чьи ролевые позиции осмысливаются извращенно. Установление этого факта, как правило, всегда возможно при прицельном опросе больных по примерному перечню предложенных D. Gorlitz вопросов для получения ответа об их социальных действиях (деятельности).

Выраженность основного расстройства – расстройства самосознания – определяется тяжестью психического состояния. В наибольшей степени она представлена при острых аффективно-бредовых состояниях, когда деструкция самосознания практически тотальна. Наименьшая выраженность наблюдается при ремиссиях и состояниях, пограничных с шизотипическим расстройством в виде мягкой, стационарной шизофрении.

Существенным является возрастное время появления расстройств самосознания и их динамика в процессе социализации. Если начало заболевания приходится на возраст формирования личности, то появившееся расстройство общепринятого (нормативного) понимания смыслов, особенно в сфере понимания роли и позиции своего **Я** в интерперсональных связях и в спектре нравственных отношений, представляет ту дезинформацию, которая нарушает социализацию при текущем процессе. Такое смысловое искажение понимания **Я**-концепции в спектре нравственных отношений, деформируя социализацию, входит в личность и остается в ней, а в последующем далеко не всегда поддается коррекции.

В некоторых случаях бредовое понимание своего **Я** в конкретном ситуационном поле может обусловить пересмотр больным своих нравственных позиций и привести к действиям, которые он оправдывает, хотя они и не соответствуют его преморбидной нравственной конституции (например, больной не понимает, за что и почему к нему стали якобы плохо относиться родители, и соответственно сам меняет отношение к ним; при парафренических состояниях завышенная самооценка может поставить **Я** больного выше нравственных нормативов и обусловить поступки, которые он ранее считал для себя непозволительными). Наряду с этим при всей стабильности нравственной конституции, определяющей самосознание, при шизофрении может наблюдаться инверсия нравственных оценок – смыслов добра и зла, прав и обязанностей. Субъективно адекватные в нравственном отношении поступки больного могут полностью не соответствовать нормативности, даваемой в объективных социально-психологических оценках

После острых психотических состояний, особенно с манихейским бредом, в процессе становления ремиссии, в постпсихотическом состоянии может развиваться новое самосознание, с новым пониманием

смыслов жизни, что предопределяет особую селективность в выборе внешней социализирующей информации и использования ее в общении и деятельности, нередко формируя религиозную фанатичность.

Иногда при постпсихотических состояниях имевшие место во время острого психоза искаженные экспектационные отношения находят отражение в последующих эмоционально неприятных воспоминаниях, что также изменяет социальное поведение. Так, больной С., считавший, что его «вражески облучает» сосед из смежной комнаты, в состоянии наступившей ремиссии критически утверждал, что такого не может быть и что сосед – порядочный человек. Однако он перестал жить в своей комнате, объясняя это тем, что ему «просто неприятно» видеться с этим человеком из-за возникающих «ненужных воспоминаний».

На социальное поведение больных шизофренией влияют конкретное фабульное содержание галлюцинаций (псевдогаллюцинаций), бредовых идей и негативные расстройства в виде различных апатико-абулических проявлений, которые входят в психопатологический интеграл расстройства самосознания. В 1.1. Главы 1 Раздела I мы приводили трагические судьбы средневекового иранского лидера Хасан ала Зикри-хи-Саида, баварского короля Людвига II, ранее отмечали высокую суицидальность больных шизофренией. К этому можно добавить трагические судьбы многих религиозных реформаторов [203], а также борцов «за правое дело» и, конечно, больных с социальным дрейфом вниз или же тех, кто стал «преследователем своих преследователей».

Вместе с тем просоциальные особенности имеющейся личностной константы, определяющей направленность конкретного социального поведения, могут даже при бредовом самосознании в роли преследуемого позитивно определять судьбу. И.К. Янушевский (1948) описал больного шизофренией с бредом преследования со стороны МГБ. Будучи убежденным коммунистом, он решил еще раз доказать преданность партии и Родине. С этой целью бросив ответственную работу в Москве, уехал на Крайний Север, где организовал производство овощных культур для живущих там рабочих. Его деятельность, имеющая по сути бредовую мотивацию, оказалась столь успешной, что он получил высшую в СССР награду – орден Ленина.

Таким образом, сама психопатологическая сущность шизофрении предопределяет изменения социального поведения больных. Однако эти

изменения далеко не равнозначны у разных личностей и в разных ситуациях, что приводит к разным социальным последствиям, определяющим судьбы больных. Эта проблема весьма сложная и требует специального обсуждения.

Раздел II. СОЦИАЛЬНАЯ СОПРЯЖЕННОСТЬ ШИЗОФРЕНИИ

Нет другого такого психического заболевания, которое бы по значительности своей распространенности и по многогранности своих проявлений имело такую социальную сопряженность как шизофрения.

Социальная сопряженность шизофрении отмечается во многих аспектах – от реально складывающейся судьбы больных до макросоциальных и даже политических ситуаций. Она, конечно, зависит от актуальной психопатологии, но ее конкретные проявления имеют многофакторную взаимозависимость.

ГЛАВА 1. СИСТЕМНЫЙ МНОГОФАКТОРНЫЙ ПОДХОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАЗЛИЧИЙ СОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

1.1. Методологические основы понимания различий социального поведения больных шизофренией

Понимание причин различий социального поведения больных шизофренией и причин складывающихся их индивидуальных судеб требует системного многофакторного анализа. Исходным фактором предстает сама психопатология – фактор «Синдром», вторым и основным фактором являются сохранность преморбидно сформировавшихся и измененных качеств личности во всем их многообразии (нравственных, характерологических) – фактор «Личность», что предопределяет направленность и возможности поведения больного в социальной среде, и сами особенности (макро- и микросоциальные) этой среды (фактор «Ситуация»), в которых реализуются конкретные действия (деятельность), складывающиеся в индивидуальную судьбу больного.

Следует подчеркнуть, что все три выделенные основные факторы имеют прямую или опосредованную взаимосвязь, то усиливая, то сгла-

живая их проявления. Иерархия этих факторов в динамике определяет дальнейшую индивидуализацию существования больного в жизни.

Причины любого социального (как нормативного, так и психопатологически измененного) поведения могут быть поняты только с теоретических позиций социальной психологии, рассматривающей личность как социального деятеля, то есть имеющей предметом своего исследования единство «Личность – деятельность». Наиболее продуктивные концепции социальной психологии такого плана исходят из разноуровневого понимания структур личности, проявляющихся в единстве с деятельностью.

К числу таких научных направлений относится концепция трехуровневого измерения сущности человека, наиболее полно в последние годы представленная выдающимся австрийским психоневрологом, психологом и социологом Виктором Франклом (V. Frankl). Речь идет о трех уровнях сущности человека, каждый из которых имеет свои параметры измерения:

– биологический уровень – все то, что характеризует человека как биологическое существо с соответствующими структурно-функциональными образованиями и проекциями на вышележащие уровни;

– психологический уровень – собственно психика как аппарат психической деятельности, качества функционирования которого определяются полноценностью его биологического обеспечения «снизу» и характеризуют возможность функционирования высшего уровня, и

– уровень высший, социальный, в котором измеряются понятия смыслов, нравственных ориентаций, духовности – «ноэтический» уровень, по V. Frankl. Важно подчеркнуть, что речь идет о разных уровнях сущности одного и того же субъекта, раскрывающих его только в параметрах своего уровня измерения¹.

Узко профессионально психиатр ограничен изучением расстройств параметров психологического уровня, но ему должно быть интересно и

¹ На каждом уровне человек может обнаруживать как нормативность, так и отклонения от нее. Так, Ф.М. Достоевский на биологическом уровне – нормостеник, на психологическом – эпилептик, на ноэтическом – великий гуманист. В целом подход к человеку как к трехмерному существу – основа христианской антропологии.

то, что лежит ниже этого уровня (например, биохимия), и то, что характеризует высший уровень.

В контексте данной книги важно подчеркнуть, что высший, ноэтический уровень представляет сущность личности как социального деятеля, имеющего свободу в выборе своих поступков. Если эта сущность как образование сугубо социальное, духовное само по себе болеть не может, то аппарат психической деятельности может иметь различные формы расстройств, обусловленных патологией нижележащего уровня и выражающихся в тех или иных психопатологических интегралах, непосредственно влияющих на социальное поведение.

Действительно, дезадаптированное поведение человека, обусловленное расстройствами процессов восприятия, интрапсихической переработки и эффекторного звена (так называемая «сеченовская дуга») психической деятельности, является проявлением психопатологии. Однако поведение, которое может казаться странным, ненормальным может иметь и иные детерминанты. Проекция психопатологии на социальное поведение, интимная сопряженность психиатрии как медицинской науки с различными социальными аспектами в тех случаях, когда возникают вопросы о норме и ненорме, обуславливает необходимость в ее теории и практике выйти за рамки чисто медицинской проблематики и рассматривать пациента как социального деятеля, ограниченного в свободе своего поведения имеющейся психопатологией. Неповторимая индивидуальность личности больного, сущности его бытия, самопонимания смысла своего существования в мире – его экзистенция, и должны с высоты такого целостного подхода разводить понятия «нормы» и «ненормы». По существу речь идет о духовном уровне человека, понимаемом, как минимум, в плане нравственных ориентаций, предопределяющих особенности поведения в большей степени, чем то, что определяется биологически детерминированными динамическими характеристиками личности. Эти индивидуальные особенности, имеющие морально-этическое содержание отражают духовную структуру личности в упомянутом понимании, которые в советской психиатрии не рассматривались как предмет научного анализа.

V. Frankl писал: «Выявить в психозе личностное и дать ему проявиться – задача экзистенциального анализа. Этот анализ стремится сквозь клинический случай разглядеть человека, раздвинуть рамки бо-

лезни до картины человека.... Экзистенциальный анализ распространяется на человека во всей его целостности, который носит не только психофизически-организмический, но и духовно-личностный характер..., и лишь ради человеческого в больном, которое скрывается за всем этим, и ради духовного в человеке, которое возвышается над всем этим, стоит быть психиатром».

Без учета духовного невозможно до конца понять ни особенности поведения психически больного человека, ни дать полное объяснение странному, «ненормальному» поведению в тех случаях, когда нет признаков патологии в работе аппарата психической деятельности.

В плане духовно-личностных ориентаций очень важно утверждение многих выдающихся психиатров (Зурабашвили А.Д., 1971, 1982; Меграбян А.А., 1978; Wyrtsch, 1967; Muller M. et Cr., 1967 и др.) о том, что психически больные способны сдерживать обусловленные «психотическим хаосом» тенденции к нелепым, опасным поступкам и даже иметь «самоконтроль над психотическими нарушениями» (Breiez A., Strauss T.S., 1983)¹.

Если, как писал И.В. Давыдовский (1962), на биологическом уровне жизнь – это форма приспособления к условиям существования, то, говоря о социальном уровне, видимо, также можно говорить о приспособлении. Л.С. Выготский (1925) писал: «Самые тонкие явления психики суть не что иное, как особо организованные и особо сложные формы поведения, и, следовательно, психика исполняет ту же приспособи-

тельную функцию, что и все другие формы приспособлений организмов без изменения их организации» (С. 16).

Основной вопрос, однако, в том, приспособление к чему – к условиям существования или к требованиям своей совести? Социально-личностная целостность предполагает, что однозначно стрессогенно быть конформистом и одновременно идти против своей совести или же быть в согласии со своей совестью, но не вписываться в конкретные «нормативные» требования существующей социальной парадигмы. Видимо, здесь всегда должны быть два ракурса рассмотрения – внешний и внутренний, «объективный» и субъективный. И то, что внешне может показаться «объективно» ненормальным, субъективно является нормальным, представляет индивидуально-личностную норму поведения, согласованную со своей совестью.

Вот почему, каким бы странным, непонятным, социально неприемлемым ни казалось поведение, но если оно согласовано с совестью субъекта, то ненормально оно только внешне, а по существу оно субъективно нормально, так как соответствует индивидуально сложившимся особенностям высшего, социального, ноэтического уровня измерения. Поэтому, если свобода в выборе таких действий не ограничена неадекватным функционированием нижележащих уровней измерения (болезнью), то речь должна идти о личностно согласованном действии, о психологическом выражении ее духовности. К этому положению мы еще вернемся, рассматривая диссидентство больных шизофренией.

Нельзя, наконец, не отметить тех субъективно переживаемых больными затруднений в коммуникациях, от которых они, не считая их проявлениями психического заболевания, пытаются избавиться самолечением (чаще всего употреблением алкогольных напитков, наркотиков или каких-то психотропных препаратов). G. Bateson (1980) установил, что больные шизофренией обнаруживают слабость **Я** на трех уровнях «и испытывают:

- a. трудности в признании пригодным способа взаимосвязи через сообщения, которые он получает от окружающих;
- b. трудности в признании пригодным способа взаимосвязи через вербальные и невербальные сообщения, которые он передает сам;
- c. трудности в признании пригодным способа взаимосвязи со своими собственными мыслями, ощущениями и восприятиями» (с. 12).

¹ Один из больных моего третьего урока совершил три подряд суицидальные попытки, когда почувствовал, что теряет силу сопротивляться «наседающим» на него приказам убить любимую дочку: выбежал на кухню и залпом выпил флакон уксуса – ожидаемого эффекта не последовало, повесил веревку к люстре и повесился, но люстра сорвалась, тогда выпрыгнул в окно с третьего этажа – сломал ноги, но остался жив. Врачам «скорой» объяснил причину суицидов и после хирургического лечения был переведен в психиатрическую больницу, из которой выписался без психотических проявлений. Приступ с императивными «голосами» повторился через 2 года, когда больной был вне дома. С первыми же «приказами» он буквально прибежал в психиатрическую больницу с мольбами немедленно его госпитализировать. Но ему выписали аминазин и рекомендовали придти после выходных. В тот же день больной убил свою любимую дочку – как потом объяснял: «голоса» полностью «совладали» с ним.

Все эти затруднения, конечно, не могут не отразиться на жизни больных в социальном плане и должны учитываться при многофакторном анализе их судьбы.

1.2. Сущность фактора «Синдром»

Клиническая феноменология весьма различна у больных, находящихся в рубрике F20 по МКБ-10. Как отмечалось, при шизофрении описывается более 100 только основных синдромов, одни больные по набору симптомов могут резко отличаться от других, имея при этом сущностное единство – расстройство самосознания. Расстройство самосознания при шизофрении, как отмечалось, это – специфический интеграл нарушений тех психологических процессов, которые формируют Я-концепцию личности на основе искаженного понимания смыслов информации из источников внутреннего и внешнего мира и являются тем проявлением схизиса, который обусловлен ксенопатией. В этом суть фактора «Синдром» в системном анализе судьбы больных. Его дальнейшее рассмотрение должно быть в единстве факторов «Личность» и «Ситуация».

1.3. Фактор «Личность» и его многогранность

Реальные судьбы больных шизофренией показывают, что при одном и том же типе течения заболевания и при одном и том же синдроме и даже в сходных ситуациях именно индивидуальные личностные особенности больных определяют широкий диапазон вариантов конкретного социального поведения – от крайне альтруистического до крайне агрессивного. В этом смысле личность больного является фактором, интегрирующим детерминанты поведения и определяющим его вектор в сторону социально приемлемого или социально опасного. Это у больных шизофренией обусловлено тем, что их Я всегда совмещает (в динамической пропорции) психические расстройства с психологической нормативностью (разумеется, что речь не идет о тяжелых психотических состояниях с блокировкой самосознания).

Выявление тех индивидуально-личностных особенностей больного, которые можно и должно использовать для борьбы с болезнью, и тех, которые могут препятствовать выздоровлению и адаптации, а также

знание и, соответственно, профилактика и купирование личностно-значимых психотравмирующих факторов и других обстоятельств, способных усугубить заболевание или задержать выздоровление – абсолютно необходимо для психиатра и психотерапевта общей и судебной психиатрии.

Им также необходимо иметь четкое представление об отношении больного шизофренией к самому себе и к своей болезни, которое связано с широким спектром социально-личностных вопросов и проблем: как влияет факт заболевания и перспективы выздоровления на социальную роль больного в системе семейных, трудовых и иных отношений, что может служить психологическим стимулом сохранить и даже повысить социальный статус, а что – депримирует больного, что может вызвать положительные эмоции, а что – раздражение и психологическое напряжение и даже формировать суицидальные тенденции. При сходной картине психопатологии больные, находящиеся в одних и тех же жизненных ситуациях (в том числе, лечебного учреждения) на все упомянутые проблемы смотрят по-разному, разные факторы и обстоятельства могут, как помочь их разрешению, так и, наоборот, служить препятствием. Учет этих положений врачом-психиатром и психотерапевтом должен быть основой в разрешении проблем в судьбе больного.

Еще крупнейшие психиатры XIX в. W. Griesinger, С.С. Корсаков о психозах, которые в последующем стали трактоваться как шизофрения, совершенно обоснованно говорили, что при них страдает личность больного. Это важнейшее положение остается в силе до последнего времени.

Личность – главный предмет психологии, а психология – это основа психиатрии. Без знания нормативности психологических процессов невозможно констатировать (верифицировать) их расстройства и сопряженность последних с особенностями социального поведения больного. Не случайно классические руководства по психиатрии всегда начинались с разделов, посвященных общей психологии.

Несмотря на давно обозначившуюся актуальность для психиатрии проблем, сопряженных с понятием личность, до последнего времени нет четкой дефиниции, что такое личность, каковы ее структуры, что может в результате шизофрении в ней поражаться (как долго, как устойчиво) и что может оставаться практически сохраненным с преморбид-

ного периода, то есть всего того, что, собственно, детерминирует мотивацию конкретных поступков и всю социальную деятельность больного в целом, которая складывается в его судьбу.

Теоретические (методологические) основы понятия личность и многогранность ее проявлений в социальной деятельности имеют много разночтений, дискуссии по этим проблемам далеки до завершения.

Личность – это понятие, характеризующееся проявляющимися свойствами социализации. Социализация – исторически обусловленный, осуществляемый в деятельности и общении процесс и результат усвоения и активного воспроизводства индивидуумом социального опыта, то есть процесс восприятия и воспроизводства социального, нравственно-духовной экзистенции.

В отношении больных шизофренией допустимо сказать, что это *Homo sapiens*, потерявший свое *sapiens*. Но при этом следует подчеркнуть, что это и *Homo moralis*, так как это *moralis* непосредственно болезнью не уничтожается.

Если психопатология как наука об основных расстройствах психической деятельности (К. Jaspers, 1953) и стоит некоторым особняком от других медицинских дисциплин, то психиатрия в целом и особенно социальная и судебная психиатрия, непосредственно связаны с особенностями социального поведения больного, еще выше поднимается над психофизически-организмической сущностью человека, расстройства которой являются предметом общей медицины.

Я психически здоровой личности в социальных ситуациях формируется адекватностью информирования, полноценностью переработки, анализа и синтеза полученной информации для ее последующей реализации в деятельности. Между **Я** и информационными системами социума могут быть препятствия, когда вход внешнего мира в **Я** и отдача от **Я** во внешний мир могут быть заблокированы, извращены или ограничены. Эти препятствия могут быть психологическими (как это бывает, например, у адептов тоталитарных сект) и психопатологическими, что наблюдается, в частности, у страдающих шизофренией.

В методологии изучения личности и мотиваций ее поведения продуктивным является рассмотрение ее в единстве с деятельностью, что установилось еще с библейских времен («по делам твоим будут судить о тебе»).

Мотивация социального поведения – одна из сложнейших проблем в науках о человеке, тем более она сложна, когда речь идет о лицах с такой психической патологией, которая характеризует шизофрению.

Эта проблема важна для социальной психиатрии, а в судебной психиатрии вопрос о мотивациях общественно опасных деяний – ключевой. Вместе с тем является определенным дефицитом обобщенные представления о характере тех нарушений психологической нормативности, которые становятся конкретными причинами и вариантов нормативного и причин и вариантов общественно-опасного поведения лиц с психопатологией шизофрении. Уже определено, что сам факт заболевания шизофренией, с одной стороны, не является фатальной причиной ООД, а с другой – именно психические расстройства составляют медицинский критерий невменяемости как источник этих действий. В этой связи специальный анализ совокупной сущности психопатологических расстройств личности, которые нарушают психологические процессы регулирования социально-нормативного поведения у больных шизофренией, представляется актуальным, и об основе этих расстройств мы частично говорили в Главе 2 предыдущего раздела.

Любое человеческое поведение может называться действием, если оно *обладает* для субъекта *смыслом* (Max Weber, 1921). Возможность понять смысл или побуждения поведения служит основанием для его квалификации как действия, в том числе общественно опасного.носителем смыслов является личность. Причиной социально-адекватного, как и общественно опасного поведения могут быть только личностные смыслы, определяемые самосознанием больного.

Вместе с тем, расстройства самосознания при шизофрении в социальной и судебной психиатрии являются мало исследованными. Представлялось, что исследование самосознания – исключительный удел психологов (патопсихологов). Кроме того, сама по себе проблема самосознания представляется крайне сложной, и, более того, она еще находится в стадии своего далеко не законченного развития.

В психологии учение о личности в последнее время определилось как самостоятельное направление – персонология. Хотя основные теоретические концепции персонологии, предлагаемые разными школами, весьма противоречивы, однако психиатр может в них найти много инте-

ресного и полезного для понимания мотивации социального поведения лиц с психопатологическими расстройствами.

Большинство персонологов, давая разные описания и объяснения поведения, склонны допускать, что внутренние задатки (или то, что они называют *переменными человека*) ответственны за поведение человека и могут адекватно объяснить его. Иначе говоря, главный тезис психологии личности этого направления заключается в том, что внешнее поведение отражает действие глубинных причинных факторов, которые относительно стабильны во времени и ситуациях. Психодинамическая теория S. Freud является ярким воплощением этой точки зрения: она претендует на то, что все поведение человека можно объяснить в терминах инстинктивных потребностей, ранних кризисных детских переживаний и бессознательной мотивации. С этих позиций были даже попытки объяснить возникновение самого шизофренического процесса и всего поведения больного (Sullivan H., 1953; Arieti S., 1955; Binswanger L., 1963; и др.).

Полной противоположностью по существу фатальных предпосылок социальных проявлений личности по S. Freud является концепция В.Ф. Skinner, который полагал, что личность – это наблюдаемое поведение, приобретенное посредством столкновения с окружением, он даже не признал организмических или интрапсихических переменных, с которыми могут взаимодействовать ситуационные факторы. Близки к этому позиции Е. Fromm, делавшего акцент на социальных, политических и экономических факторах как главных силах, определяющих развитие типа личности.

Такие крупные авторитеты психологии как А. Adler, С.Г. Jung, Е.Н. Erikson, К. Horney, G. W. Allport, R.В. Cattell Н.Ж., Eysenck и А.Н. Maslow хотя и признавали важную роль интрапсихических процессов, однако никто из них прямо не обращался к основному вопросу бытия человека: как люди ассимилируют информацию из внешнего окружения, перерабатывают и сохраняют эту информацию в памяти и потом извлекают ее для того, чтобы использовать адаптивным образом? По мере того, как развивалась психология, становилось ясно, что когнитивные процессы (например, восприятие, память, внимание и решение проблем) являются центральными в понимании функционирования человека. Поэтому в конце XX в. в персонологии появились разработки в области

когнитивной теории (Mischel W., 1976; Markus H., 1983; Cantor N., Kihlstrom J.E., 1985), определенные положения которых представляют интерес для социальной и судебной психиатрии.

Изучение когнитивных процессов (того, как люди перерабатывают информацию, доступную им, и создают *психическую репрезентацию своей реальности*) фактически стало доминирующим направлением в персонологии.

Ключевую роль в разработке когнитивного направления современной персонологии сыграл G. Kelly (1963). Расстройство когнитивных процессов в создании психической репрезентации своей реальности является фундаментальным в понимании мотиваций социального поведения больных шизофренией, теоретические разработки G. Kelly должны использоваться для объяснения совершаемых ими любых социальных акций. G. Kelly в *своей когнитивной теории* больше всего интересовало объяснение того, *как уникальная конструктивная система человека влияет на внешнее поведение*. Когнитивная теория социального научения Albert Bandura (1977), которая признает влияние ситуационных переменных на поведение, существенно подняла развитие когнитивного подхода к пониманию личности и дает возможности объяснения фактов общего учащения криминальных деяний в современном социуме, в том числе лицами, страдающими шизофренией.

У психиатров должна вызывать особый интерес *концепция схемы* (Fiske S.T., Taylor S.E., 1991). *Схема* – это организованная структура знаний об отдельном объекте, концепции или последовательности событий. Иначе говоря, схемы – гипотетические когнитивные структуры, которые мы используем, чтобы воспринимать, организовывать, перерабатывать и использовать информацию о мире. Очень похожие на *«личностные конструкты»* G. Kelly схемы полезны, так как они упрощают поток входящей информации и делают наше сложное социальное окружение более контролируемым. К тому же схемы позволяют нам делать прогнозы о людях и событиях, сосредоточивать наше внимание на подходящей информации, не обращая внимания или не придавая значения остальному, и интегрировать неоднозначную информацию в уже существующие структуры. При шизофрении эта актуализация второстепенных смыслов в ущерб существенным достаточно часто встречается при экспериментально-психологических исследованиях.

Когнитивные персонологи утверждают, что каждый человек использует большой и сложный набор схем для осмысления мира. Достижения в изучении социально-когнитивного процесса предполагают, что схемы дают общую структуру, посредством которой перерабатывается и организуется информация, относящаяся к **Я-Я-схеме** являются «когнитивными обобщениями о самости, полученными из прошлого опыта, которые организуют и контролируют переработку информации, относящуюся к «Я» (Markus H., 1977). Я-схема состоит из свойств, определяющих **Я**, которые мы считаем наиболее репрезентативными по отношению к тому, чем мы являемся. Это включает такую личностно значимую информацию о нас, как наше имя, физические признаки, характерные аспекты наших взаимоотношений со значимыми людьми, осознанные черты личности, мотивы, ценности и цели, которые, как мы считаем, составляют нашу общую Я-концепцию. Я-схемы могут подвергаться изменению по мере того, как мы заново определяем для себя – кто мы и какими бы могли стать в новой ситуации.

Основной постулат когнитивной парадигмы в том, что переработка Я-релевантной информации контролирует как причины, так и следствия внешнего поведения. Это подтверждает идею С.Р. Rogers (1974) о том, что переживания, не совместимые с существующей Я-структурой, не символизируются или символизируются в сознании искажено. Психопатология шизофрении как раз проявляется в расстройстве переработки Я-релевантной информации, нивелируя контроль и нарушая социальное поведение.

Хотя большинством персологов традиционно принижается роль ситуационных компонентов поведения, в целом в настоящее время она не отрицается. Более того, интерес персологов к тому, как окружающее влияет на действия людей, значительно возрос в конце XX в. (Cantor N., Mischel W., Schwartz J.C., 1982). Для судебной психиатрии это оправдывает актуализацию исследований в области качества жизни больных, в частности, шизофренией как одной из возможных составляющих мотивации их общественно опасного поведения.

В современной персологии все более развивается то, что обозначается как **интеракционистский подход** – поведение определяется переменными человека, ситуацией и их взаимным влиянием друг на друга. Тезис – поведение является функцией от взаимодействия чело-

века и окружения становится все более популярным. Он наиболее ярко проявляется в концепции А. Bandura (1965, 1977 и др.) о взаимном детерминизме.

С позиций интеракционизма личность объясняется как гипотетический конструкт, который «относится к особым формам поведения (включая познание и эмоции), которые характеризуют адаптацию каждого человека к ситуациям своей жизни» (Mischel W., 1976). Переменные человека представляют собой весь прошлый опыт, закодированный в ЦНС, который помогает индивиду эффективно справляться с требованиями современной жизни. Ситуационные переменные, с другой стороны, представляет собой условия окружения, в котором осуществляется поведение и которое ощутимо влияет на него.

Существует много различных версий интеракционизма (Ozer D.J., 1986). Тем не менее, все больше исследователей соглашаются, что интеракциональная модель личности в целом дает самую лучшую систему для адекватного объяснения поведения человека (Ender N.S., 1981; Emmons R.A., Diener E., Larsen R.J., 1986).

В предложенном нами системном подходе (динамическая иерархия факторов «Синдром», «Личность», «Ситуация»), который определяет формирование как социально-адаптивного (правопопослушного), так и общественно опасного поведения больных шизофренией, составляющая «Личность» была определена как центральная [70]. Психопатология (фактор «Синдром») может блокировать, извращать или дезактуализировать основы личности. Иными словами, психопатологическая сущность синдрома нарушает когнитивный процесс, который используется, чтобы узнать и объяснить свое **Я** и мир. Понятно, что расстройства когнитивного процесса ведут к нарушению самосознания.

Ситуационные факторы также могут влиять на особенности Я-схемы, которые могут подвергаться *изменению* по мере того, как внешняя информация дает основания для изменения тех определений, которые воспринимаются в качестве наиболее репрезентативных характеристик Я-концепции. В новых ситуациях мы заново определяем роль и позицию своего **Я**. Системность подхода обуславливает своеобразный круговорот: расстройства когнитивных функций (фактор «Синдром») дают искаженную информацию о внешнем мире (факторе «Ситуация»), что, в свою очередь, искажает Я-схему (фактор «Личность»). В интег-

рале происходит то фундаментальное расстройство, характерное для шизофрении, в которой Н. Еу (1954) усматривает сущность шизофрении как «деструктуризацию сознания» (точнее было бы говорить о деструктуризации самосознания).

В анализе мотиваций социального поведения больных шизофренией нами фактически использовался (с добавлением фактора «Синдром») интеракционистский подход, по терминологии современных персонологов.

Обсуждая фактор «Личность» в проблеме мотивации поведения человека, следует еще раз остановиться на вопросе ее духовно-нравственных ориентаций. Данный вопрос в психиатрии разработан очень слабо. Причиной этому является то, что эти важнейшие науки о человеке и его поведении (общая и социальная психология) находятся «по ту сторону добра и зла», а значит и по ту сторону реальной социальной жизни. В реальной же жизни каждый наш поступок, всякое чувство, любая мысль имеют нравственную (или безнравственную) окраску. Имеют ли право науки о человеке и его поведении игнорировать нравственные аспекты этого поведения? Надо полагать, не имеют. Не имеет этого права и социальная, и судебная психиатрия, рассматривая судьбы лиц с диагнозом шизофрении. Поэтому, если мы хотим понять истинные истоки поведения наших пациентов, необходимо рассмотреть и духовно-нравственный аспект личности, об особом значении которого говорил уже упоминавшийся нами V. Frankl. Считаю необходимым хотя бы кратко остановиться на этом важном аспекте, поскольку современное поколение психиатров не имело возможности быть ориентированными в данной проблеме.

В извечной дискуссии материализма и идеализма маятник спора неизменно, с начала XIX века и до последнего времени, отклонялся влево. Крайнего положения он достиг в XX веке в странах советского блока с тотально унифицированной методологией и закрытостью доступа к литературе с иной идеологией. Жесткая идеологизация гуманитарных наук прослеживалась с первых лет коммунистического режима. В первую очередь она пришлась на психологию и выражалась в требовании материалистического понимания духовной жизни человека как особой формы психофизиологических механизмов. В этом плане примечательны те усилия советских психологов, с помощью которых они,

предупреждая прямые запреты фундаментальных руководств по психологии, пытались приспособить их к идеологическим установкам. Так, выполняя политический заказ на утверждение материалистического мировоззрения, Л.С. Выготский, неизменно подчеркивая пиетет к своему учителю проф. А.Ф. Лазурскому, тем не менее, уже в первом послереволюционном издании книги «Психология» этого автора вынужден был убрать главу «Религиозное чувство», опустить страницу, в которой утверждалось, что «понятие души как основы наблюдаемых нами психических процессов, имеет полное право на существование», и указать на необходимость иного, чисто поведенческого смысла слова «психика».

Господствующая идеология редуцированной духовности, отношение к человеку как «к винтику» в государственном механизме не могли не отразиться и на методологическом аспекте психиатрии, проявившись, в частности, в жесткой критике экзистенциализма, в отрицании значимости для психиатра духовных, смыслообразующих ценностей бытия психически больного человека. Материалистическая психиатрия советского периода предписывала в психическом состоянии душевнобольного рассматривать только расстройства аппарата психической деятельности, для нее было важно лишь то, *чем* человек заболел, а *не кто* заболел. В этом плане показательна критика А.В. Снежневским К. Ясперса. В результате больной оказывался безличным, бездуховным объектом исследования имеющихся у него симптомов, обуславливающих их патофизиологических механизмов, биохимических нарушений, а не *душевно* страдающим субъектом. Попытки в научном анализе и практической деятельности подняться над всеми этими «механизмами» считались уже упоминавшейся идеологически чуждой экзистенциализацией, умозрительной психологизацией.

По существу, советская психиатрия стала наукой о расстройствах (и соответственно, лечении) аппарата психической деятельности, то есть психофизиологических составляющих сеченовской дуги: ее звеньев восприятия, интрапсихической переработки и эффекторности.

Все это, конечно, является и должно быть компетенцией психиатра как клинициста. Но когда мы пытаемся изучить и понять душевнобольного как Человека, как целостное одушевленное существо – этого явно недостаточно. Недостаточно потому, что в анализ не включен

высший уровень, свойственный только Человеку – уровень личностный, нравственный, ноэтический, духовный. Понять конкретное социальное поведение больного и оказать ему адекватную лечебную и социальную помощь без целостного учета как собственно психопатологии, так и духовного уровня, особенностей экзистенции – просто невозможно.

Без органической веры в высшую смысловую справедливость бытия, которая, по словам Ф.М. Достоевского, «есть всегда и везде единственное начало жизни, дух жизни и жизнь жизни», любые гуманистические идеи расплзаются по швам и, теряя разумность, готовы к перерождению в свою противоположность – дело лишь во времени. Здесь не лишним будет добавить, что все так называемые общечеловеческие ценности имеют в своих истоках иудейско-христианскую религиозную нравственность, которая через фольклор, художественную литературу, традиции впитывалась и атеистами.

Действительно, инструментарию науки просто не подходят для измерения духовности. Вместе с тем, наука и религия – не антагонисты, а два разных и с разных уровней подхода к познанию человека, и при этом, как писал философ Вл. Соловьев, «христианская истина не боится мысли и знания человеческого». Об этом свидетельствует религиозность основоположников многих фундаментальных научных открытий и теорий, таких как Ньютон (автор теории всемирного тяготения), Ламарк (предложивший теорию эволюции живой природы и введший в науку понятие «биология»), монах Мендель (основоположник науки о наследственности), Дарвин (закончивший свой главный труд «Происхождение видов...» заключением, что основные виды были созданы Творцом, а естественный отбор ответственен лишь за возникновение подвидов), Павлов, основоположник учения о высшей нервной деятельности, Эйнштейн (создатель теории относительности, говоривший, что наука без религии слепа, а религия без науки хрома), великий химик и создатель Периодической системы элементов Менделеев и многие другие. Выдающийся ученый в области ракетостроения Вернер фон Браун, работавший в Германии, а после войны – в США, создавший и немецкую ракету «Фау-2», и искусственные спутники Земли «Эксплорер», разработчик аппаратов серии «Аполлон», летавших на Луну, во второй половине XX века писал: «Ничто так хорошо не организовано и

не устроено, как наша Земля. Вселенная должна иметь Создателя, Мастера, Творца. Здесь не может быть иного вывода». . . «Полет человека в космос является величайшим открытием, но в то же время – это только маленькая скважина в невыразимое богатство межпланетного пространства. Наш взгляд через эту маленькую замочную скважину на великие тайны Вселенной только подтверждают нашу веру в существование Творца и . . . просто невозможно себе представить творение без Творца». Отрицание «Творца, создателя Вселенной в настоящее время совершенно неприемлемо для абсолютного большинства ученых, в том числе генетиков, получающих непосредственную информацию о том, как устроен микромир, и исследователей макромира» (Акифьев А.П., 2002). Все сказанное, конечно, не исключает факта, что атеистические убеждения доминируют у многих других выдающихся ученых. Важно заметить, что научных доказательств существования Бога или его отсутствия нет ни у кого и быть не может, иначе речь должна бы идти о знании, а не о вере.

Как бы ни относиться к происхождению духовности, все же самый убежденный атеист должен согласиться с тем, что факт принятия человеком того или иного мировоззрения, со-существование с ним, является тем объективным фактором, который главенствует в иерархии детерминант смысловых ориентаций и социального поведения как психически здорового, так и психически больного.

Все эти качества не имеют никакого отношения к упоминавшейся сеченовской дуге, к аппарату психической деятельности, но именно они и определяют направленность этой деятельности. Усвоенные моральные принципы, идеалы, нормы построения межличностных отношений, проявляясь в конкретных ситуациях, по существу, носят установочный характер. Их определение дает возможность оценивать и прогнозировать присущие данной личности стратегию и тактику поведения в целом, в том числе и в конфликтных ситуациях. Предполагаемый подход позволяет в этих случаях, с достаточной долей вероятности, предположить, не *что* человек будет делать, а *как* он себя поведет, исходя из каких побуждений и с какой мерой ответственности отнесется к последствиям своих поступков. Этот внезологический, внесиндромальный и в то же время реально действующий духовный фактор важен как при попытках понять судьбу больного.

Приведу лишь два фундаментальных противопоставления между человеком иудейско-христианской духовности и атеистически-материалистической идеологии в их крайних позициях:

– у первого: осознание Бога как вечной и всеобъемлющей Личности, чувство постоянного сосуществования («со-бытия» – Папа Иоанн Павел II) с Богом, связи с Ним и неизбежности ответственности перед Ним, добровольность подчинения Законам и Промыслу Божьему и благодарственное принятие посланных испытаний;

– у второго: полное отсутствие чувства духовной связанности с нематериальным миром, отрицание его, самоутверждение как высший личностный смысл, борьба за существование по закону: «Не пойман – не вор», угрызение совести – религиозный предрассудок;

– у первого: единство со всем прошлым, настоящим и будущим человечества, любовь к людям и чувство личной ответственности за них, потребность в свободе для созидания, счастье в том, чтобы иметь возможность давать, а не получать;

– у второго: реальность только в этой, «земной» жизни, альтруизм нелеп, цель оправдывает средства, потребность в свободе лишь как в условии безотказного удовлетворения гедонизма, счастье в том, чтобы больше взять, а не в том, чтобы дать.

Разумеется, список противопоставлений можно продолжить, но уже приведенного достаточно для того, чтобы ожидать, что и у больных шизофренией отмеченные полярные нравственные ориентации даже при синдромально идентичных состояниях по-разному определяют их конкретное социальное поведение.

Учитывая важность обсуждаемого аспекта личности необходимо дать совет, что при начале работы с пациентом главным для психиатра должно быть установление доверительных с ним отношений. Это основное правило деонтологии в медицине. Врач может полностью потерять доверие пациента, если он, вступив в спор на религиозную тему, обнаружит свое невежество в этом вопросе – практика показывает, что врачи-атеисты, как правило, не имеют представлений о смысле и назначении религии, которая для больного является «великой силой, содействующей стремлению человека к целостности и полноте жизни» (Jung C.G., 1991). Поэтому нельзя обнаруживать атеисту-врачу негативное отношение к религиозности пациента. Какое бы ни было у врача отношение к

религии, он должен понимать, что является фактом существования пациентов, имеющих свое религиозное мировоззрение, которое определяет всю их судьбу.

Во всех традиционных религиях (даосизм, буддизм, иудаизм, христианство, ислам) помимо запрета на поступки, которые соотносимы с современными представлениями о преступлениях, существенное значение имеет и «страх Божий» – наказание за грех отступления от заповедей (учения), данного Богом. Именно такая вера дает просоциальные ориентиры реагирования, как на внутренние, так и на внешние проблемные ситуации, при этом принципиально не важно, являются ли эти проблемы реальными или же они – результат психопатологически измененного или извращенного понимания своего **Я**, ситуации действия или всего бытия в целом.

Психиатрическая практика знает много случаев, когда больные даже в состоянии «психотического хаоса» сдерживали себя от совершения неприемлемых с религиозных позиций поступков, прощали своих мнимых преследователей, молились об отпущении им греха их злых помыслов.¹

Все эти религии наставляют своих адептов на законопослушное поведение. Вера, соответствующая этим религиям, становится нравственными константами личности, которые не разрушаются психическими заболеваниями. Другое дело, что отнесение себя к той или иной конфессии еще не означает действительной «жизни по слову Божию». Религиозностью прикрывались многие преступные деяния. К сожалению, запреты на какие-либо криминальные действия исполняют только ортодоксальные (во церковленные) верующие (что уже не плохо), однако легко обходятся людьми, исповедующими новые версии этих религий (сектантами), а также теми, кто только называет себя веру-

¹ Во время свидания в психиатрической больнице с моим пациентом из второго урока и бесед с ним на разные темы – о спорте, искусстве, политике он неожиданно для меня осенял себя крестным знаменем. Вечером он позвонил мне домой и спросил, не заметил ли я чего-то странного в его поведении. Я ответил, что заметил и сказал, что это его личное дело. Он же рассказал, что во время беседы «в голову входили голоса», которые приказывали ему двумя пальцами выколоть мне глаза. Когда же он осенял себя крестным знаменем, то «приказы отступали».

ющими, но не имеет глубокой воцерковленности. Об этом достаточно полно свидетельствует как история, так и реалии современной жизни. Общий обзор данного положения (на примере католицизма) представлен в книге Deschner Karlheinz (1996) «Криминальной истории христианства». Подобное наблюдается и в других религиях. Заявители от имени Аллаха или его пророка Мухаммеда о праведности террористических акций, выражают явное отступление от ортодоксального ислама.

Психически больные, в частности шизофренией, совершившие агрессивные действия под влиянием такой искаженной религиозности, признаются невменяемыми в силу болезненного расстройства психической деятельности, хотя мотивация ООД исходила от криминогенного религиозного убеждения, питающего современный терроризм (Ястребов В.С., 2004).

С падением авторитета церкви, религиозное самосознание как фактор, сдерживающий от агрессивных действий, стал прогрессирующе терять свое значение как у психически здоровых, так и у больных шизофренией (последний год, когда в Москве не было ни одного убийства, был 1861 – первый год либеральных реформ в России с их доктриной «цель оправдывает средства»). Одновременно стали утверждаться приоритеты материальных, а не духовных ценностей. Эти новые смыслы жизни входят в социальную нормативность и не могут не отражаться на модусе поведения и мотивации поступков как психически здоровых, так и больных, в том числе шизофренией.

Данное положение отчетливо выявилось при исследовании вопроса о качестве жизни – самосознания больным своего качества жизни (КЖ).

Разработка проблемы КЖ в медицине в целом и в психиатрии в частности имеет общую сложность, обусловленную нечетким определением самого понятия. Несомненно, одно: ее разработка ведет к логичному, закономерному отходу от организмического понимания социального поведения и самосознания больного к смещению акцентов с изучения узкоклинических проявлений психического заболевания к изучению пациента со всеми его личностными и социальными особенностями, его жизни, нуждам, успехам и неудачам, суждениям и оценкам, в том числе касающимся заболевания и его последствий. (Шмуклер А.Б., 1999; Baker F., Intagliata J., 1982; Oliver J. et al., 1996; и др.).

Ситуации жизни больного, в которых могут накапливаться, формироваться и приводить к самым различным акциям, создавая тем самым лично значимые проблемы, имеют прямое отношение к тому, как складывается его судьба. Вместе с тем оценка складывающихся ситуаций и своего качества жизни в них всегда субъективна и именно характер этой субъективной оценки (а не реальные особенности ситуации сами по себе) определяют мотивации поведения. Очень точно субъективизм в оценке КЖ определил К.С. Calman (1984) – это «расхождение между ожиданиями и достижениями человека».

Субъективному пониманию больным качества своей жизни (а не ситуации реальной жизни) отдается приоритет практически во всех работах, касающиеся проблемы КЖ [159, 173, 190, 193], (Шмуклер А.Б., 1999; Becker M. et al., 1993, 1997; Barry M., 1997; Katschnig H., 1997; Leff J., 1997; и др.) и это особенно важно для социальной и судебной психиатрии, поскольку именно характер субъективного отношения к этим проблемам входит в конструкт его самосознания и определяет мотивы его поведения, формирует его судьбу.

Сложность оценки КЖ, по выражению С.Р. Жоусе, «заключается в том, что «качество жизни» является предметом многочисленных воздействий, различающихся количественно и качественно у разных людей и даже у одного и того же человека могущих варьировать в различные моменты времени» (цитировано по G. Beaumont, 1994), поэтому и оцениваться оно должно на определенном отрезке времени как меняющийся параметр. Более того, отмечено, что больные могут быть удовлетворены своей жизнью в какой-либо одной ее сфере, например, трудовой деятельности, и не удовлетворены в других: семейной, социально-бытовой [173, 190, 193]. Таким образом, важен учет всего спектра показателей, отражающих различные стороны социального функционирования больных и их субъективную оценку. Подобный многоаспектный подход к оценке качества жизни больных, который охватывает различные конкретные сферы жизни (работу, семейную жизнь, материальное положение и другие), признается наиболее продуктивным (Katschnig H., 1997).

Как упоминалось, для понимания позиций субъективных оценок больным своего КЖ следует учитывать его социально-нравственные ориентации («нравственную конституцию»), в том числе мировоззрен-

ческие представления и религиозные убеждения – религиозное самосознание личности.

Религиозные позиции определяют социально-нравственные ориентации, выражающиеся в отношении к интересам, достоинству и жизни другого человека. От них идет личностная оценка как реально сложившихся ситуаций (материально-бытовых, межличностных и др.), так и отношения к ним. Действительно плохие жизненные обстоятельства с адекватно низкой оценкой своего КЖ у больного с религиозной смиренностью перед ними и возможностью допускать изменение неблагоприятного положения только социально приемлемыми способами, не противоречащими понятию добродетели, явно противостоит атеистическим установкам взять от жизни всё любым путем. При дефиците нравственного самосознания, когда «цель оправдывает средства», допустимость улучшения качества своей жизни может выражаться в противоправных, в том числе агрессивных, формах поведения даже тогда, когда реальная ситуация может иметь достаточно высокий уровень (один из наблюдавшихся нами больных совершил убийство с тем, чтобы завладеть автомашиной «Мерседес», так как его «Волга» для него была уже не престижной).

Внутренний мир больного шизофренией наполнен смыслами и переживаниями, так или иначе связанными с реальной жизнью. Данное положение со всей категоричностью представил такой крупнейший исследователь шизофрении, как М. Bleuler (1960). По существу он сказал: ничто человеческое не чуждо больным шизофренией. Аналогичные положения других авторитетных психиатров современности цитировались выше.

Стало быть, в конструкт самосознания больных входит не только психопатологическая переменная (фактор «Синдром»), искажающая субъективное понимание КЖ, но и личностно-константная (фактор «Личность»). Все это образует тот схизис, который искаженно или адекватно отражает реальную микро- (например, семейные проблемы) и макроситуацию (например – социальную дискриминацию) и формирует мотивации поведения. Как про-, так и антисоциальная направленность этих мотиваций исходит из сочетания нормативных и психопатологических составляющих самосознания.

Если вопрос о типизации личностных индивидуальностей сам по себе крайне сложен, то еще более сложным представляется вопрос о

типизации деятельности. Однако, в общем для целей социальной и судебной психиатрии можно остановиться на двух альтернативных вариантах: социально приемлемое и социально опасное поведение – соответствует или нет конкретное поведение больного социально-адаптивным или уголовно наказуемым действиям. В пределах этой альтернативной типизации, основанной на ретроспективном анализе поведения и особенностях статуса, находятся разные вариации в силу того, что приемлемость или опасность социального поведения может быть обусловлена факторами разных сфер, приводящими, в известной мере, к случайным или закономерным формам деятельности. Это обуславливает необходимость изучения не только этих факторов, но и их иерархии значимости, синергизма и антагонизма, а также устойчивости и динамики. Без этого не представляется возможным ни оценка, ни прогнозирование поведения психически больного в пределах указанных альтернатив. Вместе с тем все сказанное поднимает вопросы о минимальном пределе необходимой информации для достаточно определенных суждений и о пределах реально (в практической работе психиатра) доступного материала для такого анализа.

При рассмотрении роли личности в конкретных проявлениях деятельности больных шизофренией в плане концепции единства «Личность-деятельность» минимально необходимым является выделение и изучение, по крайней мере, трех ключевых структур, составляющих это единство, анализ которых соответствует целям решаемого вопроса.

Деятельность понятие ситуативное – она всегда протекает в конкретных ситуациях, что позволяет выделить факторы «Личность» и «Ситуация» и говорить об их сущностном единстве в деятельности. Исходя из этого свойства фактора «Личность», его следует анализировать только в сопряженности с фактором «Ситуация» (имеется в виду ситуация деятельности личности). Деятельность – интегральный результат этих факторов, которые создают системное единство «Личность – Ситуация».

При анализе фактора «Личность» в аспекте деятельности требуется определить, *откуда, куда и как* осуществляется деятельность в конкретных ситуациях и как при этом понимаются смыслы данных ситуаций.

Любое социальное действие начинается с той составляющей самосознания, которая определяет понимание смысла роли и позиции сво-

его **Я** в ситуации действия (*откуда* начинается деятельность) и смысла самой ситуации. С этой позиции деятельность **Я** в данной ситуации имеет конкретную направленность (*куда*), определяемую смысловым содержанием константной составляющей самосознания личности в виде ее социально-нравственных основ. Возможности достижения конечного результата в определенной направленности – составляющая, характеризующая динамический потенциал личности (*как*). И ориентация позиции, с которой осуществляется деятельность, и определение ее направленности и способность к реализации – все это значимые составляющие конечного результата в виде определенного социального поведения (деятельности) в конкретной ситуации. Определение этих трех ключевых составляющих (*откуда, куда и как*) характеризуют интеграл системы «Личность – Ситуация» в различных сферах деятельности.

Здоровье подразумевает возможность личности осмыслить ситуацию и реализовать себя в ней в деятельности, соответствующей своим нравственным основам. Однако при любой патологии (и соматической, и психической) в интеграл системы «Личность – Ситуация» входит фактор «Синдром». Этот фактор способен ограничить, изменить (извратить) или заблокировать деятельность личности. В этой новой системе «Синдром – Личность – Ситуация» социальная деятельность индивида изменяется соответственно конкретному содержанию и тяжести фактора «Синдром», это происходит и при физической и психической патологии. Дальнейшая судьба заболевшего зависит от факторов «Личность» и «Ситуация». И при соматической и при психической патологии эти факторы могут усугубить проявления фактора «Синдром», но могут быть важными, иногда определяющими в судьбе больного факторами сопротивления болезни или посильного к ней приспособления вплоть до удовлетворяющего качества социальной деятельности (функционирования).

С психопатологической точки зрения шизофрения может привести к расстройствам каждой из упомянутых основных составляющих фактора «Личность», что и оправдывает определение этого психоза как болезни личности. Как личностное определение смысла роли и позиции своего **Я** в той или иной сфере социальных отношений, так и система взглядов, убеждений, мировоззрения, направляющих деятельность, и сама способность к ее реализации – все это может в результате заболевания претерпеть радикальные изменения и быть соответствующим

образом психопатологически квалифицировано. Следовательно, психопатологический анализ является неотъемлемой частью структурного анализа изменения деятельности личности в результате психического заболевания. Вместе с тем, структурный анализ в отличие от узко психопатологического метода, исследует личность в более широком плане ее социальных связей и отношений, в том числе сохранных сторон личности, неизменных с преморбидного периода стереотипов построения межличностных отношений, ценностных ориентаций, выработанных и устоявшихся форм поведения, преморбидной подготовленности к агрессивным поступкам и другим противоправным деяниям и т.д., что может быть учтено как факторы, влияющие на социально-адаптивное поведение, в том числе как факторы, сдерживающие или способствующие совершению ООД.

Поражение каждой из выделенных составляющих далеко не всегда бывает тотальным, чаще всего оно избирательно, что и дает основание говорить о частичной сохранности личности. Более того, нарушения в каждой из составляющих обычно развиваются неравномерно, причем эта десинхронизация в развитии расстройств единства «Личность – деятельность» может проявляться по-разному – от социально положительного до виртуально или реально опасного в различных социальных сферах. Конкретный характер каждого нарушения в каждой из выделенных составляющих при наличии относительной сохранности иных элементов той же или других составляющих образует индивидуальный комплекс детерминант поведения, из которого в определенной иерархической зависимости могут быть выделены факторы риска совершения как первичного, так и повторного общественно опасного деяния.

Высказанные положения являются некоторыми обобщениями результатов наших исследований формирования социального поведения больных, построенных на сравнительном анализе разных групп больных, каждая из которых имела максимальное психопатологическое сходство, но отличалась фактом совершения или несвершения ООД.

Как отмечалось, первой, исходной составляющей конкретной формы деятельности, поведения в определенной системе социальных связей является ориентация (самосознание) индивидуумом своего личностного **Я** именно в этом кругу социальных связей. Эта ориентация по существу является субъективным восприятием как самого себя, так и

внешнего мира. Она отражает то, как субъект понимает свои права и обязанности по отношению к другим (входящим в данную систему социальных связей) лицам и одновременно – как он понимает права, обязанности и отношение последних к себе (экспектационные связи по Т. Shibutani). В многообразных системах социальных связей экспектационные отношения личности весьма различны. В зависимости от позиции **Я** в конкретных системах самосознание своей роли в них может быть то главенствующей, то подчиненной, то ординарной, то нейтральной. Соответственно этому в разных системах по разному определяются как права и обязанности самой личности, так и права и обязанности сопряженных в системе других личностей и их отношение к субъекту деятельности (справедливое, поощрительное, предвзятое, враждебное и т.д.). Все это является исходной позицией деятельности, результат которой в каждой конкретной системе социальных связей соизмеряется с субъективной оценкой достигнутого, причем даже если объективно никаких изменений не произошло – это может еще более неблагоприятно или, наоборот, оптимистически оцениваться и быть большим или меньшим стимулом к деятельности. Формирование такой самооценки достаточно сложное. Наряду с социальными детерминантами, в них участвуют и наследственные – достаточно упомянуть такие дисгармонические черты, как мнительность, паранойяльность (**Я** в роли объекта насмешек, необоснованных придириков, ущемленного в правах и интересах), которые как «сквозные» симптомы проходят через ряд поколений.

Нарушение первой составляющей в разных степенях и формах выраженности можно наблюдать при всех психопатологических синдромах (разумеется, без помрачения сознания) и считать универсальным расстройством, дающим основание понимать шизофрению как болезнь личности. Наиболее отчетливо это расстройство наблюдается при бредовых синдромах, когда больной в одной или нескольких системах социальных связей всегда ложно оценивает экспектационные отношения: свое место и роль в том или ином круге связей (а стало быть, и отношение к себе в том же круге) он оценивает вне соответствия объективному отражению реальности – это основа квалификации состояния как бредового. Важно, что в других конкретных кругах социальных связей эта оценка может оставаться адекватной реальности и не являться первопричиной болезненно неправильного поведения: так, из-

менившиеся внутрисемейные отношения в результате того, что муж видит себя в роли обманутого супруга, могут быть отправным моментом опасного поведения в отношении жены и мнимых любовников, но не изменившаяся субъективная оценка своего положения в трудовом коллективе, сохранность преморбидных экспектационных отношений в этой системе не поведет к опасному поведению в данной микросреде. Сказанное подчеркивает необходимость не только точности в квалификации всего спектра социальных связей, в котором произошло болезненное изменение экспектационных отношений, но и определение спектра социально-нормативных позиций. Как новая болезненная личностная ориентация своей роли и позиции, так и преморбидно сохраненные стороны личности могут быть причинными факторами дезадапционного и опасного поведения больного. Важно, что опасное деяние больного может быть непосредственно не связано с имеющейся болезненной переориентацией роли и позиции **Я**, если она лежит в плоскости совсем иных социальных отношений.

Интересно отметить, что даже в случаях значительной длительности заболевания далеко не всегда изменения в личностной ориентации детерминированы собственно эндогенным процессом. Некоторые из таких изменений, обусловленных социальными факторами, могут интерпретироваться в плане когнитивной теории социального обучения А. Bandura при анализе роли личности больных в их опасном поведении. Так, неоднократные освобождения от уголовной ответственности с непродолжительными периодами принудительного лечения приводят к ориентации личностного **Я** как не ответственного перед законом и с этой позиции совершаются повторные ООД.

Второй составляющей, определяющей конкретную деятельность личности, является ее направленность, отражающая социально-личностную характеристику человека (содержательный аспект личности). Направленность конкретной социальной деятельности определяется той иерархией мотивов, которая актуальна при данной субъективной оценке конкретной ситуации и своей роли в ней.

Всякая конкретная направленность в каком-либо отдельном спектре деятельности отражает общий вектор направленности личности, то есть ту совокупность взглядов, идей и убеждений человека, которые стали руководящими в его активной деятельности и характеризуют стиль

построения межличностных отношений, модус поведения в социальной сфере, то есть то, чем характеризуется нравственная конституция индивида. Различные черты, составляющие содержательную часть личности, могут определять конкретное социальное поведение – способствовать или сдерживать противоправный поступок, различные сочетания этих черт могут формировать антисоциальную направленность и нейтрализовать ее. Как отмечалось выше, альтернативные ряды этих черт должны отражать допустимость или недопустимость агрессии, пренебрежение чужими интересами ради своих, приемлемость или неприемлемость нарушений общепринятых морально-этических норм и правил межличностных отношений и еще многое другое, что может характеризовать личностную направленность в целом и в конкретной системе социальных связей. Мы умышленно ограничили описание таких черт, потому что, во-первых, далеко не все они значимы при определении судьбы конкретного больного, а во-вторых, их трудно полностью перечислить, например, R.B. Cattell разрабатывая свой 16-факторный личностный тест, насчитал свыше 4500 черт, имеющих морально-этический, социальный оттенок, W. Klages только в немецком языке выделил 4.000 слов, отражающих духовное содержание личности.

Что из этого многотысячного перечня может поражаться в результате развития шизофрении?

Важно то, что та или иная черта не проявляется в личности полностью: больной (так же как и здоровый) может быть принципиально честен, порядочен в сфере одних социальных связей и может обнаруживать противоположные качества в других; именно поэтому при исследовании этой второй составляющей важна конкретизация круга социальных отношений, в которой определяется направленность. При определении вектора направленности следует ориентироваться не на субъективную самооценку, а на объективные данные всего предшествующего поведения. K. Leonhard (1981) в своей типологии личности специально подчеркивал, что заявления обследуемого могут служить лишь ориентиром, критерии же определения личности – это особенности поведения человека в конкретных ситуациях.

Новая, обусловленная заболеванием роль и позиция **Я** может при сохранившемся просоциальном «кодексе поведения» привести и к социально опасному действию. Альтруистическими и высшими государ-

ственными интересами нередко объясняют свои опасные деяния больные с экспансивным бредом изобретательства, которые своим «открытием» хотят осчастливить мир, но встречают на этом пути препятствия. В первую очередь это относится к представителям группы «идейно упорных», стенично стремящихся найти правильные решения поставленной перед ними задачи. Будучи абсолютно уверенными не только в научной истинности своей идеи, но и в ее большом социальном значении, такие больные активно пытаются реализовать ее в жизни. Все сомнения в этой «истине» они воспринимают как козни врагов, которые «ставят палки в колеса». И тогда начинается борьба с этими врагами, врагами не их лично, а человечества, для пользы которого сделано открытие: больные превращаются в преследователей своих преследователей. Это усложнение бреда изобретательства становится крайне опасным, что проиллюстрирует следующий экспертный случай из нашего четвертого урока.

N., крупный ученый одного из особо секретных оборонных НИИ, обвинялся в умышленном убийстве референта Президента академии наук СССР М.В. Келдыша. N. наряду с плановой работой своего НИИ самостоятельно, скрытно от коллектива занимался собственной разработкой «особо эффективного оборонительного оружия». Всю техническую документацию хранил в персональном сейфе. После того, как N. счел, что изобретение готово, он пошел к начальнику НИИ и предложил тому ознакомиться с его трудом, предупредив, что документ имеет особую секретность, так как в нем изложена разработка оборонительного для всей страны оружия 100% эффективности. Через несколько дней N. имел с начальником обсуждение своего изобретения. Начальник отметил не только научное, но и политическое значение сделанного изобретения, вместе с тем он указал, что в нем есть отдельные положения, которые нуждаются в коррекции. N. отказался вносить коррективы, подумав, что его изобретение начальник или хочет присвоить и получить высокие награды, или, наоборот, для вида его закрыть и передать американцам, предав Родину. Сошлись на том, что изобретение обсудят на секретном заседании ученого совета НИИ. Выступавшие на ученом совете говорили об особой эффективности нового оружия, однако все отметили ту логическую ошибку, без устранения которой изобретение не может быть реализовано. N. вновь не принял замечание и счел, что члены ученого

совета в сговоре, они не заинтересованы в оборонной мощи страны и будут препятствовать реализации его изобретения. Тогда N. решил идти на прием к М.В. Келдышу, Президенту академии наук СССР, показать свое изобретение и рассказать о чинимых ему препятствиях. Референт Президента сказал N., что, прежде чем передать «шефу» техническую документацию, он должен с ней предварительно познакомиться на предмет целесообразности загружать Президента. Соблюдая все необходимые требования к передаче особо секретных документов, референт взял у N. пенал с чертежами и папки с технической документацией, после чего назначил дату ответа. В назначенный день N. пришел на встречу к референту Келдыша, который сказал, что Президент заинтересовался его изобретением, но отметил несколько положений, без переработки которых проект не осуществим. Встретив отказ, N. еще больше убедился в особой важности своего изобретения, а также в том, что на пути к его реализации стоят враги. Он был убежден, что референт, поняв огромное значение изобретения, не показывал его Келдышу и решил продать американцам. N. ответил референту, что он легко и быстро устранит сделанные замечания и вновь придет с исправленным вариантом, на что получил согласие референта. Через несколько дней N. появился в кабинете последнего с пеналом для чертежей. В пенале он принес обрез винтовки, из которой в упор расстрелял референта. В своем объяснении содеянного он утверждал, что «совершил патриотический акт, ликвидировав агента империализма и врага Родины».

Мы уже отмечали, что эта составляющая, содержание которой в наибольшей степени детерминировано социальными факторами, в наименьшей степени подвергается изменениям в результате психического заболевания.

Третьей составляющей единства «личность-деятельность» являются динамические (реализующие) качества, определяющие способности (возможности) к осуществлению деятельности. Эти собственно личностно-характерологические особенности индивида также очень многочисленны и могут по-разному проявляться в зависимости от направленности деятельности. Так, W.H. Sheldon (1942), изучая разнообразие темпераментов, выписал из литературы по психологии личности 650 наименований черт, характеризующих динамические особенности личности. В плане социального поведения особо значимым является выде-

ление следующих альтернативных рядов: стеничность, активность, решительность и настойчивость при реализации своих намерений, аффективный напор при защите своего мнения или же пассивность, боязливость, подчиняемость, внушаемость, отсутствие собственной инициативы при реализации своих намерений, неуверенность в себе.

В результате шизофрении изменения в этой личностной составляющей происходят в целом в сторону снижения витального тонуса, развития апатико-абулических проявлений, но могут выражаться и резким повышением активности (маниакальные синдромы), и определенным расщеплением (гиперактивность в одних сферах и аспонтанность в других).

Отмеченные три составляющие не охватывают все стороны, которые могут характеризовать личность как индивид (например, интеллект, запас знаний и др.), однако они могут ориентировать психиатра при прогнозировании поведения больного. В этой связи не может быть вообще социально опасных больных, а может быть социально опасным больной, когда сочетание его индивидуальных личностных особенностей с определенным синдромом (и его фабулой) в конкретных ситуационных обстоятельствах интегрируется в вектор социальной опасности. На основании вариаций данных составляющих представляется возможным определить не только иерархию факторов риска опасного поведения, но и их динамику с выделением относительно устойчивых и менее постоянных, переменных факторов этого риска.

Видимо, те индивидуальные психические свойства, которые входят в структуру выделенных составляющих и не подверглись болезненным изменениям (а стало быть, их нельзя психопатологически квалифицировать), остались относительно сохранными с преморбидного периода и являются значимыми факторами, определяющими альтернативы поведения. Учитывая именно эти сохранные свойства психики, причастные к ориентации позиции и роли **Я**, направленности деятельности и способности к ее реализации в тех или иных системах экспектационных связей, можно определять роль личности как фактора, влияющего на социальную деятельность, в том числе повышающего или снижающего адаптативные возможности и вероятность совершения общественно опасного деяния.

Различая в детерминантах опасного поведения больных шизофренией психопатологически измененные и сохранные аспекты личностно-

го фактора, к первому следует относить все то, что изменяет личность, лишая ее способности социально детерминированно организовать и осознать свое поведение, свои поступки. Вместе с тем, если эти изменения, отвечающие, кстати, критериям невменяемости, обусловили ООД, то, строго говоря, здесь также речь может идти о роли личности в опасном поведении, но личности больной, измененной. В этом плане ООД также личностно детерминировано: оно является результатом новой (болезненной) личностной ориентации **Я** и новых качеств иных составляющих единство «Личность-деятельность».

Новые особенности личности отмечаются и в постпсихотическом периоде. Они далеко не всегда выражаются в виде изъяна, дефекта и могут характеризоваться образованием новых продуктивных явлений – «ложного жизненного воззрения». В литературе имеется ряд описаний таких процессуально обусловленных стойких сдвигов личности (по В.Ф. Саблеру происходит «возведение нового здания из разрушенного болезнью здания рассудка»). Отмечено, что к этим состояниям легко «липнут» отрицательные социальные воздействия (и негативные ориентации и экзогении). После перенесенного приступа остаются не развалины, а новое целое, которое и оправдывает название «развитие личности». Это своего рода продуктивное изменение (развитие) с позитивными явлениями (а не только с минусом), т.е. активное приспособление, нечто вроде «плюса», «обогащения». И в этом смысле такого рода «развитие», по-видимому, наиболее «удачная» форма приспособления.

Постпсихотические изменения, помимо изменения темперамента могут протекать в виде параноического, психастенического, истерического и ипохондрического развития, т.е. в любой форме дисгармонии и известных типов психопатий.

Появление нового жизненного опыта в виде перенесенных психотических стояний может быть фактурой для новых модусов поведения. А.В. Снежневский описывал развитие после приступа фанатичной религиозности у женщины до того атеистичной. После острых состояний с манихейским бредом часто наблюдается особая религиозность, которая может стать основой культового новообразования (секты) с фабулой, соответствующей психотическим переживаниям острого состояния (описания этих случаев будет представлено в главе 4 Раздела II).

Поскольку в клинической психиатрии болезненные расстройства личности принято традиционно обозначать на привычном языке психопатологии, а выделение синдромальных структур имеет свой самостоятельный смысл в патогенетическом, диагностическом и лечебном планах, то вряд ли рационально в этих случаях прибегать к языку социально-психологических терминов концепции единства «личность-деятельность». Вместе с тем, когда речь идет об анализе социальной деятельности больного, то этот анализ и основанный на нем прогноз должны строиться с учетом роли как болезненно измененных, так и сохранных структур личности в конкретных связях экспектационных отношений и ситуационных позиций.

При всей неоднозначности понятия личность ее расстройство – основной и общепризнанный признак шизофрении. Сохранные стороны личности и процессуально измененные лежат в основе мотивации социального поведения больного.

1.4. Роль фактора «Ситуация»

Влияние различных социальных факторов на индивидуальную клиническую картину и течение эндогенных заболеваний, а также на складывающуюся судьбу больного необходимо понимать в достаточно широком плане, в частности, отмечая их опосредованное влияние через биологические системы больного шизофренией. К этим социальным факторам помимо стрессовых относят меняющиеся условия внешней среды и жизни, сдвиги в возрастной структуре населения, улучшения медицинского обслуживания (Bleuler M., 1968; Hegarty J. D., Baldessarini R. J., Tohen M. et al. 1994;), включая снижение нейроонтогенетического риска в результате совершенствования служб родовспоможения (Сколярова Н.А., 1979).

В настоящее время, несомненно социальным фактором, влияющим на клинику психических заболеваний, является широкая распространенность алкоголизма и особенно наркоманий, которая не обошла и больных шизофренией. Этот социальный фактор через острые и хронические интоксикации может значительно видоизменять клиническую картину шизофрении, ведет к усугублению социальной дезадаптации больных вплоть до совершения ими противоправных деяний [1, 20 и др.].

Отмеченная роль стрессовых факторов в возникновении шизофрении не исключает, а лишь подчеркивает значение их влияния на дальнейшее развитие и течение заболевания. Как отмечалось, представление о большом шизофрении как об аутисте, безучастном к внешней жизни все более уходит в прошлое. В отличие от органических психозов, при изучении шизофрении выявляется «ничейная земля», которой «владеют» как психиатрия, так и психология (Wyrsh J., 1960), т.е. психопатологический подход не исключает психологического (в широком смысле слова, включая и социальные конфликты) в понимании психического состояния больных шизофренией. По мнению J. Wyrsh, «о том, что при шизофрении в отличие от невроза психическая реактивность не играет никакой роли, думали лишь те, кто считал шизофрению соматическим заболеванием, а это было далеко не всегда и не везде». Изучение его реакций на социально стрессовые ситуации, как в психологическом, так и в структурно-психопатологическом плане представляется заслуживающим большего внимания. Это особенно важно, поскольку реакции больных на психотравмирующие факторы могут создавать картину гетерогенного состояния (Андрющенко А.В., Пинаева Е.В., Никишова М.Б., 1999; Лебедева Н.С., 2001; и др.). Об этом будет специально говориться в судебно-психиатрической главе.

Внутренний мир больного шизофренией наполнен смыслами и переживаниями, так или иначе связанными с реальной жизнью. Другое дело, что патологический фактор может ограничивать и извращать адекватное понимание больным смыслов роли и позиции своего **Я** в системе как макросоциальных, так интерперсональных связей, но связь с внешним миром остается, хотя внешнее выражение этой связи может быть патологически заблокировано.

Нам в силу ряда обстоятельств представилось возможным наблюдать больного шизофренией в состоянии кататонического ступора у гроба любимого отца. Никаких внешних проявлений эмоциональных реакций у больного не было, он стоял в приданной ему позе. Однако при этом каталептическом статусе, при отсутствии мимических признаков переживания по щекам больного текли слезы. По выходу из ступора через несколько недель этот больной сердечно благодарил за то, что его отвезли из больницы домой попрощаться с отцом, рассказал, что, стоя у гроба, он был полон горя и сострадания к матери, но выразить это никак не мог.

Подобный пример дополняет наши иллюстрации возможностей адекватной и богатой эмоциональной жизни больных шизофренией, связанной с реальными ситуационными обстоятельствами, и в этой связи следует напомнить высказывание М. Bleuler, который со всей определенностью четко высказал убеждение, что даже в случаях «шизофренического слабоумия можно при глубоком изучении больных доказать, что все нормальные интеллектуальные и эмоциональные возможности у них сохранены. Они не только не разрушены, но даже не снижены болезненным процессом (как при органическом слабоумии); они сохраняются наряду или позади болезненных расстройств».

Влияние различных стрессовых, социопсихогенных факторов на клинику шизофрении во многом зависит от стадии и глубины поражения психики эндогенным процессом – чем более выражена острота собственно эндогенного состояния, тем менее выражено влияние социальных, ситуационных факторов и, наоборот (Алимов А.Д., 1961; Амбурмова А.Г., 1962; Снежневский А.В., 1989).

После начала процесса наибольшая готовность к психогенным реакциям проявляется при медленном развитии заболевания, при вялом течении, в состояниях ремиссии (Канторович Н.В., 1967; Табакова Л.И., 1974; Serban G., 1975; и др.). Дело не только в том, что вне острого состояния больные больше обращены во внешний мир, но и в том, что наблюдаемые в этих случаях неврозо- и психопатоподобные расстройства имеют непосредственную сопряженность с ситуационными (микросоциальными) обстоятельствами. Основной комплекс возможных психотравмирующих факторов, влияющих на изменение психического состояния, у больных шизофренией лежит в сфере семейных отношений, несколько реже – в более широком круге микросоциального уровня.

В систему рассмотрения должен включаться и анализ всего модуса построения межличностных отношений в семье больного. Этот аспект фактора «Ситуация» не может не затрагивать психолого-психиатрического аспекта личности больного шизофренией – особенностей фактора «Личность», что обсуждалось в предыдущем разделе.

В сферу социальных связей включают ближайшее окружение индивида (семья, родственники, друзья, коллеги по работе). При этом семейный статус больных шизофренией является одним из критериев их социальной активности. Характер социального окружения психически

больных играет существенную роль, особенно в состояниях ремиссии. Пациенты, имеющие семьи, лучше адаптированы (Аграновский М.А., 1982), а отсутствие семьи отрицательно сказывается на социальном функционировании (Вещугина Т.С., 1996).

Является достаточно доказанным фактом, что микросоциальная среда общения у психически больных и здоровых людей сильно различается (Greenblatt V., Vecerra R.M., Serafetinides E.A., 1982; Paunovic G., 1998). Так, у больных шизофренией круг значимых для них людей гораздо уже, чем у здоровых, и в целом семьи, в которых есть больной шизофренией, нередко изолированы от общества. В силу известного предвзятого отношения к заболевшим шизофренией семьи больных часто скрывают факт заболевания своего родственника. Несмотря на то, что больные испытывают необходимость в помощи со стороны окружающих, они не обращаются за ней даже в сложных ситуациях, например, когда у них формируется синдром «оппозиционной напряженности» [40, 129], проецируемый на близких членов семьи и создающих риск реально опасных ситуаций.

В семьях больных шизофренией наблюдается не всегда адекватное отношение к больному и со стороны других членов. В первую очередь это связано со стигматизацией. Данное макросоциальное явление является и значимым микросоциальным фактором. Все это не только затрудняет социальную реабилитацию больных, но и могут быть непосредственными причинами ООД.

Иллюстрациями сказанного могут быть самые разнообразные примеры.

Жена страдающего шизофренией больного С., выписанного из психиатрической больницы в состоянии хорошей ремиссии с сохранившейся трудоспособностью, отказалась пустить его домой. Она заявила, что боится его и потребовала, чтобы он больше к ней не приходил и уехал в другой город. Никакие уговоры и объяснения больного о том, что его выписали выздоровевшим, без инвалидности, что он хочет видеть своего ребенка, что у него в этом городе работа, на которой его ждут и т.п., на жену не подействовали. Больной был вынужден разъезжать по разным городам в поисках работы и места жительства. После серии неудач с трудоустройством он пытался вернуться домой. Жена вновь его не пустила в квартиру. А когда он

стал стучать в дверь, она вызвала милицию, заявляя, что боится «разбушевавшегося» психически больного мужа. При задержании больной вел себя упорядоченно, не отрицал, что в прошлом лечился в психиатрической больнице. Тем не менее, он был задержан, по настоянию жены было возбуждено уголовное дело по обвинению в хулиганстве, а судом затем определено принудительное лечение.

Как диаметрально противоположный вариант неблагоприятных микросоциальных ситуаций, связанных с предрассудками в отношении лиц с психиатрическим диагнозом и потенциально представляющих риск ООД, следует отметить чрезмерную гиперопеку. Последняя также идет от недоучета возможности социально правильного поведения больных. Такое отношение родственников унижает достоинство больных, лишает их возможности чувствовать себя полноценными членами общества, ограничивает от адекватных жизненных связей, препятствует полноценности социальной адаптации. Следствием сказанного являются острые внутрисемейные конфликты, приводящие к общественно опасным действиям больных.

Эти примеры достаточно типичны. Анализ многочисленных писем родственников психически больных, получаемых нами в ответ на выступления в СМИ по проблемам психиатрии [91, 118 и др.], а также изучение специальных опросников, распространяемых среди разных групп населения с целью выяснения отношения к душевнобольным, подтвердил, что преобладает далеко не благоприятная микросоциальная атмосфера экстрамуральной жизни больных. У лиц микросоциального окружения преобладает страх перед возможными опасными действиями больных, нигилизм в отношении возможного успеха терапии, негативный прогноз на перспективы социальной реадaptации. Поэтому у этих лиц формируются тенденции социальной дискредитации и чрезмерных ограничений больных, что относится к явной стигматизации, о которой писалось в начале книги. Данное обстоятельство реально чревато совершением больными опасных действий.

Сами же больные указывают, что из-за гиперопеки у них возникают многочисленные трудности при устройстве на работу. Приводятся факты стремления трудовых коллективов избавиться от них различными путями, а в кругу семьи – факты использования сведений о психичес-

ком заболевании для разрешения гражданских и бытовых споров в ущерб лицу, лечившегося у психиатра. Так, жена или муж, узнав о психиатрическом диагнозе у супруга и не обращая внимания на мнение врачей о возможной положительной динамике заболевания, нередко расторгает брак, изолируя от него детей.

Отмечено, что больные, характеризующиеся повышенной враждебностью и негативизмом по отношению к членам своей семьи, встречают такое же отношение и со стороны родственников (Друзь В.Ф., 1989). Присутствие в семье психически больного часто нарушает семейные взаимоотношения и является частой причиной распада этих семей (Cheadie A.J., Freeman H.L., Korner J., 1978; Гришин В.В. и соавт., 1995). В исследованиях эффективности реабилитации больных шизофренией успешность реабилитационного процесса прямо соотносится со степенью выраженности внутрисемейной конфликтности, с психологическими установками больного и членов его семьи по отношению друг к другу. Одновременно подчеркивается, что без психотерапевтической коррекции этих отношений, которая должна обеспечить у больного ощущение защищенности и сочувствия в семье, трудно добиться успеха (Minkoff K., Stern R., 1985; Strachan A.M., 1986).

Отсутствие взаимодоброжелательного отношения между больным и другими членами семьи – нередкая причина стремления больного жить отдельно. Хотя большинство одиноких больных шизофренией социально дезадаптированы, сами они редко сожалеют об одиночестве, и часть из них предпочитает такой образ жизни совместному проживанию с близкими (Друзь В.Ф., 1994).

Проведенное на примере положения пожилых больных шизофренией сравнительное исследование социального функционирования и качества жизни больных, проживающих одиноко и в семье, дало основание В.Ф. Друзь и И.Н. Олейниковой (1999) прийти к выводу о неоднозначности этого влияния. По одним параметрам, уровень социального функционирования и качество жизни у одиноких больных ниже (уровень образования, жилищные условия, материальное обеспечение), по другим – выше (уровень социальных контактов, соматическое состояние, трудовая деятельность, удовлетворенность своим положением). Давний, преимущественно непрерывно-прогредиентный процесс, помешал большинству одиноко проживающих больных получить выс-

шее образование, выработать стаж для получения более высокой пенсии, вступить в брак и иметь собственную семью. Оставшись без родственников, многие из них не смогли в полной мере воспользоваться льготами на жилье. Вместе с тем, затухание прогредиентности процесса к 60 годам у больных с ранним началом заболевания, относительная психическая сохранность, удовлетворительное соматическое состояние, позволили одиноким больным активнее заниматься трудовой деятельностью, быть более коммуникабельными и удовлетворенными своим положением.

Мелехов Д.Е. (1934), придавая особое значение заострению готовности к шизофреническим реакциям в постпсихотическом периоде, связывал данный факт с большей выраженностью, чем в инициальном периоде, негативных изменений по психопатоподобному типу. При этом отмечалось то обстоятельство, что в отличие от явно болезненных высказываний и поступков больных шизофренией, к которым именно из-за очевидности их болезненности может быть терпимым отношение в семейной среде, при психопатоподобных состояниях в силу кажущейся ситуационной «понятности» или даже обусловленности «плохим характером» взрывные, истероподобные проявления больных вызывают со стороны контактных лиц непонимание их болезненной природы и, соответственно, ведут к неадекватным назидательным мерам. Все это может приводить к напряженной конфликтной микросоциальной ситуации, чреватой новыми психопатоподобными реакциями уже в ответ на реальный конфликт.

Стрессовые обстоятельства, будь они макро- или микросоциального характера, могут вызывать шизофренические реакции, существенно изменяющие клиническую картину основного заболевания. Шизофренические реакции, впервые выделенные Е. Рорпер (1920) и Е. Каhn (1921), отличаются разнообразием клинической картины и объединяют проявления, предпочтительные как для эндогенного процесса, так и для «истинных» психогений. Манифестацию шизофренических реакций связывали с военными действиями (Рорпер Е., 1920), с техногенными катастрофами (Бунеев А.Н., 1935; Жислин С.Г., 1940), с арестом и судебными разбирательствами (Фелинская Н.И., 1968; Ильинский Ю.А., 1978, 1996), с другими социальными психотравмирующими факторами (Молохов А.Н., 1945; Канторович Н.В., 1967; Дробижев М.Ю., Выбор-

ных Д.Е., 1999; Gilbar O., 1996; Rohricht E., Priebe S., 1996; Gelder M. et al., 1998).

Новым социальным обстоятельством макросоциального уровня, который содержит стрессовый фактор, способный провоцировать дебют шизофренического процесса или накладывать существенный отпечаток на его феноменологию, является фактор, относящийся к современному изменению социокультурального фона. Изменение этого фона с достаточной очевидностью наблюдается в России с последнего десятилетия XX века. Разрушение доминирующей материалистической идеологии, сочетающееся с заполнением образовавшегося духовного вакуума разнообразной научнообразной и мистической информацией, привели к своеобразному макросоциальному феномену – к восприимчивости общественным менталитетом как псевдонаучных, так и квазирелигиозных мировоззренческих позиций, «синтез» которых позволил определить это социальное явление как «менталитет научной мистики» [114, 115], одновременно нелепо сочетающий в себе несочетающееся.

Такой менталитет стал реальностью повседневной жизни не только в результате деструктивной информационной загрузки общественного сознания, но и как следствие широкого распространения соответствующих ему практик прямого воздействия на личность под видом психотерапевтических методик или под видом новых религиозных учений. Широкое внедрение в практику медитативных психотерапевтических методик (особенно при массовых сеансах), а также распространенность в современных условиях воздействия на личность так называемых альтернативных психотерапевтов – экстрасенсов, целителей, «колдунов», парапсихологов приводит к развитию у ряда людей своеобразных психотических состояний (Корвасарский Б.Д., 1995), а вовлечение в культовые новообразования даже к расстройствам, трудно дифференцируемым с психотическими состояниями в рамках шизофрении¹.

Эти воздействия вызывают сложность дифференциально-диагностической работы не только в определении нозологической природы за-

¹ О шизофрении в психиатрических аспектах проблемы культовых новообразований («сект») будет специально говорить в главе 4 Раздела II.

болевания при непосредственном наблюдении психотического состояния, но и в оценке того состояния, во время которого данный субъект обратился за помощью к нетрадиционным целителям или вступил в число адептов нового религиозного объединения («секты»).

Интересное в этом плане исследование провел В.С. Григорьевских (1999), который наблюдал больных с психическими расстройствами, развившимися во время или после курса медицинской или альтернативной психотерапии. Поводом для обращения к психотерапевту или целителю у них служили невротические расстройства, проявлявшиеся повышенной утомляемостью, раздражительностью, бессонницей, головными болями, ипохондрическими жалобами и в отдельных случаях навязчивыми страхами, т.е. состояниями, которые могли быть чисто невротическими или же невротоподобными проявлениями дебюта шизофрении.

По описанию автора, психические расстройства психотического уровня у них развивались остро, в течение нескольких часов или 2-3 дней. Инициальный этап характеризовался появлением чувства тревоги, растерянности, изменением восприятия окружающего. У некоторых больных на высоте тревоги и страха формировался депрессивно-параноидный синдром. Наряду с подавленностью, мыслями о безысходности своего существования имелись идеи преследования, отравления. В содержании психоза доминировал страх перед целителями или психотерапевтами: больные слышали угрозы в свой адрес, отмечались ложные узнавания. У других больных формировался вербальный псевдогаллюциноз. Они слышали внутри головы речь (обычно нелестные замечания о больном, угрозы его жизни) того целителя, у которого проходили занятия. Вербальные псевдогаллюцинации носили яркий, чувственный характер, идеи овладения отсутствовали. В отдельных случаях развивался синдром Кандинского-Клерамбо с яркими и чувственными псевдогаллюцинациями, идеями воздействия, исходящими от конкретного индуктора. Их содержание отражало тематику оказываемого психологического воздействия (у больных «открывались чакры», они «входили в астрал» и пр.). Кроме того, психотические расстройства были фантастическими: больные общались с высшими мирами, потусторонними или космическими силами, говорили, что обладают способностью воздействовать на судьбы людей или целого мира.

На основании динамического наблюдения и структурного психопатологического анализа в 58% случаях автором были диагностированы приступы шубообразной шизофрении, у остальных или «Острое полиморфное психотическое состояние без симптомов шизофрении, ассоциированное с острым стрессом» (F23x1 по МКБ-10) или «Индукцированное бредовое расстройство» (F24).

Макросоциальный фактор в виде проблемы религиозного сектантства с конца XX века стал тем явлением, которое беспокоит не только общественность, но и международные организации, такие, например, как ОБСЕ. В 1999 г. Парламентская ассамблея Совета Европы «единогласно приняла рекомендацию, заявляющую о чрезвычайной важности работы по предотвращению распространения опасных сект...» и издала специальный документ о создании организаций помощи жертвам деструктивных культов («секты»). В 2001 г. состоялась первая международная конференция под названием «Тоталитарные секты – угроза XXI веку», на которой говорилось о серьезных негативных социальных последствиях деятельности этих сект, в том числе и для психического здоровья адептов. Затем подобные конференции были проведены в разных регионах на разных уровнях.

Современные секты, вызывающие своей деятельностью обеспокоенность мировой общественности и даже Европейского парламента, – это особая разновидность культов. «Они отличаются разрушительностью по отношению к естественному гармоническому состоянию личности: духовному, психическому и физическому (внутренняя деструктивность), а также к созидательным традициям и нормам, сложившимся социальным структурам, культуре, вероисповеданиям, порядку и обществу в целом (внешняя деструктивность). Такие культы противоположны созидательным традиционным вероучениям, хотя зачастую и имеют некоторое внешнее сходство (на чем спекулируют борцы за равноправие всяких вероисповеданий)» (Хвыля-Олинтер А.И., 1996). В отличие от обычных сект, новые и нетрадиционные культовые образования, имеющие указанные особенности принято называть тоталитарными. Их прозелитизм (т.е. завлечение новых адептов) чрезвычайно активный и, можно сказать, беспардонный: они без всякого предупреждения ходят от двери к двери в жилых домах, останавливают на улице незнакомых людей и тут же предлагают им свои рекламные листики,

литературу, приглашения на встречи. Ряд больных шизофренией рассказывали мне, что попали в секту, будучи завлеченными таким образом.

Нельзя не отметить и следующий макросоциальный фактор, который, будучи не связанным непосредственно с психопатологией шизофрении, вместе с тем сказывается на направленности социального поведения больных. Речь идет о публичном аудио- и видеопространстве, в котором нещадно доминирует этос отдыха и развлечения, порой агрессивно репрессивный по отношению к этосу труда. Этос труда ориентирует человека на деятельность созидательную, направленную, в конечном счете, на благо других, а этос отдыха и развлечения, провозглашающий другие ценности, ориентирует человека на растрачивание, потребление, личные удовольствия [210]. Этот этос воспринимают и больные шизофренией, что проявляется в их социальном поведении, ведя к еще большей дезадаптации, и часто обнаруживается в мотивациях их общественно опасных действий.

Другой, крайне важный макросоциальный фактор, который не только отражается на социальном поведении больных, но и создает проблемы дифференциального диагноза шизофрении, относится к социо-культуральной сфере. Этим внешним фактором является установившаяся в макросоциуме морально-нравственная нормативность социального поведения. Однако она далеко не так устойчива, как это может показаться. Данный факт убедительно показал Питирим Сорокин¹. Этот «Гегель XX века» представил доказательную систему смен социальной нормативности и ее трансформации в соответствии с «законом поляризации» – закономерностями развития в общественной жизни противоположных тенденций.

«Закон поляризации гласит, что, когда общество переживает некую фрустрацию, или бедствие, или чрезвычайную ситуацию, то большинство его членов, которые в нормальных условиях не являются ни слиш-

¹ Питирим Сорокин – «крупнейший мыслитель XX века, труды которого можно приравнять к основным трудам Гегеля, Маркса и других великих интеллектуальных первопроходцев, проложил крупные вехи, меняющие взгляд человека на мир и открывающие новые горизонты познания» (Ю.В. Яковец, президент Международного института Питирима Сорокина – Николая Кондратьева, в предисловии к трудам П.А.Сорокина).

ком благочестивыми, ни слишком грешными, проявляют тенденцию к расколу и поляризации. Одни становятся более религиозными, нравственными и благочестивыми, а другие более атеистичными, циничными, чувственными и преступными. Таким образом, большинство людей, которые в нормальное время обладают посредственными этическими качествами, движутся в направлении противоположных полюсов: одни идут к религиозному и моральному облагораживанию, другие к деградации. Эта этическая и религиозная поляризация почти неизменно происходила во всех обществах прошлого, когда на них обрушивались значительные фрустрации, катастрофы или чрезвычайные ситуации» (Сорокин П.А., 2006. - С. 145).

Почему происходит именно поляризация – четкого ответа нет, но предполагается, что в периоды стрессов и фрустраций наследственная предрасположенность дифференцированно актуализирует изменения социального поведения [210].

XX в. можно назвать веком фрустраций – две мировые войны и множество локальных, трагические политические перевороты и масштабные гражданские войны, терроризм и реальная техногенная угроза «конца света» – это, несомненно, принципиально новое явление в социальной экологии современного человека по сравнению с той окружающей социо-культуральной средой, в которой формировались морально-нравственные нормативы, ставшие традиционными для своего времени.

На этом фоне в XX веке появились и стали устойчиво развиваться по закону поляризации две противоположные тенденции. Это выразилась в двух противоположных лозунгах: «Имей совесть. Побойся Бога!» и «Наслаждайся, а думать будешь потом». Ранее не наблюдавшийся интерес к мистике свозникновением огромного числа религиозно-культурных образований (в России в настоящее время только зарегистрированных вновь религиозных организаций более тысячи) стал сочетаться со своей противоположностью – с ростом безнравственного сенсуализма, гедонизма, сексуальной распущенности, разрушением института семьи и формированием соответствующей гедонистической морально-нравственной доктрины.

Эти социальные изменения затрудняют дифференциальную диагностику психических расстройств, поскольку они могут, с одной сторо-

ны, вуалировать психические заболевания, а с другой – их имитировать. Однако в настоящее время на фоне новой социально-культуральной ситуации диагностическое значение таких трансформаций обесценивается.

Обусловленный фрустрационно-стрессовой ситуацией повышенный «спрос на Бога» сразу же нашел соответствующее предложение. В аналитическом обзоре «Проблема религиозных культовых новообразований («сект») в психолого-психиатрическом аспекте» (2000) нами [171] было показано, сколь мощным коммуникативным воздействием подвергается человек, как только он обнаружил потребность в духовной пище и какие грубые суррогаты ему навязываются.

Другой, противоположной, тенденцией нашего времени, согласно закону поляризации, является возрастающий атеизм, цинизм и сенсуализм, отразившейся в характерном для кризисных периодов истории человечества лозунге: «Наслаждайся, а думать будешь потом». Массовое следование такому принципу ведет к изменению (по сравнению с совсем недавно существовавшей) социально-нравственной экологии, в которой оказался современный человек. В настоящее время информационная среда переполнена призывами «брать от жизни все – сейчас и здесь». К сожалению, такую «нравственность» поддерживают некоторые психиатры. В Независимом психиатрическом журнале даже появилась статья «К терапии смыслоутраты: *Primum vivere deinde philosophare*»¹. Автор статьи В.А. Кутырев (1994) по существу солидаризируется с постулатом З. Фрейда, говоря, что тот, кто думает о смысле жизни и своего существования – болен. В.А. Кутырев даже называет этот постулат «формулой мудрости».

Принявшие такую «мудрость» создают определенные картины социального поведения у представителей современного социума, и со стороны окружающих они пока еще оцениваются в негативных морально-нравственных тонах. Сходные картины могут наблюдаться и у больных шизофренией, будучи принципиально различны и по происхождению, и по сущности.

Особенно часто получают негативные морально-нравственные характеристики страдающие шизофренией при продромальных состояни-

¹ Сначала живи, потом философствуй (*лат.*).

ях, при дебюте процесса с психопатоподобным синдромом и с гебефреническими проявлениями. Асоциальность, безнравственность, жестокость, изуверство, различные проявления социальной оппозиционности, а то и прямо «хулиганство» – типичные характеристики этих больных в материалах уголовного дела, этим же свойствами личности объясняется и совершенное ООД. Если судебный психиатр оказывается под давлением этих социальных характеристик – легко допустима диагностическая ошибка, и эти ошибки более чем типичны для экспертной практики, при начале шизофренического процесса. Однако в случаях дальнейшей динамики процесса такие, казалось бы, адекватные негативные социальные морально-нравственные оценки приходится трансформировать в клинические психопатологические критерии.

Вместе с тем, как мистико-религиозная актуализация в социуме ведет одновременно и к гипо- и гипердиагностике психической патологии, так и противоположная тенденция (асоциальная) чревата такими же последствиями. Согласно своей концепции поляризации, П.А. Сорокин (2000) в противоположность религиозным поискам четко выделяет направление, при котором «граница между истиной и ложью, справедливым и несправедливым, прекрасным и безобразным, между положительными и отрицательными ценностями начнет неуклонно стираться, пока не наступит царство умственной, моральной, эстетической и социальной анархии».

Актуализация полярно разных тенденций умело эксплуатируется и направляется как по линии мистико-религиозных метаморфоз самосознания и социального поведения, так и по линии противоположного направления – бездуховного гедонизма. Та часть населения, которая движется к отрицательному полюсу, становится распушенной, безрассудной и безответственной в своей идеологии и поведении, что может напоминать психопатологическую извращенность и нравственную уплощенность. Хотя, действительно, эта извращенность и уплощенность имеет сходство с соответствующими проявлениями при шизофрении, однако (как и при религиозно-культовых новообразованиях) она может быть прямым следствием целенаправленной деструктивной коммуникативной деятельности. Последняя является макроситуационным фактором мощного воздействия, которому подвергаются и больные шизофренией.

Таким образом, когда характерный модус социального поведения человека, позволяющий составить его индивидуальный портрет в морально-нравственных штрихах, начинает изменяться без каких-либо видимых причин (при этом не имеет значения, в какую сторону происходят изменения), то это может свидетельствовать о начале эндогенных патоморфозах самосознания. Диагностическое значение имеет именно сам факт спонтанного изменения самосознания, когда новый модус поведения становится возможным анализировать с позиций психопатологических критериев. Такая трансформация принципиально отличается от тех изменений социальных портретов личностей (также вне зависимости от полярности изменений), которые могут происходить в периоды социальных кризисов как насыщение генетической (подсознательной) потребности населения в измененных формах социального поведения. Эта потребность возникает не спонтанно, она провоцируется фрустрационно-стрессовой ситуацией, а сами изменения формируются под влиянием массивного, целенаправленного (дифференцированного по полюсам) внешнего коммуникационного воздействия. В этих случаях наступившие изменения к психопатологии отношения не имеют, они представляют новую социо-культуральную нормативность. На этом фоне психопатологически обусловленные изменения морально-нравственных портретов требуют более осторожного их использования в качестве клинико-психопатологических критериев, хотя задержка из-за этого трансформации социальных оценок в индивидуально-клинические приводит к нежелательному запаздыванию диагностирования.

Как отмечалось в начале книги, социальная стигматизация больных шизофренией должна относиться к одному из самых существенных ситуационных факторов, поскольку она влияет на конкретное поведение больных и на их судьбы, нередко приводя к суицидам.

И, наконец, к актуальному аспекту фактора «Ситуация» следует отнести реальные трудности экономической жизни, объективно создающие низкое качество жизни именно у больных шизофренией в силу их плохой социальной адаптированности, обусловленной специфической психопатологией.

ГЛАВА 2. СОЦИАЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗЛИЧИЙ В РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИИ

Различия в распространенности как шизофрении в целом, так и отдельных ее клинических форм, в разных странах в настоящее время является достаточно очевидным обстоятельством, свидетельствующим об их зависимости от многих социальных факторов. Если раньше эти различия определялись, в первую очередь, состоянием организации психиатрической помощи (например, учтенных больных в Китайской Народной Республике было в три раза меньше, чем в Советском Союзе, а в СССР в два раза меньше, чем в Польше; в Прибалтийских республиках при хорошей организации психиатрической помощи учтенных больных было значительно больше, чем в среднеазиатских республиках с худшем качеством психиатрической службы) или существенными различиями во взглядах на диагностику (расхождения в диагностике Московской и Ленинградской школ в 60-ые годы: в 1965г. заболеваемость шизофренией в Москве превышала аналогичный показатель по Ленинграду в 2,6 раза, а в 1996г. – лишь в 1,4 раза), то более широкое применение унифицированных диагностических классификаций, а также определенное улучшение сети психиатрической помощи, в известной степени сняли такие причины расхождений в данных о распространенности шизофрении.

Остающиеся существенными даже при более совершенных методиках расчетов расхождения со все большей вероятностью свидетельствуют об их сопряженности с макросоциальными факторами. А.А. Чуркин (1999) приводит ссылки на выполненные в разных странах работы, посвященные определению моментной распространенности и распространенности периода до 1 года с коррекцией по возрасту. Полученные показатели существенно различаются от минимального 0,9 на 1000 населения в Тонго до наивысшего 17,4 на 1000 в Ирландии при среднем значении, составляющем 5,8 человек на 1000 населения.

Имеющиеся различия в распространенности шизофрении, включая уровень госпитализации больных, свидетельствуя о роли в этом социальных факторов, оставляют возможность для различных интерпретаций конкретного воздействия этих факторов.

Так, R. Cochrane и S.S. Bal (1987), отмечают, что уровень госпитализации в Англии по поводу шизофрении среди местных уроженцев и иммигрантов (уроженцев Ирландии, Индии, Пакистана и стран Карибского бассейна) гораздо выше у последних. При изучении норвежцев, переселившихся в штат Миннесота (США), оказалось, что частота первичной диагностики шизофрении среди них в два раза выше этого показателя в самой Норвегии. Вероятное объяснение причин данного факта может быть, с одной стороны, в непропорциональной миграции – при дебюте и развитии шизофрении ряд психических расстройств может предрасполагать к смене места жительства. Но с другой стороны, социально-стрессовые обстоятельства, связанные с фактом эмиграции и ее последствиями, с которыми встречаются мигранты в новой социальной среде, могут провоцировать начало шизофренического процесса у лиц с соответствующим предрасположением. Эти факты должны привести к выводу, что и «социальный отбор», и «социальная причинность» могут вносить совокупный вклад в повышенную частоту встречаемости шизофрении среди мигрантов.

Отмечаемые различия могут объясняться и микросоциальными факторами. M. Gelder, D. Gat, R. Mayou (1989), приводя свои данные о ежегодной заболеваемости (совокупность всех – и первичных, и вторичных – случаев заболевания, зарегистрированных в течение года) шизофренией на уровне 0,1-5,0 на 1000 населения, указывают на большой разброс внутри этих данных и допускают их связь даже с религиозными ориентациями отдельных социальных групп. Например, такое значительное различие между высокими показателями (11 на 1000 человек) ежегодной заболеваемости среди католического населения Канады и среди тамил южной Индии (Соорег, 1978) и низким показателем (1,1 на 1000) среди гуттеритов – членов анабаптистской секты в Соединенных Штатах (Eaton, Wiel, 1995) может быть, по мнению авторов, объяснено тем, что лица, предрасположенные к шизофрении, покидают общины гуттеритов, поскольку не в состоянии выдержать постоянного пребывания в условиях тесного, спянного сообщества адептов этого религиозного учения.

Подобные различия в интерпретациях можно найти и факту более низкой распространенности шизофрении в развивающихся странах, чем в развитых (Torrey E.E., 1980). Сопоставимость заболеваемости шизоф-

рений в развитых странах позволяют прийти к заключению, что низкие расчетные показатели ее распространенности в странах «третьего мира» являются следствием более частых случаев выздоровления, что убедительно доказано в ряде работ (WHO, 1979; Warner R., 1983; Jablensky A. и соавт. 1992). Но объяснением таких показателей может быть и более высокая смертность страдающих психозами в этих странах, что представляется опосредованным влиянием комплекса социальных факторов, а также тем, что, например, в Индии, Колумбии и Нигерии, где проводились указанные исследования, чаще госпитализируют больных с острой формой заболевания, чем с шизофренией, развивающейся более постепенно, с менее выраженной психопатологией.

Определенное значение на течение шизофрении оказывает социальная среда места постоянного проживания, ее культуральный фон. Сравнение данных исхода шизофрении на Маврикии (Murphy, Raman, 1971) и в Соединенном Королевстве (Brown et al., 1966) показали, что среди маврикийских больных выше доля тех, кто оказался в состоянии покинуть клинику и вернуться к нормальному образу жизни (две трети пациентов были квалифицированы как «социально независимые» без симптомов шизофрении), тогда как среди англичан такой исход отмечен лишь у половины больных шизофренией (Gelder M., Gath D., Mayou R., 1989).

Неоднократно сообщалось о более высокой концентрации больных шизофренией среди представителей низшего социального класса, проживающих в трущобных районах больших городов: в Чикаго (Faris, Dunham, 1939; Hollingshead, Redlich, 1958), Бристоле (Hare, 1956), Мангейме (Hafner, Reimann, 1970) и др. Указанный факт объяснялся тем, что неудовлетворительные жизненные условия во многом являются причиной шизофрении. Однако он может иметь и другое социальное объяснение: жители больших городов, имеющие высокий доход, предпочитают лечить своих больных родственников у частных практикующих психиатров, без соответствующей учетной регистрации. Кроме того, одинокие больные шизофренией в силу нарастающих изменений личности имеют тенденцию к постепенному переходу в более низшие социально-экономические слои общества и к миграции в более дешевые трущобные районы вне зависимости от того, к какому социально-экономическому классу они принадлежали изначально (теория «медленного течения вниз»).

Несомненным свидетельством значимости социальных факторов в распространенности, заболеваемости и выраженности клинических проявлений шизофрении являются данные о более высоких значениях перечисленных показателей у городских жителей, чем у сельских, а среди первых – у проживающих в промышленных зонах (Kaplan H. I., Sadok B. J., 1996). В Российской Федерации, согласно официальным статистическим данным на 2006 год, зарегистрировано 360,1 на 100 тыс. населения больных шизофренией, при этом показатель заболеваемости шизофренией городских жителей (20,0 на 100 000 горожан) в 1,5 раза превышал показатель сельских жителей (13,3 на 100 000 сельчан). Темпы прироста показателей заболеваемости в городах в 1,7 выше, чем в сельской местности, – в течение 1991 - 1996 гг. на 31,6% в городах и на 18,8% в сельской местности (Чуркин А.А., 1999).

Интересны данные о некоторых различиях в психопатологических проявлениях шизофрении, которые наблюдаются в развитых и развивающихся странах, что может быть объяснено этническими и социокультуральными факторами. Так, в развитых странах больше распространены аффективные расстройства, особенно депрессия. Некоторые из симптомов первого ранга по К. Schneider, в частности «вкладывание» мыслей или «передача» мыслей, несколько чаще наблюдается у пациентов в развитых странах, тогда как бред воздействия более типичен для пациентов из развивающихся стран. Галлюцинации (слуховые и особенно зрительные) более характерны для больных в развивающихся странах (Warner R., deGirolamo, 1995).

Различия в распространенности шизофрении между технически более и менее развитыми обществами, где имеет место низкий уровень ее хронификации, находят объяснения не только в прямом социальном воздействии, но и в том, что первые обычно имеют более жесткие требования к психическому здоровью, чем не западные общества (Murphy H.M., 1978). Подобное положение развивает и J. Garrabe (1992): «хронизацию шизофрении, если не собственно ее некурабельность, можно было бы рассматривать как ятрогенный эффект», поскольку она была более выражена в странах, где медицина наиболее развита. По крайней мере, надо признать, что в этих странах в отношении критериев выздоровления предъявляются более высокие требования, особенно, что касается социального выздоровления, а также существует меньшая терпимость

в отношении сохранившихся остаточных симптомов. Эта терпимость, играющая значительную роль в развитии болезни, особенно важна со стороны семьи, которая в наибольшей мере проявляется в больших семьях этих стран.

Роль социальных факторов может непосредственно находить отражение в тяжести клинических проявлений шизофрении. Хотя до настоящего времени остается невыясненным тип наследования шизофренических психозов, тем не менее, математически определена прямая зависимость между «концентрацией» патологического гена и тяжестью заболевания. Специальные исследования, проведенные в социальных изолятах – в высокогорных населенных пунктах Азербайджана (Скобло Г.В., 1979) и Алжира (Мельниченко Н.И., 1994) показали накопление клинически тяжелых психопатологических состояний, обусловленное высокой распространенностью инбридинга среди проживающих там больших шизофренией.

Так же в плане макросоциальных явлений может быть рассмотрен феномен клинического патоморфоза шизофрении, наблюдавшийся в последние десятилетия на территории бывшего СССР (Снежневский А.В., 1962; Наджаров Р.А., 1964; Смулевич А.Б., Вартамян Ф.Е., Завидовская Г.И. и др., 1971; Хохлов Л.К., 1977; Сосюкало О.Д., Кашникова А.А., 1977; Козырев В.Н., 1999; и др.). Клинически достоверные работы этих авторов убедительно свидетельствовали об изменениях шизофрении в сторону смягчения ее психопатологических проявлений и увеличения встречаемости вялотекущих, стертых и даже «стационарных» форм.

Причины патоморфоза различны: указывалось на успехи психофармакологии, на снижение частоты сопутствующих заболеваний, в частности туберкулеза (что может быть опосредованно отнесено к социальным факторам) и др. Вместе с тем, факт патоморфоза может быть понят и при рассмотрении его непосредственно в макросоциальном аспекте. Правомерно считать, что такое существенное макросоциальное явление, как массовые миграции населения на территории Советского Союза обусловило «разбавление» «шизофренического гена» в населении страны. Первая мировая и гражданская война, многочисленные переселения населения в связи с коллективизацией и индустриализацией страны, массовые репрессии с высылками осужденных, перемещение целых народов перед второй мировой войной, во время войны и после

нее, послевоенные собирающие с разных регионов страны массы народа «стройки коммунизма», освоение целинных земель и т.д. привели к исторически беспрецедентному перемещению людей и, соответственно, к генетическому чрезвычайно разнообразию следующих поколений. Следствием этого не могло не явиться «разбавление концентрации» патологических генов и патоморфоз наследственных заболеваний, в частности, шизофрении.

Отмеченная связь социокультуральных факторов с различием распространенности шизофрении и ее отдельных форм, не теряя своей значимости, одновременно может быть и определенным подтверждением биологического (генетического) аспекта в структуре причин данного заболевания, что подтверждает методологическую ошибочность прямого противопоставления социального и биологического в понимании его генеза.

Нельзя, конечно, не отметить, что некоторые данные о различиях в заболеваемости шизофренией могут быть артефактными, но они от этого не перестают отражать, хотя и опосредованно, несомненно, социальную природу своего происхождения. Наглядным примером может быть уменьшение в годы антипсихиатрической кампании в России в 1985-1990 гг. заболеваемости шизофренией на 35,0% с последующим (1990-1997 гг.) ее увеличением на 38,6% (Чуркин А.А., 1999).

К сказанному следует добавить, что современные макросоциальные условия экономического кризиса с его тенденцией к сокращению наемных работников и жесткие требования к приему на новую работу привели к тому, что больные скрывают свои психические расстройства. Не только они сами избегают обращения за помощью к психиатрам (при поступлении на работу, как правило, требуется справка из психиатрического диспансера), но и лечащие врачи, в том числе интернисты, избегают направлять своих пациентов на психиатрическую консультацию и намеренно не вносят психиатрический диагноз в историю болезни, опасаясь негативных для них социальных последствий (Чуркин А.А., 2009; Wallen J. et al., 1987). Отсюда почти половина визитов к врачам общей практики связана с психическими расстройствами, и лишь небольшая часть таких больных охвачена наблюдением психиатрического сектора (Schrman R.A. et al., 1985).

Эти социальные причины вносят свои артефакты в данные о причинах различий в распространенности шизофрении.

ГЛАВА 3. ПОЛИТИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В СУДЬБЫ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Политическая атмосфера в стране как осязаемый макросоциальный фактор не может не сказываться на судьбах самих больных, более того, она отражается даже в их психопатологии и может играть значительную роль в их социальном поведении. Аспекты этого влияния разные – отметим лишь три исторических периода, имевших важное значение для судеб больных.

3.1. Индуцирующая шпиономания

После убийства С.М. Кирова в 1934г. (он был 1-м секретарем Ленинградского обкома партии, секретарем ЦК ВКП(б) и другом И.В. Сталина) в стране была развернута беспрецедентная кампания по обнаружению и разоблачению «врагов народа». Все средства массовой информации того времени – радио, газеты, плакаты, кинофильмы и даже сюжеты цирковых представлений – ежедневно и со всех сторон призывали к бдительности и к гражданскому долгу разоблачать врагов, несмотря на их должности. На эту же тему проводились массовые митинги и регулярные политзанятия. От граждан настоятельно требовалась постоянная революционная бдительность, направленная на разоблачение банд подпольных «врагов народа». Писатель-публицист И. Эренбург (1960) в своих мемуарах «Люди, годы, жизнь» эту ситуацию назвал политическим «заказом на стукачество». «Врагов» арестовывали даже на улице среди белого дня. Заболевшие шизофренией, как живущие в такой социальной среде, не могли не испытывать этой тоталитарной индукции.

Автору приходилось в 60-е годы работать в группе судебных психиатров, проводивших посмертные экспертизы в отношении лиц, по доносам которых в годы сталинского террора были репрессированы ни в чем не повинные люди. Суть этой работы сводилась к изучению многочисленных документов, предоставленных нам Генеральной прокуратурой СССР, они касались лиц, по доносам которых были, как потом оказалось, безосновательно арестованы и осуждены по ст. 58 УК

РСФСР¹ социально активные граждане (ученые, служащие госаппарата, общественные деятели, военнослужащие комсостава и др.). После разоблачения культа личности в стране началась широкомасштабная работа по посмертной реабилитации сотен тысяч советских граждан, уничтоженных как «враги народа». Если при проверке обвинения по указанной статье у прокуратуры возникали сомнения в психическом здоровье лиц, на основе показаний которых выносился приговор, а каких-либо других улик не было, то в отношении них назначалась посмертная судебно-психиатрическая экспертиза.

Как отмечалось, несмотря на то, что при новом рассмотрении реальность самого преступления прокуратурой ставилась под сомнение, однако в уголовных делах были однозначные заявления о «преступной» деятельности обвиняемого, который был в дальнейшем репрессирован на основании доноса конкретного лица. Возникла необходимость проверить психическое здоровье этого лица. В некоторых случаях можно было достаточно легко дать экспертное заключение о психическом расстройстве доносчика, почти во всех случаях они страдали шизофренией, в других случаях возникали дифференциально-диагностические проблемы.

Так, один из слушателей Военно-политической академии им. В.И. Ленина написал в «органы», что преподаватель Х. «формально правильно говорит о напряженной международной обстановке», но на самом деле «судя по интонации, выражению лица и речевым оборотам, меняет смысл лекции и призывает слушателей объединиться для уничтожения руководителей партии и правительства». Секретной почтой этот слушатель адресовал свои, несомненно, бредовые, интерпретации на имя К.Е. Ворошилова, члена Политбюро, Наркома обороны. Этих «материалов» было достаточно, чтобы Х. арестовали по ст. 58 УК РСФСР, а затем расстреляли.

¹ Этот кодекс – иллюстрация трагического периода нашей истории. Его первая глава – «Преступления государственные», а ее ч.1 – «Контрреволюционные преступления». Уже такое построение УК отражало дух времени. Сама же 58 статья имела 14 разных пунктов самостоятельных преступлений, многие из которых предусматривали «высшую меру уголовного наказания – расстрел с конфискацией всего имущества».

Как удалось установить при экспертизе в этом и ряде других случаев психическое состояние доносчиков характеризовалось развитием монотематического бреда, фабула которого по существу отражала нагнетаемую тоталитарной системой атмосферу всеобщей подозрительности, шпиономании. Эти случаи вполне соответствовали положению А.В. Снежневского (1955) об отражении в фабулах бреда реальной социальной ситуации. Интересно, что такая бредовая убежденность в том, что тот или иной человек – «враг народа», нередко возникала как озарение, и побуждала к немедленному донесению ее до «компетентных органов».

Ряд лиц, на основе бредовых утверждений которых строилось обвинение, впоследствии, спустя годы, были госпитализированы в психиатрические больницы в связи с развитием явно психотических состояний. Там у них выявлялись такие шизофренические симптомы, как бред воздействия, галлюцинации (слуховые и даже обонятельные), эмоциональная сглаженность, что служило основанием для постановки диагноза шизофрении. Такие случаи прижизненного диагностирования психического заболевания позволяли при проведении уже посмертных экспертиз более уверенно оценивать фабулу доноса как бредовую.

Вместе с тем, диагностика состояний, при которых другой, кроме бреда, симптоматики может не быть, а у больных, кроме поступков и личностных позиций, имеющих непосредственное отношение к бреду, аффект, речь и поведение не отличаются от нормальных, представляет чрезвычайную сложность. Причем, когда психиатрам удается достаточно полно определить бредовое расстройство у лица, известного своими одиозными идеями и диссидентской деятельностью, то почти всегда находятся «независимые» психиатры, берущие на себя обязанности «правозащитников» выступать с традиционными заявлениями об очередном «политическом злоупотреблении психиатрией».

К числу трагических случаев, обусловленных шпиономанией, можно отнести случаи непосредственного покушения на жизнь «врагов народа». Один из таких индуцированных больных шизофренией, когда пришел к мавзолею Ленина, у которого всегда собиралась небольшая толпа посмотреть на торжественную смену почетного караула, неожиданно выхватил спрятанный нож и ударил им в шею рядом стоящего постороннего мужчину. При задержании объяснил, что «по мыслям»

пострадавшего он понял, что тот хочет взорвать мавзолей – «это святилище родной партии и всего мирового пролетариата», и счел своим долгом убить «подлого врага».

3.2. Политический заказ на ограничение диагностирования шизофрении

Когда клиническая психиатрия начала преодолевать крепелиновские догматы о неизменно раннем слабоумии и фатально плохом прогнозе при шизофрении, она вышла за стены психиатрических стационаров. В поле зрения психиатров оказался новый контингент больных, которым была достаточной внебольничная помощь. Это позволило немецкому психиатру А.С. Kronfeld в 1928 году ввести в оборот новое клиническое понятие – «мягкая шизофрения» («мягкая» шизофрения – это не изобретение советской «карательной психиатрии», как это утверждают диссидентствующие «правозащитники», а клиническая реальность, впервые отмеченная в немецкой школе).

Собственно возможность любого заболевания протекать злокачественно и относительно благоприятно отражает закономерности общей патологии и наблюдается при всех хронических болезнях – туберкулезе, ревматизме, туляремии и др.

Описание А.С. Kronfeld мягкой шизофрении встретило в СССР полное понимание, поскольку в эти годы был расцвет организации внебольничной помощи – психиатрических диспансеров. Вместе с тем среди ряда видных психиатров того времени (Розенштейн Л.М., 1934; Фридман Б.Д., 1933, 1934; Гольдендерг С.И., 1934; Каменева Е.Н., 1934, 1936; и др.) имело место не критичное увлечение концепцией Е. Kretschmer (1924) о том, что шизофрения является лишь резким заострением широко распространенных «больших конституциональных типов», что различие между психопатиями и психозами количественное, а не качественное, и поэтому нельзя отделить непсихотическое, препсихотическое, психотическое и постпсихотическое. Такую же концепцию высказывал и другой видный психиатр, современник Е. Kretschmer – Н. Claude (1926), отрицавший «принципиальную границу» между конституциональным предрасположением («шизоидией») и шизофренией как болезнью. Результатом этой увлеченности в 30-ые годы явились

многочисленные описания такой мягкой шизофрении с аморфными границами. Это был несомненный перегиб. На практике принятие и развитие этой концепции привело к тому, что многие, не страдающие шизофренией, а обнаруживающие только те или иные характерологические аномалии, невротические расстройства и даже соматически больные получали диагноз шизофрении.

Такая увлеченность встретила обоснованную критику и призывы к взвешенному подходу к клинической реальности. Так, П.Б. Ганнушкин (1933) указывал, что психозы-процессы действительно могут протекать мягко и по внешним проявлениям быть сходными с конституциональными психопатиями. Эти психозы могут относиться к так называемым пограничным состояниям, однако при этом, несмотря на отсутствие резких психических изменений и медленный темп развития заболеваний, нет «никакой необходимости трактовать отдельные формы таких психозов-процессов вне рамок описания основных их групп» (стр. 8). Ученик Ганнушкина О.В. Кербиков (1933), критикуя авторов широкого понимания мягкой шизофрении, отметил, что они по существу описывают «шизофрению без шизофрении».

Особую порочность концепция мягких форм имела для судебной психиатрии. Один из наиболее авторитетных сотрудников Института им. проф. Сербского И.Н. Введенский (1936), отметив и образно критикуя «опорные» признаки мягкой шизофрении Л.М. Розенштейна, писал: «Выбрасывание языка, поднятие бровей, тики, заминки, заикания, особые сновидения, оклики, а равно и реактивные явления в виде экзаменационного страха, боязни покраснеть, отвращение к себе в связи с первой менструацией, колебания в выборе факультета, профессии, при вступлении в брак и т.д. — все это слишком обычно и имеется в той или иной степени в активе, если не каждого из нас, то очень многих, не имеющих, к счастью, отношения ни к мягким, ни к жестким формам» (стр. 1291).

Несмотря на начавшиеся исправления перегибов в клиническом понимании мягкой шизофрении в судебно-психиатрической практике продолжал действовать жесткий алгоритм, сложившийся во времена, когда шизофрения изучалась на случаях клинических тяжелых форм: диагноз шизофрения — судебно-психиатрическое экспертное решение — невменяем. Этот алгоритм по инерции сохранился и в отношении мяг-

кой шизофрении. Человек с высоким статусом, социально адекватный и активный на основании упомянутой микросимптоматики признавался невменяемым.

Такая порочная практика под влиянием профессиональной критики постепенно стала сходить на нет. Однако в процесс теоретического и клинического уравнивания грубо вмешался макросоциальный фактор. К этому времени подошел пик сталинских репрессий. Оказалось, что многие политически неугодные деятели, получив диагноз мягкой шизофрении, освобождались от уголовного преследования как невменяемые. Кроме того, как следует из исторических источников, в те годы была значительная безработица — с одной стороны, а с другой — требовалась бесплатная рабочая сила для «Великих строек коммунизма». Одновременное решение этих двух крупных социальных проблем партия большевиков пыталась осуществить путем массовых арестов по уже упомянутой ст. 58 УК РСФСР. Не предумышленно на пути разрешения этих проблем встала практика широкого диагностирования мягкой шизофрении и признания арестованных невменяемыми. Однако помещать «политических» в одни больницы с обычными больными было нельзя «по оперативным соображениям». Всех же «политических» поместить в создаваемые в это время специальные психиатрические больницы системы НКВД было технически невозможно. Данное положение партию большевиков полностью не устраивало: ее замыслы на расстрел определенных лиц и создание ГУЛАГов с дармовой рабочей силой встретило препятствие, к этому добавилась необходимость строительства специальных больниц НКВД. Автору известно, что был политический заказ: ликвидировать мягкую шизофрению как психиатрическую форму. Был арестован один из лидеров психиатрии того времени, через несколько месяцев его отпустили с заданием выполнить этот заказ. И тогда, в 1936 г. был созван 2 Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров, на котором концепция мягкой шизофрении была подвергнута уничтожающей критике. Одновременно в психиатрических журналах стали одна за другой появляться статьи о необходимости лиц с таким диагнозом направлять на перевоспитание на строительство Беломорканала и другие стройки коммунизма, где они «с тачкой в руках» приобретут «социалистическое здоровье». На диагноз «мягкая шизофрения» было наложено табу. Те немногие психиатры, которые пытались возражать и гово-

рили, что шизофрения, как и другие хронические заболевания, может протекать и злокачественно и мягко, подвергались тем или иным репрессиям – от снятия с работы (проф. Е.Н. Каменевой и других) до последующего ГУЛАГА (выдающийся психиатр, автор первого советского руководства по судебной психиатрии Н.П. Бруханский так там и погиб). А скольким действительно большим шизофренией с относительно благоприятным течением процесса директивно отменили обоснованный диагноз шизофрении уже сказать невозможно – сведения об их судьбах затерялись в архивах НКВД.

Лишь после смерти Сталина возобновилось клинически трезвое изучение относительно благоприятно текущих форм шизофрении (Наджаров Р.А., 1955; Озерецковский Д.С., 1956, 1959; и др.). Однако термин «мягкая шизофрения» как оставивший одиозно-печальный след в психиатрии так больше и не применялся и был заменен понятием медленной, вялотекущей шизофрении. Клинически реалистическое изучение такой шизофрении значительно обогатило психиатрическую науку и сыграло положительную роль в судьбах многих действительно больных.

3.3. Политические злоупотребления психиатрией – правда и предумышленные спекуляции

Третий период сопряженности шизофрении с политическими ситуациями относится ко времени «холодной войны», когда противниками Советского Союза было заявлено о «злоупотреблении психиатрией» партийной властью. Этот период также не может рассматриваться вне исторического контекста и конкретной макросоциальной ситуации.

В 70-х годах явно в целях дискредитации советского строя это заявление стало активно «раскручиваться» за рубежом и обсуждаться на всех уровнях – общественного мнения, политического, профессионального и особенно СМИ. Через радиовещание таких станций как «Свобода», «Голос Америки», БиБиСи и ряда других возмущение западного общественного мнения «злоупотреблением психиатрией» в Советском Союзе перекачивало и вовнутрь страны. После развала тоталитарной системы в нашей стране вопрос о «злоупотреблении психиатрией» многие годы имел выраженное эмоциональное звучание, поднявшее анти-

психиатрические настроения, родившие уничижительные неологизмы типа «психушка», дискредитировавшее традиционный гуманизм отечественной психиатрии, в первую очередь судебной. Следствием этого эмоционального пережестовления явилась гибель ряда сотрудников психиатрических больниц, отказ больных от получения необходимой им медицинской помощи, что негативно сказывалось и на состоянии больных и на их опасности для окружающих. Вместе с тем, до прихода на руководство Центром им. В.П. Сербского Т.Б. Дмитриевой какие-либо злоупотребления психиатрией полностью отрицались, что вызывало еще более негативное отношение к психиатрии, хотя ни общественное мнение, ни психиатры не имели достоверных данных о том, что же было в действительности. Фактура этого вопроса была закрытой, статистикой и научным анализом никто не занимался. Первым, кто специально занялся исследованием этого вопроса, был автор настоящего издания [112, 119, 134 и др.]

Тема о политических злоупотреблениях психиатрией остается актуальной, о ней продолжают писать так называемые «правозащитники», члены созданной сайентологами Гражданской комиссии по правам человека (ГКПЧ) и другие любители очертить политические реалии в СССР.

Анализируемый вопрос о злоупотреблении психиатрией не может рассматриваться изолированно, вне всего социального контекста тоталитарного режима, существовавшего в нашей стране. Тоталитарные режимы на то и тоталитарные, что они пытаются *все* использовать *только* в своих целях. Не обошло это и медицину. В своих политических целях режим скрывал или извращал данные о рождаемости и смертности, об инфекционных заболеваниях, о влиянии на здоровье ядерных испытаний и о последствиях трагедий в Челябинске, Чернобыле, о распространенности алкоголизма и наркоманий и т.д. В подкрепление к идеологическим позициям режима извращались, как это было с теорией нервизма, а то и просто уничтожались научные школы, например, медицинской генетики. Печально известное «Дело врачей» 1952/53 годов выражалось не только в арестах, но и в использовании целых медицинских коллективов для подтверждения «псевдонаучной» и «вредительской» деятельности «преступников в белых халатах». Будучи студентом в те годы, я отчетливо помню тот азарт, с которым шельмовали «идеологически чуждых» профессоров коллеги с их же кафедр. Сколь-

ко же было подтасовок и заведомо ложных патологоанатомических заключений о причинах смерти политических значимых лиц трудно подчитать.

Судебная психиатрия как одна из наиболее социально сопряженных медицинских дисциплин не могла не быть лакомым кусочком для тоталитарного режима. Вместе с тем успех всякого тоталитарного нажима всегда зависит от резистентности к этому нажиму непосредственных исполнителей. К чести российских психиатров большинство из них оказывали ему посильное противодействие.

История злоупотребления психиатрией не может быть сведена только к признанию инакомыслящих психически больными. Вместе с тем именно эта практика оказалась в центре внимания общественности.

Представляется, что историю вопроса об использовании психиатрии в политических целях можно связать с высказанной Н.С. Хрущевым во время его правления «идеей», что только психически ненормальные при коммунизме будут совершать преступления, что только они способны выступать против существующего строя. Уже позже, когда появились признаки публичного свободолобивого противостояния Системе, председатель КГБ Юрий Андропов направил 29 апреля 1969 г. в ЦК КПСС письмо с предложением использовать психиатрию для борьбы с диссидентами, по поводу чего было принято секретное постановление Совмина СССР. Нельзя не сказать, что диссидентство в те годы активно инициировалось и поддерживалось зарубежными политическими противниками как идеологическое оружие холодной войны.

На фоне такого политического контекста отмечались две полярные позиции. Страх не угодить своей политической Системе и целенаправленное нагнетание страстей, рассчитанное на дивиденды от антисоветских кругов из противостоящего западного мира. Типичным представителем первой позиции был руководитель 4-го, «специального» отделения Института им. В.П. Сербского проф. Д.Р. Лунц, чей личностный портрет очень точно представлен в Сборнике трудов «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им.В.П. Сербского. Очерки истории» Б.В. Шостваковичем. Типичным представителем второй позиции явился бывший сотрудник Института Ю.С. Савенко. Организовав так называемую независимую психиатрическую ассоциацию, получившую щедрое финансовое обеспечение и поддержку про-

тивников существовавшей тогда политической системы в СССР, он представлял дело так, что в стране будто бы существует массовый «психиатрический террор», и это было именно то, что было нужно для проведения западной антисоветской пропаганды.

Фактическим материалом для данного раздела книги послужил журнал так называемого «спецевского отделения» (официально – 4-го), в котором регистрировались поступления на экспертизу обвиняемых лиц, установленных им диагнозов, заключений о вменяемости-невменяемости и о мерах медицинского характера. Большинство этих лиц проходили экспертизу по политическим статьям («спецевский» контингент). Все и мужчины, и женщины, обвинявшиеся по этим статьям, числились за 4-ым отделением, хотя это отделение было мужским. Изредка поступавшие женщины помещались в изолированные палаты общего женского (5-го) отделения. Начав работу в Институте им. В.П. Сербского в 1959 году именно в женском отделении, я впервые узнал о существовании «государства в государстве». Делая под руководством проф. А.Г. Галачяна обходы в отделении, я обратил внимание на то, что в одной из палат испытуемую не называли по фамилии, не разрешали с ней разговаривать – она была «спецевской». Как потом оказалось, она была арестована за чтение книги П. Кропоткина «Записки революционера». Характерный парадокс того времени: экспертный корпус, в котором была эта «диссидентка», находится в Кропоткинском переулке напротив дома с мемориальной таблицей с именем П.А. Кропоткина.

Прежде, чем перейти к изложению фактического материала по числу и составу «спецевских» испытуемых, несколько слов о работе упомянутого «государства в государстве».

Ушедшая в прошлое попытка использовать психиатрию в политических целях не могла не иметь своей функциональной базы, которым и было 4-е «специальное» отделение Института им. В.П. Сербского. Это отделение образовалось в конце 30-х годов, когда в период массовых сталинских репрессий пошел поток на экспертизу лиц, обвинявшихся по уже упомянутой пресловутой политической статье 58 «Контрреволюционные преступления». Для освидетельствования этого контингента испытуемых, которых по режимным предписаниям нельзя было помещать в общие палаты, и создалось это «государство в государстве» со

своими законами и порядками. Психиатры-эксперты, которые работали с «обычными» уголовниками, не имели доступа в «специальное» 4-е отделение. Они даже не могли знать, кто там находится и в чем он обвиняется. «Политических» привозили на отдельном транспорте и, когда их выводили из машины в это отделение, то специальная охрана следила за тем, чтобы кто-либо из «обычных» экспертов не смог заглянуть в лицо и опознать вновь прибывшего. Для работы в «спецевском» отделении отбирались особо политически лояльные психиатры. После тщательной проверки по линии КГБ и подписок о строжайшем соблюдении секретности они получали доступ к работе. Более того, даже работая в этом отделении, врач не имел права интересоваться кому, по какому обвинению проводит экспертизу его коллега. За всем этим следила особая служба.

Арестованные КГБ по статье 70 УК РСФСР («антисоветская агитация и пропаганда»), 190-1 («Распространение заведомо ложных измышлений, порочащих советский государственный и общественный строй») составили основной контингент в те годы, к которому относят период использования психиатрии в политических целях. Именно у них началось активное выискивание «психопатологических механизмов», а стало быть, психической болезни, дающей основания признать обвиняемого невменяемым, отстранить его от выступления и защиты в суде, а затем направить на принудительное лечение в специальную психиатрическую больницу Министерства внутренних дел. Высказываются и такие предположения, что в ряде случаев эксперты, видя абсурдность обвинения или его фактическую безобидность (арест, например, за рассказ политического анекдота), могли «дотягивать» тяжесть реально имевшихся психических расстройств до невменяемости, тем самым устраняя угрозу именно политических репрессий, заменяя их на пребывание в больнице, условия содержания в которых было значительно меньше по сроку и менее тяжелое, чем в зонах архипелага ГУЛАГа.

Фактическое положение с диссидентами, обвинявшимися главным образом по двум упомянутым статьям УК РСФСР – 70 и 190-1, судя по документам, было следующим. Начиная с 1961 г., когда был введен в действие новый Уголовный Кодекс, КГБ СССР направил в Институт им. В.П. Сербского для проведения судебно-психиатрической экспертизы 309 человек по обвинению в «антисоветской агитации и пропаганде» и 61 лицо по обвинению в «распространении заведомо лож-

ных измышлениях, порочащих советский государственный и общественный строй». Нельзя не сказать, что в отношении некоторых диссидентов политическая подоплека дела пряталась под банальными статьями уголовного кодекса, такими, например, как обвинение в хулиганстве.

В целом, в абсолютных цифрах (370 направленных на экспертизу), это количество принципиально меньше, чем можно было ожидать, памятуя громогласные обвинения «независимых» психиатров в разгуле по стране «психиатрического террора» и учитывая, что по таким «делам» психиатрическая экспертиза в эти 25 лет в основном проводилась в Институте им. Сербского, куда привозили «политических» со всех республик бывшего Союза. Конечно, о «массовости» говорить нельзя, но это не умаляет ответственности, поскольку речь идет о конкретных человеческих судьбах.

Обращает на себя внимание неравномерность направления на экспертизу обвинявшихся по этим статьям. Наибольшие поступления были в 1961, 1968, 1971-1972 и в 1982 годах, что вполне коррелирует с особенностями идеологической политики КПСС в эти годы. Само по себе это еще не свидетельствует о злоупотреблении психиатрией, скорее можно говорить о попытках прощупать возможности ее использования в политических целях.

При анализе статистических данных за 30 лет после введения в 1961 г. нового Уголовного кодекса, обращают на себя внимание не столько пики в количестве поступающих на экспертизу диссидентов, сколько соотношение вменяемых и невменяемых. Анализ многолетней практики судебно-психиатрических освидетельствований в Институте им. Сербского по обычным (не политическим) преступлениям показывает, когда их было меньшее, когда большее, но неизменно значительное преобладание признанных на экспертизе вменяемыми. Принципиально иные соотношения были по анализируемым статьям УК в периоды обострения политического террора. По известным закономерностям заболеваемость психозами, такими, например, как шизофрения, – стабильна из года в год, и относительно стабильно число признанных невменяемыми в связи с этим заболеванием. Так было всегда, пока «психиатрия не стала колебаться вместе с линией партии». Пики этих колебаний выражались в преобладании признанных невменяемыми, и, в первую очередь, за счет шизофрении.

Если во время первого пика поступления на экспертизу «политических» в 1961 г. число вменяемых по обвинению по ст. 70 УК РСФСР было незначительным, но все же превалировало над числом признанных больными и невменяемыми (всего было 36, вменяемые – 20, невменяемые – 16), то к третьему пику, уже в 1972 г., из 24 лиц, проходивших экспертизу по этой политической статье, вменяемыми было признано только 4, а невменяемыми 20, то есть в 5 раз больше. По статье 190⁻¹ УК РСФСР в 1968 г. из 9 освидетельствованных вменяемые – 2, невменяемые – 7, в 1971 г. все 7 диссидентов признаны больными шизофренией и невменяемыми. Можно допустить случайность, когда в 1982 г. оба из двух обвиняемых (всего 2 поступления за год, и это при «массовом психиатрическом терроре»!) по этой статье были признаны невменяемыми, но предыдущие цифры с несомненностью говорят о тенденции признавать невменяемыми политически неугодных.

Только тщательное катamnестическое исследование (то есть изучение психического состояния в отдаленный период после установленного диагноза) могло бы за отмеченными тенденциями конкретно показать, сколько было неправильных диагностических и экспертных заключений. Но такое достоверное исследование уже практически не осуществимо. Выборочный катamnез показывает, что кому-то ставился диагноз шизофрении на основе неоправданно расширительного понимания границ этого заболевания, у кого-то наступила длительная стойкая ремиссия (до уровня практического выздоровления), не исключающая обоснованности диагностики шизофрении в те годы, а у остальных вообще не было оснований пересматривать диагноз в силу дальнейшего развития процесса. Представляется существенным другое, а именно, что и психически больные могли выступать против тоталитаризма, при этом отнюдь не по «психопатологическим механизмам», а как лица, которые хоть и имели диагноз шизофрении, но сохраняли нравственные гражданские ориентиры, возможность которых многократно подчеркивалось в нашей книге. Другое дело, что эти нравственные гражданские ориентиры они в силу сниженной возможности целостного критического осмысления конкретных ситуаций не могли (или не хотели!) скрывать.

Бедой (но не виной!) советской психиатрической науки была ее теоретическая заидеологизированность как результат неукоснительного

требования жестко пресекать какие-либо отклонения от «единственно научной» концепции марксизма-ленинизма. Это выразилось, в частности, в том, что советская психиатрия в годы тоталитарного режима считала порочным проникновение во внутреннюю жизнь больного – это было идеологически чуждой психологизацией, экзистенциализацией. В этой связи возможность того, что человек может вести себя «не так, как все» не только по причине психической болезни, а исключительно исходя из своих моральных установок, согласно своей совести – просто не допускалась. Отсюда вытекало и следствие: если не такой как все, выступает против политической системы – надо искать «психопатологические механизмы» инакомыслия. Даже в тех случаях, когда катamnез подтверждал правильность устанавливавшегося диагноза шизофрении, это далеко не всегда означало, что именно психические расстройства были причиной инакомыслия и, тем более, что надо было проводить принудительное лечение «от него» в специальных психиатрических больницах. Инакомыслие, идущее от совести, никогда никакими, даже карающими дозами лекарственных препаратов, задавить не удавалось, хотя сломить волю, заставить замолчать из-за опасения потерять здоровье от этих препаратов в спецбольницах могли.

Казалось бы, все сказанное ушло в историю: правда состояла в том, что попытки использовать психиатрию в политически целях были, но массового психиатрического террора не было – это пропагандистское оружие активистов холодной войны. На состоявшемся в 1993 г. очередном международном конгрессе психиатров уже не было никаких новых поводов к разговорам о существовании в России «карающей психиатрии». Однако, к сожалению, холодная война не закончена, а «факты» психиатрического террора продолжают использоваться сторонниками холодной войны.

После публикаций автора в психиатрических изданиях, а также в СМИ о приведенных материалах исследования обсуждаемой темы, меня просила принять приехавшая из Парижа М.В. Розанова – жена известного диссидента А.Д. Синявского, которая представила интересную информацию. По ее словам, зарубежными «друзьями» А.Д. Синявского было предложено написать книгу, в которой разоблачалась бы советская действительность. Ему было обещано, что в случае обнаружения его авторства на Западе будет «раскручено» общественное возмуще-

ние, и его вместо суда лишат советского гражданства, и он будет выслан из страны, а там ему будет предоставлена квартира в Париже и пожизненное обеспечение. А.Д. Синявский написал книгу заказанного содержания, ее широко, хоть и подпольно, распространяли в СССР, КГБ два года искал ее автора, в конце концов, его арестовали и обвинили в антисоветской деятельности. В связи с этим он был на экспертизе в Институте им. В.П. Сербского. Там он засомневался в обещаниях «раскрутить общественное мнение» и в переселении в Париж и начал пытаться симулировать шизофрению. Эта попытка оказалась неудачной, он был признан вменяемым, однако его западные покровители выполнили свое обещание, и дело кончилось лишением его гражданства. В полученной от М.В. Розановой информации главным является не подоплека «диссидентства» Синявского. Она рассказала, что полностью согласна с моими материалами об отсутствии массового психиатрического террора и привела ценные факты о том, что многие из тех, кто «получил» диагноз шизофрении и был выслан из СССР в дальнейшем, уже будучи за границей, попадали в психиатрические больницы в связи с обострением заболевания, хотя до этого они активно заявляли, что этот диагноз им был установлен за антисоветские настроения. М.В. Розанова сказала, что она будет пытаться опубликовать мои материалы во французской прессе, но одновременно высказала сомнение в удаче этой попытки – «там публикуют только то, что чернит Россию».

О том, что продолжают спекуляции на тему карательной психиатрии свидетельствуют и многие другие факты. Даже в *Histoire de la Schizophrhrenie*, опубликованной Jean Garrabe в 1992 г. в Париже, частые упоминания широкомасштабной карательной психиатрии в СССР приводятся как несомненные факты. Более того, автор пишет: «в стране, которая недавно называлась СССР, диссидентство пытались представить как форму вялотекущей шизофрении» (с.193) – какая спекулятивность! Никто из советских психиатров таких попыток не предпринимал – это, во-первых, а, во-вторых, любой больной шизофренией мог быть диссидентом, если его совесть не могла молчать. Подобные высказывания J. Garrabe (и не только его) как раз и являются политическим злоупотреблением психиатрией. Подобные спекуляции продолжают в публикациях и выступлениях так называемых «правозащит-

ников» (например, Борщева¹, Прокопенко, Глузмана) и психиатров савенковских позиций, а также созданной Р. Хаббардом сайентологической антипсихиатрической организации ГКПЧ (последняя распространяет книги и видеофильмы под названием «Психиатрия – индустрия смерти»). Результатом является запугивание больных психиатрией, сдерживание их от получения необходимой психиатрической помощи и, соответственно, урон их судьбе.

Вместе с тем, наряду с заказной клеветнической компанией против советской психиатрии в ее истории были и действительно позорные страницы, когда ей злоупотребляли путем директивных стационаров больных на периоды проведения политических мероприятий. Об этом мы писали в начале книги, отмечая факты социальной дискриминации больных шизофренией. Однако позорным это было для политической Системы, психиатрическая служба предотвратить эту практику была не в силах. Позорной политической акцией против больных шизофренией являлось и то, что им запрещалось выдавать загранпаспорта даже тогда, когда годы холодной войны стали уходить в прошлое.

ГЛАВА 4. ШИЗОФРЕНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ПРОБЛЕМЫ КУЛЬТОВЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ («СЕКТ»)

Психиатрия и религия, их взаимовлияние и взаимопонимание – сложнейшая и не теряющая актуальности проблема. Этой проблеме посвящено много специальных работ, в том числе монографических. Главным в этой проблеме является феномен ксенопатии. Голос Бога, голоса нечистой силы, иные вмешательства потусторонних, мистических воздействий, которые испытывают больные шизофренией, делают именно

¹ В.В. Борщев продолжает на «Радио Свобода» и на публичных собраниях обвинять автора в том, что раньше он злоупотреблял психиатрией в отношении диссидентов, а теперь «штампует шизофрению» тем, кто имеет иное, не традиционное религиозное убеждение. Пользуясь случаем, утверждаю, что ни одному диссиденту судебно-психиатрической экспертизы не проводил, поскольку просто не имел специального допуска к этой работе, а в последующем ни разу необоснованного диагноза шизофрении лицам нетрадиционных верований не устанавливал.

ксенопатию связующим звеном проблемы. Многие религиозные убеждения явились результатом соответствующего содержания ксенопатии. В этой связи, рассматривая судьбы больных шизофренией нельзя не остановиться на некоторых основных положениях, сопряженных с религией.

Для нашего времени не потеряло своего значения утверждение классика психиатрии С.С. Корсакова (1901) о том, что «религиозное чувство в большей или меньшей степени присуще каждому нормальному человеку, хотя проявляется в разнообразных формах, и иной раз в самых резких проявлениях, так называемого, «атеизма» можно при помощи тонкого анализа отметить проявления борьбы со скрытым и искусственно подавляемым религиозным чувством». Как нормативное, религиозное чувство совместимо с внутренним миром больного шизофренией.

Каково значение для человека этого религиозного чувства достаточно полно определил выдающийся мыслитель XX века С.G. Jung (1991). Оставаясь в рамках непредвзятого исследователя, он писал: «Религиозный опыт абсолютен. Он несомненен. Вы можете сказать, что у вас его никогда не было, но ваш оппонент скажет: «Извините, но он у меня был». И вся ваша дискуссия тем и закончится. Неважно, что мир думает о религиозном опыте; для того, кто им владеет, – это великое сокровище, источник жизни, смысла и красоты, придающий новый блеск миру и человечеству. У него есть вера и мир. Где тот критерий, по которому вы можете решить, что эта жизнь вне закона, что этот опыт не значим, а вера – просто иллюзия? Есть ли, на самом деле, какая-нибудь лучшая истина о последних основаниях, чем та, что помогает вам жить?».

Научно доказать существование или отсутствие Бога нельзя, поскольку такие доказательства не относятся к сфере науки, и последняя не может иметь адекватных инструментариев для этих исследований. Отношение к проблеме существования Бога это – вера, это – отражение человеком его стремления понять себя и мир, смыслы жизни. Религиозная вера идет от «чувства Бога», от чувства человеком своего «события с Богом» (словосочетание Папы Иоанна Павла II). Атеизм – вера в материальную причинность бессмысленных случайностей; питается эта вера гордыней своих знаний и чувством своего, человека, превос-

ходства в этом мире (хотя в экстремальных ситуациях имя Бога вспоминается и атеистами).

Понятие «Вера» имеет два аспекта. Первый – особое состояние психики, заключающееся в полном и безоговорочном принятии человеком каких-либо сведений, текстов, явлений, событий или собственных представлений и умозаключений, которые могут выступать в дальнейшем основой его **Я**, определять содержание поступков, суждений, норм поведения и отношений. Второй – признание чего-либо истинным с такой решительностью, которая превышает силу внешних и формально-логических доказательств. Это не значит, что истины веры не подлежат никаким доказательствам, а значит только, что сила веры зависит от особого самостоятельного психического акта, не определяемого всецело эмпирическими и логическими основаниями. Вера не обязательно имеет религиозный смысл, безоговорочная уверенность во всемогуществе науки – тоже вера.

Религиозная вера (слово «религия» означает связь) подразумевает духовную связь не только с Богом, но и с сатаной, который противопоставляется Богу, и с другими потусторонними, метафизическими силами. Религия основана на извечном внутреннем чувстве человека, выражающем его связь с неким духовным началом. Как отмечалось, религиозное чувство в большей или меньшей степени присуще каждому нормальному человеку, оно проявляется даже у атеистов в их борьбе со скрытым и искусственно подавляемым религиозным чувством (С.С. Корсаков).

В этом положении главное – констатация имманентности для каждого человека религиозного чувства. Даже в наскальных рисунках доисторического человека находят чувственное обращение к Богу. Это чувство обычно обостряется в психотравмирующих, стрессовых ситуациях.

Однако религиозное чувство постоянного «со-бытия с Богом» – это только чувство, которое для верующего человека является реальной опорой, надеждой, направляющей силой, советчиком в жизни. Одновременно с ним рождается мучительный вопрос: каков же Он, Бог? Но Бог вне какого-либо материального и временного измерения. Он – не познаваем мирскими способами познания. Так утверждает апофатическое богословие, в частности, богословское учение Дионисия (III–VI вв.).

И здесь возникает коллизия между имманентным чувством Бога и невозможностью представить его рассудком. Эта невозможность все-

гда чревата компенсаторным формированием субъективных представлений о Боге, и тогда появляются варианты “знаний” о Боге. 9/10 всей древнейшей литературы посвящено представлениям о сущности Бога, об Его образе и действиях (Никольский Н.М., 1974). От имени Бога «раскрывались» Его промыслы, которым давались субъективные толкования, составлялись пророчества, заветы, высказывались различные наставления. Не только углубленные размышления о сущности Бога, но и особые озарения (инсайты) и мистические сновидения у погруженных в богоискательство, а также состояния транса и медитации были источниками новых представлений о Боге. Нельзя не отметить, что авторами некоторых из них были лица с психическими расстройствами (патологическим инакомыслием, зрительными и слуховыми галлюцинациями и главным из них – феноменом ксенопатии), которые лично «слышали» Его указания, «видели» Бога, который непосредственно ими руководил; именно эти расстройства предопределяют особый социальный аспект в судьбе больных шизофренией. Психопатологический анализ исторически известных с древности некоторых религиозных персонажей и основателей ряда современных некультовых учений позволяют считать этот источник новых верований достаточно существенным. В целом религиозное сектанство непосредственно не относится к проблемам психиатрии, однако есть обстоятельства, которые показывают их сопряженность. Их отметил еще С.С. Корсаков (1901): «Принадлежность к некоторым сектам, особенно проникнутым нетерпимостью, изуверством и фанатизмом, а также к таким, в которых религиозный культ соединяется с сильным душевным возбуждением, доходящим до экстаза, способствует развитию душевных заболеваний. Нужно, впрочем, заметить, что некоторые организаторы сект и вербуют своих единомышленников преимущественно из лиц неустойчивых, неуравновешенных, склонных к крайностям и ищущих чего-то нового, мистического» (когда С.С. Корсаков писал эти строки, то понятия шизофрении еще не было, однако в приведенном им перечне лиц, несомненно, были и эндогенные больные). Сказанным С.С. Корсаков по существу отметил психиатрический контингент среди adeptов сект.

Каждый из основателей новых культов заявляет, что только ему принадлежит знание божественных истин, которые непосредственно в него вложил сам Бог (или Богородица), и поэтому все adeptы должны руко-

водствоваться этими полученными истинами. На их основании adeptам предписываются новые нормативы социального поведения. Следует отметить, что еще библейский царь Давид в своем Первом Псалме предупреждал о вреде сектанства: «Блажен муж, не ходящий на совет нечестивых и не сидящий на собраниях развратителей».

Религиозное сектанство в России за последние 15 лет стало заметным социальным явлением. Количество новых сект неуклонно увеличивается, а число их adeptов уже приближается к миллиону. Этот факт согласуется с приведенными в 1.4. Раздела II положениями П.А. Сорокина о поляризации общества в периоды социальных стрессов, одной из тенденций является духовный поиск смысла жизни, стремление познать Бога. Соответственно спросу начали предлагаться различные версии того, в кого и как надо верить.

Беспрецедентному росту в России культовых новообразований способствовали два дополнительных макросоциальных фактора. Во-первых, разрушение с падением тоталитарной системы доминирующей материалистической идеологии, сочетающееся с заполнением образовавшегося духовного вакуума разнообразной наукообразной и мистической информацией, привело к своеобразному макросоциальному феномену – к восприимчивости общественным менталитетом как псевдонаучных, так и квазирелигиозных мировоззренческих позиций, «синтез» которых позволил нам определить это социальное явление как «менталитет научной мистики» [115], нелепо сочетающийся в себе несочетающееся. Во-вторых, 70-летнее агрессивное притеснение традиционных религий привело к факту отсутствия у населения религиозной грамотности и обилие в его менталитете всякого рода фольклорных и даже оккультных представлений, что с сожалением был вынужден признать Патриарх РПЦ Алексей II. Появление квазирелигиозных толкований Святого Писания, фанатичная уверенность в правильности своих убеждений этих религиозно неграмотных людей – причина ухода в катакомбы в ожидании конца света, коллективных самоубийств и иных нарушений социального поведения [139, 171, 203 и др.].

Христианское Богословие не видит принципиальных различий между современными сектами и ересями, которые предшествовали Писанию и Преданию Церкви и существовали еще до Рождества Христова. В новых религиозных культурах предлагаются, за редким исключением,

лишь очередные компиляции из старых ересей, которые зачастую «украшаются» включениями из области псевдонаучных фантазий, облаченных в квазирелигиозные наряды. Вместе с тем, если основой прежних ересей был духовный поиск, то современные секты основой имеют меркантильные соображения: для познания новой «истины» надо платить или бесплатно работать на руководство секты. Деятельность таких сект преследует цели, не имеющих ничего общего с духовностью: деньги, личные амбиции, власть и даже претензии на мировое господство. Главным же отличием современных сект от традиционных религий является отсутствие в их учениях какого-либо собственного позитивного нравственного начала.

Отмеченные особенности наиболее наглядно представлены в деятельности созданного Лафайетом Рон Хаббардом тоталитарного неокульты «Церковь сайентологии», настаивающего на своей религиозной сущности. Эта международная организация, пользуясь статусом религиозной, имела немалые выгоды, однако неприкрытая меркантильность была разоблачена, и в ряде стран этот статус с нее был снят (сам Хаббард давал наставление сотрудникам своей организации: главное – «делать деньги»). Так, в ФРГ она на государственном уровне характеризуется как «криминальная коммерческая организация с элементами психотеррора».

Учение Л.Р. Хаббарда особенно активно распространяется в России, до сих пор оно продолжает открыто рекламироваться, ориентировано на молодежь, и находит много сторонников и защитников в коммерческих медицинских кругах. Кроме того, можно утверждать, что «Церковь сайентологии» является как бы эталонной моделью всех культовых новообразований тоталитарного толка. Среди другого, что характеризует все секты, это негативное отношение к психиатрии, сдерживание своих адептов (иногда прибегая к насилию) от общения с врачами-психиатрами. Секты дискредитируют психиатрию при каждом возможном случае. Одновременно они бесцеремонно эксплуатируют психически больных. Пользуясь их беззащитностью, наносят им существенный, иногда непоправимый социальный ущерб, особенно при перепродаже их квартир [170, 203 и др.].

В проблеме шизофрении в аспектах культовых новообразований следует различать две полярно разные ролевые позиции больных: в пер-

вой они создатели нового культа и их лидеры, во второй они адепты, ищущие «спасения» в этом культе. К той или другой ролевой позиции больных ведут «психопатологические механизмы», но социальные последствия, судьбы больных принципиально иные. В первой позиции они «боги», собиратели различных почестей и материальных благ. Во второй – зависимые от культа жертвоприносители.

Психиатрам хорошо известны психозы с религиозным бредом. Им были посвящены целые разделы руководств по психиатрии в XIX веке. Также описывалась способность больных индуцировать окружающих своей бредовой идеей о том, что они – новые боги, и окружающие начинали в это верить, создавались «религиозные» общины, которые буквально боготворили своего основателя. Такие случаи встречаются и в наше время. И в прошлом, и в настоящее время они приводили к новым религиозным движениям.

Основателем одной из крупных современных российских сект является бывший пациент психиатрической больницы, где он дважды проходил стационарное лечение с диагнозом параноидной шизофрении, инвалид II группы. В Смоленске от иконы Богоматери «Одигитрия» в него «вошли» Откровения Божьей Матери. С этого времени Откровения Богоматери периодически повторялись, на этой основе им было издано свыше 20 книг. Последователи верят, что он – «святой старец», через которого Богородица открывает свое учение и указывает, как нужно жить, а богослужения, которые он совершает, происходят «с присутствием Божьей Матери».

Согласно публикациям этого нового религиозного культа «мировое зло сконцентрировано в женщине» и соответственно водится мистическое понятие «б...» – собирательный образ женственного начала в мире. Обосновывается это тем, что сатана «прогрыз в тонком теле Евы дыру между ног, осрамил ее и внедрил в ее плоть, создав там свой престол», что сатана сделал «гениталии центром личности Евы»... «Вот почему нечестивая мать... распространяет вокруг себя содомскую вакханалию, являясь бессознательно или осознанно поверенным лицом князя тьмы, его священницей. Она превращает мужа в сына и сына в мужа, постоянно погружая их в свою бездонную, разженную геенской похотью ненасытную утробу, сиречь в утробу дьяволицы, священнодействуя на генитальном престоле, воздвигнутом сатаной. Она осваи-

вает по подсказке даймоны – родового демона новые астральные виды темного блуда, премерзкого в очах Господних, экстрасенсорик и восточную оккультную эзотерику. Время прозреть на нечестивую, обличив скрываемые за внешней лживой человеческой благопристойностью мерзости сатаны. Время положить им конец... «Женоцентризм – болезнь болезней, исчадие зла, предвестие распада»... «Над Россией нависает проклятая родовая безысходность»... В одной из фундаментальных книг создателя нового культа утверждается необходимость полного самоотречения, смирения, беспрекословного послушания «святым отцам». «Не имей суждений, и весь мир станет твоим»... Попавший в секту «новичок» должен многократно твердить: «У меня нет своего ума, совести, тела, воли». «И надо решиться убить себя – это именно та жертва, к которой призывает Господь»... «не имей ничего своего, ничего не делай для себя» – наставляет верующих Божья Мать в своем откровении основателю культа. В книгах и газетах этого культа превозносятся нищета духа, отказ от всей культуры, высших человеческих идеалов, а также отказ от родителей, брака, семьи, своих детей, от учебы и работы, от воспитания детей. Там говорится, что «...Земная мать – прообраз дьяволицы. Земной отец – прообраз сатаны»... «И каждый отец – сыноубийца, и каждая мать, распявшая господу, – жена дьявола». «Во грехе родила меня и мать моя... и сеется ею только смерть и тления... Отрекись, брат!...» «Пречистая дева Мария даст тебе истинную жизнь». «Три ее божка – чрево, блуд и сын. Три мерзкие богини – грудь, гениталии и задница... Целые поколения жучков аферистов, авантюристов, болтунов и комнатных мафиози было возвращено подобными матерями. И над всем этим – огромный идол «мамы», задавившей своим задом две трети человечества...». Писания основателя секты полны таких утверждений: «Черты настоящего падшего порядка: привязанность к миру, брак, семья, страсти... Новое Лоно: хождение перед пречистой, покаяние, странничество, нищета...»; «...Ныне телесное соитие (даже узаконенное) – грех не меньший, чем растление малолетних и вождление к отцу и матери, за что следует соответствующий спрос...»; «Развитие интеллекта и рассудка пошло в пагубу роду адамову...»; «...Попечением о детях своих умножаете грехи их: тысячи бесов проникают в их психику и, как зловерные хирурги, производят поражения и раны...» В наставлениях высказываются

суждения о вреде ночного сна: Сон – это «родовой гипноз», в который ввергают человека демоны, «Сон преисподняя греха. Сон – погружение в ад». «Убью себя, но не усну», – советует мысленно говорить вовлеченным в секту. Даются и наставления о посте: «Первый пост в том, чтобы не услаждаться пищей. Второй пост – не услаждаться ничем земным – ни ближними, ни занятиями никакими, ни трудами, ни помыслами, ни газетами, ни книгами».

Дальнейшее перечисление психопатологических, приправленных непристойностью, нелепостей этого неокульты вряд ли необходимо.

Автор книги с целью изучения деятельности этой секты, основанной больным шизофренией, специально, с видеокамерой приезжал на «богослужение», которое проводилось в прекрасном спортивном комплексе, вместившем несколько тысяч человек. Сам основатель культа и многочисленные его помощники в рангах «генерал-епископа», архимандритов и игуменов и другой «духовной» челяди в расшитых золотом «религиозных» нарядах устроили красочное, дорогостоящее представление-воспевание своего наставника. Одновременно по рядам собравшихся довольно часто проходили сборщики подаяний на «новую церковь».

Все это свидетельствовало об успешной (в понимании земных благ) судьбе этого больного шизофренией. Вместе с тем, в материалах уголовного дела, которое возбуждалось в отношении этой секты, содержалось значительное количество документов, в которых были описаны особенности психического состояния и поведения молодых людей, спустя 1-2 месяца после вступления в секту. Изменения поведения и психического состояния этих лиц носили однотипный характер и выражались отчуждением от родителей и других родственников, в том числе собственных детей; уходом из родительского дома; отказом от учебы и работы с полным погружением в деятельность секты; прекращением чтения газет, журналов, книг, пользования телевидением и радио; отгороженностью от окружающих; резким ограничением приема пищи; значительным ограничением сна до 3-4 часов в сутки в неудобном положении, что приводило к физическому и психическому истощению, повышенной возбудимости, утрате ранее присущих других интересов.

Выше мы отметили, что основой современных сект является меркантилизация. Как и во всяком бизнесе, дело начинается с рекламы. Все современные секты рекламируют свою благородную миссию. На-

пример: «Международный фонд помощи и дружбы», «Христиане мира за единство и социальные действия», «Международный фонд образования», «Фонд Новой Святой Руси», «Духовное обогащение» и т.п. (кстати, эти названия культовые новообразования нередко, когда обнаруживается их негативная практика, меняют, оставляя, однако, прежнее притягательное содержание реклам своей деятельности). Уставы новых «конфессий» также выглядят благопристойно. Например, «Богородичный Центр» основными своими задачами определил «возрождение лучших традиций благочестия, основанных на Священном писании и свидетельствах о явлениях Божьей Матери в XX веке, благотворительная и просветительская, в том числе издательская, деятельность». Внешняя привлекательность неокультов обеспечивает им приток новых членов, которые идут к ним, еще не выяснив их истинную сущность, идут за обещанным избавлением от стрессов повседневной жизни, в надежде получить поддержку, найти столь необходимую перспективу, обрести смысл жизни, избавиться от духовного одиночества, познать истинного Бога, укрепить свое психическое здоровье, приобщиться, как писал С.С. Корсаков, к «чему-то новому, мистическому».

Наряду с вариантами психологических мотиваций, что не исключается для больных шизофренией, необходимо отметить прямую психопатологическую мотивацию вступления в неокультурную общину. При шизотипическом расстройстве у пациентов с характерным магическим, паралогическим своеобразием типа мышления отмечается повышенный интерес к новым мистическим учениям, что отражает их внутреннюю потребность в консолидации своей духовной сферы. Чаще всего интерес к рекламам указанного содержания наблюдается в дебюте шизофрении при развивающемся чувстве потери смылообразующих позиций своего **Я** с гипертрофированной интроспекцией и рефлексией. Здесь можно отметить и мотивацию преодоления нарастающего чувства отгороженности от реального мира, и стремление восстановить способность контролировать свои мысли и чувства, и поиск контакта с людьми, способными понять созданные в результате метафизической интоксикации их «философские» построения, и попытки обрести магический путь к духовному совершенству.

В результате жестких психологических воздействий, особенно практикуемых в так называемых тоталитарных сектах, у адептов может

развиться как в период пребывания в секте, так и вскоре по выходу из нее (у «экс-культистов»), ряд психических расстройств с психопатологией, наблюдаемой при шизофрении.

Некоторые экс-культисты сами отмечают появление галлюцинаций, чувства расщепления личности и потребности разобраться в своем психическом состоянии, «интеллектуальном беспорядке», страхах и опасений за свою жизнь (Levine S., 1984). В последнее время появляется много специальных исследований, результаты которых указывают на опасность деятельности сект для психического здоровья адептов (Бондарев Н.В., 2004; Kilduff M., Javers R., 1978; Keiser T.W., 1988; Galanter M., 1990; Frank MacHoves, 1992; Cialdini R.B., 1993; Kaplan D., Marshall A., 1996; Wright S.A., 1996; Lifton R. J., 1999; Hassan S., 2000). Описанные этими авторами психические расстройства являются как бы первичными, возникшими в результате психологических манипуляций, которыми они подвергались в культе. Однако среди вовлекаемых в деятельность сект немало лиц с уже имеющимися психическими нарушениями, этому способствует неизменная для всех новоявленных культов реклама, гарантирующая «снятие всех душевных проблем».

Поскольку догмы всех тоталитарных сект представляют собой «псевдологические истины», имеющие глобальный и непреодолимый характер, то у принявших их адептов они явно искажают адекватность смысловой ориентировки личности в своем бытии и в ситуации действия и, соответственно, могут интегрироваться с психопатологическими расстройствами эндогенного происхождения, создавая существенный риск грубого нарушения социального поведения вплоть до совершения ООД.

Как упоминалось, на современном рынке предлагаемых культовых услуг ассортимент «товара» чрезвычайно широк. Сектоведы не успевают фиксировать новые культовые образования. Общая компилятивность учений всех этих сект не исключает некоторые отличия, имеющие иногда важное значение для понимания их конкретного воздействия на личность адептов. Примером может служить деятельности секты «Светносцев Мира» (одна из разновидностей модного религиозного движения «New Age»). Основой «религиозного» учения этой секты является постоянное нагнетание учителями секты страха у адептов перед вез-

десущими силами зла, от которых можно спастись, только исполняя «Веления» «бога»: «мы очень хорошо знаем, что индивидуумы, приходящие на наши собрания... могут попасть под влияние определенных негативных сил и сущностей...», «плохая осанка открывает сознание негативным силам, поскольку вне контроля находится солнечное сплетение», не многие сохраняют осанку правильной, особенно школьники, и поэтому у нас есть повод думать о проникших в них силах зла, тем более что «семя Сатаны расплзается повсюду по Земле». Отсюда «Веления» не только являются указами божественной воли, но и вызовом, брошенным всей тьме». Дается и своеобразный выход: «настал час, когда доблестное пламя трансмутации должно быть воспринято как панацея от любого страха и сомнения», «помните всегда... все, что может быть отдано и свергнуто, суть силовые поля человеческой мысли и чувства, усиливающие оплоты Сатаны и питающие семена Люцифера в индивидуальном уме и сердце», «фиолетовое трансмутирующее пламя является полной силой бога в действии для уничтожения причин и сути всех человеческих ошибок». Напряжение создается и призывами к Армагеддону: «церковь не является церковью, если не вступает в битву Армагеддона..., когда вы ведете святую войну против демонов и развоплощенных». У адептов появляется страх, что их могут опередить: «Торопитесь! Может случиться так, что силы тьмы возьмут дело в свои руки». Сектантам внушают трепетное отношение к «Велениям»: «Это Веление произносит во мне Бог. Это энергия Бога изливается, послушная Его приказу». Не единична в учении секты и мысль о жертвоприношении: «Ныне я объявляю вам... без пролития (изгнания) жизни, или же жизненной силы, искажённого человечеством в силу собственной глупости, грехи человека не могут быть прощены ..., поэтому только жертвоприношение искаженных энергий электронного пояса в ритуале трансмутации может возволить Христоцвет в человеке... Многие из вас ухаживали за своими близкими в час того распятия, когда они уходили из жизни в процессе трансмутации» (Prophet M.L., Prophet E.C., 1999, 2000). Психиатры должны оставлять за скобками свое мнение о «богословской» сущности подобных учений, однако учет их сильного индуцирующего влия-

ния на конкретное поведение адептов в случаях психических расстройств необходим¹.

Примером трагической судьбы больной шизофренией, оказавшейся в путях такого культового новообразования и убившей свою 6-тилетнюю дочь, служит вторая иллюстрация, представленная в Приложении.

Приведенное в Приложении наблюдение является иллюстрацией многих случаев, когда реальная мистическая фабула культовых учений вплетается в актуальную психопатологию больных шизофренией и «канализирует» их конкретное социальное поведение. Создается крайне негативный мотивационный интеграл, который не только ломает судьбы больных, но и формирует агрессивные тенденции в виде ритуальных убийств.

Как упоминалось, мотивацией обращения в секту бывает надежда больных освободиться от субъективно неприятных психопатологических проявлений, и они откликаются на сектантские рекламы, обещающие дать им психическое здоровье. При этом в одних случаях новая религиозность может служить патопластическим материалом для бредообразования религиозного содержания. Однако в других она может и не входить в структуру бреда, но проявляться в неадекватном социальном поведении. Оно отражает содержание сектантской догмы даже у тех больных, которые находятся в психотическом состоянии, формируя своеобразные «клинико-религиозные» сочетания.

Сущность учений ряда культовых новообразований может представляться весьма одиозной и даже нелепой. Вместе с тем принятие этой сущности и высказывания, ее отражающие, могут быть как у психически здоровых, так и у страдающих шизофренией или каким-либо другим психическим заболеванием, что создает дифференциально-диагностические проблемы. Встречающиеся в настоящее время у больных шизофрений квазирелигиозные высказывания при всей их абсурдности далеко не всегда являются индивидуальной психопатологической

¹ Есть данные о том, что сам M.L. Prophet обнаруживал парафренный синдром с манихейской фабулой, которая легла в основу его учения. «В прошлых рождениях» он был священником в Атлантиде (!), лотом из Садома, греческим философом Эзопом, теологом Оригеном в Александрии, королем Людовиком XIV во Франции и американским поэтом Генри Лонгфелло.

продукцией, они могут быть прямым отражением неокультовой «религиозности», внушенной в результате пребывания в секте. Кажущаяся нелепость соответствующего поведения также может являться всего лишь результатом следования нормативности культового новообразования.

Несколько проведенных судебно-психиатрических экспертиз по уголовным (обвинения в убийстве) и гражданским делам адептам культовых новообразований показали, что при несомненном диагнозе шизофрении их конкретные противоправные действия отражали сущность учений этих неокультистов, сочетая усвоенные сектантско-социальные ориентации и лексику в объяснениях своих поступков.

Раздел III. СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

В предисловии к руководству «Судебная психиатрия» действительный член АМН СССР О.В. Кербиков (1965) написал: «Что касается характерных для отечественной психиатрии любви к больным и гуманного отношения к ним, то в этом плане следует сказать, что защита интересов и прав психически больных как раз и является одной из главных задач судебной психиатрии» (с. 3). В этом нравственном ключе нами рассматриваются все аспекты теории и практики судебной психиатрии в отношении шизофрении.

Судебная психиатрия в своей теории и практике неразрывно связана как с общей, так и социальной психиатрией. Если ее связь с общей психиатрией как со своей клинической основой является давно установленной, то связь судебной психиатрии с относительно новой социальной психиатрией находится на этапе своей разработки. В современной литературе в процессе неоднократных профессиональных дискуссий выработалась единая концепция социальной психиатрии, предметом изучения которой являются социально детерминированные психические расстройства, их этиопатогенез, эпидемиология, методы диагностики и профилактики (Дмитриева Т.Б., 1994).

Социальные факторы не только определяют видоизменение клинических проявлений известных психических заболеваний, но и сами по себе могут являться причинами развития психических расстройств. И то, и другое создает ряд проблем для судебной психиатрии как в плане профилактики общественно опасных действий лиц с развившейся социально обусловленной психической патологией, так и в плане дифференциального диагноза. Это является одним из свидетельств неразрывности связи судебной и социальной психиатрии [147, 177].

Судебная психиатрия уже по своему определению «судебная» показывает, что она имеет прикладное правовое, социальное содержание. Более того, сопряженность судебной психиатрии с социальными факторами на всех уровнях возможного анализа настолько широка, что она,

при рассмотрении в едином контексте, требует отдельного освещения этой взаимосвязи с макро- и микросоциальными проблемами и, конечно, с проблемами личности – ее социальной ориентированностью и модусом социального поведения применительно к сложившейся в обществе нормативности этого поведения.

Субъектами судебно-психиатрического исследования являются лица, нарушившие нормы правового поведения или подлежащие оценке их психического здоровья в связи с иными социальными действиями в юридически определенных ситуациях. Эти нарушения и юридически значимые в правовом плане действия перечислены в статьях УК, УПК, ГК и других законодательных документах. Задачей судебных психиатров является определение по соответствующему запросу органов правосудия, есть ли или нет в этих социальных действиях (актах) болезненные причины, обусловленные расстройствами психической деятельности, и дача рекомендации по профилактике таких социально неадекватных действий и их негативных последствий. Иными словами, речь идет о дифференцировании причин нарушений социальной нормативности на психопатологические (т.е. медицинские причины) и на неболезненные, обусловленные социальными факторами. Правильность этой дифференцировки определяет дальнейшую судьбу больных шизофренией.

Такая дифференциация невозможна без анализа того, что составляет оценку и как складываются представления о нормативности социального поведения, что может быть социально-психологическими детерминантами конкретных правовых действий. Именно компетенция судебного психиатра, как имеющего соответствующую «настройку» над медицинским образованием, позволяет предпринять такую попытку, которая после анализа высшего (социального, ноэтического, духовного) уровня измерения человека должна снижаться к анализу уровня психологического и, наконец, биологического, выискивая и определяя нарушения в этих уровнях, которые могут ограничивать, извращать или блокировать детерминанты с высшего уровня измерения, в норме определяющие конкретное социальное поведение (действия).

К этому следует добавить, что в силу специфики судебной психиатрии в поле ее профессиональной деятельности оказываются и психически здоровые лица и лица с так называемой пограничной патологией, которые признаются вменяемыми. Данное обстоятельство показывает

еще более широкий, чем у общей психиатрии, спектр социальной сопряженности судебной психиатрии с необходимостью знаний и учетом факторов и вариантов «социально ненормального», но все же социально обусловленного и не психопатологического, поведения, лишь имитирующего психическую ненормальность.

Судебная психиатрия как прикладное научное направление клинической психиатрии не могла начать свою историю ранее, чем произошло утверждение и развитие психиатрии как самостоятельной научной медицинской дисциплины и правосудию потребовались ее специальные познания.

Конечно, представления о том, что у людей бывают психические расстройства, в том числе с картиной, напоминавшей шизофрению, как нами уже упоминалось, известно с самых древнейших времен. Известно также, что при таких расстройствах совершались опасные для других и вредные для себя поступки. В ряде руководств, учебников и других изданий, посвященных судебной психиатрии, ее историю нередко начинают описывать даже с упоминания мифологических и древне-исторических случаев разоблачения симуляции и «экспертиз» по имущественным спорам (например, разоблачение в симуляции Одиссея, который не хотел участвовать в Троянской войне).

Необходимость опеки над психически больными, принятия мер по защите от их опасного поведения есть объективно существующая социальная потребность. Решать подобные вопросы вынуждено любое общество на любом этапе своего развития, причем задолго до появления психиатрии в ее современном понимании (Шижков С.Н., 1998). Но то или иное решение указанных вопросов до появления собственно психиатрии не должны относиться к истории судебной психиатрии как ее особой ветви, хотя они и могут представить самостоятельный интерес.

По существу до появления клинической психиатрии в XIX веке речь может идти только об истории отношения государства, его законодательных структур к психически больным. Наиболее полные представления о законодательстве различных государств (в том числе и России) в отношении душевнобольных с древнейших времен и до 18 века даны в трудах Константиновского И.В. (1887), Новомбергского Н.Н. (1907, 1911), Лахтина М.Ю. (1911).

Отдельно можно было бы выделить Указ Петра I от 1722 г. «О свидетельствовании дураков в Сенате», но эти «свидетельствования» даже не носили подобия клинико-психиатрического исследования. Так, в одном из дел по убийству факт помешательства обвиняемого определял учитель риторики. С.С. Корсаков (1901), описывая эти «экспертизы» в Сенате, по существу, иллюстрировал полное невежество в вопросах психической патологии людей, решающих судьбы душевнобольных, среди которых были и больные с картиной шизофрении в современном ее понимании.

В XVIII и XIX веках были изданы десятки императорских и сенатских указов о правовом положении психически больных. Однако пользоваться ими было трудно, и не только потому, что они не были систематизированы и оказывались в разрозненных документах, но и потому, что нередко подобные указы противоречили друг другу (Корсаков С.С., 1901).

Выделение душевнобольных, именно как больных, требующих особого к себе правового отношения – важный зачаток судебной психиатрии. Впервые оно обозначилось на средневековом арабском Востоке. В России первую такую попытку предпринял Петр I в Указе 1723 г., который дополнял Указ 1722 г. Согласно этому документу, предусматривалось «сумасбродных и под видом изумления бываемых» обеспечить государственным призрением. Однако на упомянутом «свидетельствовании дураков» дело остановилось.

В 1762 г. Петр III на одном из докладов сената по поводу положения дел с душевнобольными наложил резолюцию: «безумных не в монастыри отдавать, но построить на то нарочитый дом, как то обыкновенно в иностранных государствах учреждены дома дураков». Однако и эта резолюция осталась не реализованной. Следующее усилие предприняла Екатерина II, которая поручила Академии наук представить сведения о домах умалишенных за границей. Результатом явились положительные и реальные преобразования. В 1775 г. был учрежден «Приказ общественного призрения», на который было возложено попечение о душевнобольных. Этот Приказ должен был в губернских городах устроить особые дома для сумасшедших. В предписании к созданию таких домов говорилось, чтобы они были «просторными и кругом крепкими», «таковой дом снабдить нужно пристойным, добросердечным, твердым

и исправным надзирателем и нужным числом людей для смотрения, услужения и прокормления сумасшедших, ... кои обходились бы с сумасшедшими человеколюбиво». В силу этого установления в 1776 г. первый такой дом был устроен в Новгороде, а затем во многих других местах России.

Хотя до начала собственно истории судебной психиатрии было еще далеко, но уже в первые десятилетия XIX века для гражданской власти стало окончательно ясным, что «безумие» – это болезнь, и к решению судьбы таких граждан, если они совершали преступления, следует привлекать врачей. Так, Указом императора Александра I от 1801 г. «О непридании суду поврежденных в уме людей и учинивших в сем состоянии смертоубийство» предписывалось удостовериваться с помощью полиции и Врачебной управы в реальности «повреждения в уме» преступника, что освобождало его от суда и предопределяло помещение в «дом безумных». В 1815 г. Сенатом был издан соответствующий Указ об освидетельствовании безумных и сумасшедших.

При всех недостатках материального обеспечения «домов для сумасшедших» постепенно они превращались в то, что уже становилось возможным назвать психиатрической больницей («лечебницей»). Появились врачи, которые выписывали зарубежную психиатрическую литературу, был специально обученный персонал, которому разъяснялось понимание особого страдания пациентов. Свидетельству этого является уже упомянутый нами Устав 1832 г., в котором содержались правила отношения к душевнобольным и который вводил даже должность «попечителя по нравственной части». Еще раз напомним центральное положение этого Устава, которое должно быть и в основе деятельности судебного психиатра: «Имея сожаление к ближнему твоему, потерявшему драгоценнейшее для человека – рассудок, не отказывая подать ему руку благодательной помощи и страшись не признать его себе подобным».

Несмотря на то, что начала создаваться клиническая база для изучения психических расстройств, что необходимо для судебной психиатрии, в целом состояние домов для умалишенных Приказа общественного призрения не было достаточно удовлетворительным, врачей психиатров было очень немного, а преподавание психиатрии было примитивным. На это обратил внимание Император Николай I. Он, будучи в

Англии, живо интересовался вопросом признания и правового статуса душевнобольных, их лечения, и после возвращения в Россию назначил особый комитет для переустройства дела попечения о душевнобольных. Этот комитет предложил устроить «окружные дома для умалишенных» в губерниях. 18 февраля 1835 г. высочайше утвержденным Указом Государственного Совета впервые был установлен порядок судебно-психиатрического освидетельствования психически больных в уголовном процессе по делам об убийствах (и покушениях на убийство). По этому Указу судебно-психиатрическое освидетельствование производилось во Врачебных управах в соответствии со специальными правилами, устанавливаемыми Медицинским советом. Испытуемые, признанные страдающими душевным заболеванием, направлялись для содержания и лечения в дома умалишенных, где должны находиться до выздоровления. После выписки из больницы больному возвращалась его собственность, если она находилась под опекой в период лечения.

К этому времени относится появление достаточно гуманного «Уложения о наказаниях уголовных и исправительных» от 1845 г. Тогда же открылась первая психиатрическая клиника при Медико-хирургической Академии под руководством проф. И.М. Балинского. Появились первые имена выдающихся защитников прав и интересов душевнобольных – Ф.И. Герцог, В.Ф. Саблер, Ф.П. Гааз, деятельность которых стала служить примером для психиатров последующих поколений. Первой специальной судебно-психиатрической статьёй явилась публикация в «Журнале Министерства внутренних дел» Ф.И. Герцога (1842) «О соблюдении предосторожностей при заключении о состоянии умственных способностей у людей, подозреваемых в умопомешательстве», в которой обращалось внимание на необходимость тщательного знакомства врача с материалами уголовного дела и внимательного клинического наблюдения.

Со второй половины XIX в., и особенно после земских реформ, медленно, с явным отставанием от требований жизни, но все же уже на новом качественном уровне, стала создаваться сеть государственных и земских психиатрических больниц, которые становились клинической базой научного изучения психических расстройств. Применение новых законов, определяющих ограничение гражданской правоспособности душевнобольных и их неответственность за правонарушения, полностью узаконило потребность в судебно-психиатрической экспертизе.

Соединение воедино клинической базы, солидного научного потенциала для ее теоретического осмысливания и определенность задач, поставленных перед судебной экспертизой, следует считать временем реального становления судебной психиатрии как самостоятельной научно-практической ветви отечественной психиатрии, которая питает своими плодами правосудие и которая сама не может жить без связи со своими корнями – клинической психиатрией.

В 1891 г. Московское юридическое общество на специальном заседании рекомендовало участие врача-эксперта в предварительном следствии и в судебном заседании, с правом присутствия на допросе как свидетеля, а также участия в нем. Сама возможность независимости психиатра-эксперта от позиции судьи, получение права требовать присутствия в суде необходимых свидетелей, а также права отказа от дачи заключения при недостаточных данных и возможность требования аргументированности несогласия с экспертом судебно-следственных органов – являлись важным шагом в утверждении судебной психиатрии (Сербский В.П., 1900, 1907). Одновременно В.П. Сербский требовал от психиатров решительного отказа от оценки психического состояния подэкспертного “по внутреннему убеждению”, он неоднократно подчеркивал обязательность клинического обоснования любого заключения психиатра-эксперта.

О том значении, которое психиатрическая общественность придавала судебной психиатрии и, в частности, научной разработке судебно-психиатрических проблем, свидетельствует Устав Петербургского общества психиатров, принятый в 1879 г. Среди целей общества одно из первых мест занимало изучение отношения психиатрии к законодательству и “старание провести в жизни и осуществить на практике судебно-психиатрические воззрения, выработанные путем научного наблюдения над явлениями психических расстройств человека” (“Сборник сочинений по судебной медицине”. Т.3. Спб. 1879).

В 1885 г. С.С. Корсаков выпустил первый том Руководства по судебной психиатрии, посвященный общетеоретическим вопросам и законодательству по судебной психиатрии. В 1900 г. вышел второй том Руководства, в котором С.С. Корсаков изложил достаточно четкое (практически применяемое и в настоящее время) положение о судебно-психиатрической экспертизе. За исключением необходимости некоторых лингви-

стических правок, обусловленных “жизнью языка”, все восемь показаний к проведению экспертизы остались практически без изменений.

Российская судебная психиатрия в период своего становления за основу взяла положения Крафт-Эбинга. С.С. Корсаков считал Крафт-Эбинга “одним из самых компетентных лиц по отношению к Судебной Психопатологии, и которого Учебник Судебной Психопатологии должен быть настольной книгой и судебного медика, и юриста» (стр. 659).

Несмотря на некоторое сближение научных и практических позиций психиатрии и права во второй половине XIX века законодательство в отношении психически больных, в том числе, правонарушителей, требовало существенного пересмотра. На это обращали внимание на психиатрических съездах выдающиеся психиатры и юристы (Яковенко В.И., Сербский В.П., Кандинский В.Х., Кони А.Ф. и другие). В этом плане примечателен доклад юриста А.Ф. Кони на съезде отечественных психиатров в 1909 г. «Психиатрическая экспертиза и действующие законы». В нем указывался прогрессивный характер нового Уголовного Уложения 1903 г., в частности, ст.39, давшей общее определение невменяемости при душевных болезнях.

При проведении судебно-психиатрической экспертизы серьезные правовые, в том числе социальные, последствия часто вытекают непосредственно из диагностического решения, и притом сразу же после вынесения этого решения. Установление диагноза шизофрении или его отрицание – это, за редким исключением, прямо противоположные экспертные заключения о вменяемости или о невменяемости. Несвоевременное установление диагноза шизофрении ведет к запоздалому применению активных методов лечения и снижению его эффективности, к недостаточному внебольничному наблюдению, к лишению больного необходимой социальной помощи и даже, наоборот, – к созданию более сложных условий существования в результате уголовного наказания. В случаях осуждения больного трудно переоценить непосредственный и отдаленный социальный и моральный ущерб, причиняемый его родственникам и близким. Так или иначе, нераспознанная шизофрения у больного, совершившего общественно опасное деяние (ООД) – предпосылка крушения его судьбы.

Неоспоримым является и тот факт, что среди возможных профилактических мероприятий по снижению риска совершения повторных ООД

больных шизофренией едва ли не самым важным является именно своевременная диагностика. С другой стороны, нельзя не помнить об отрицательных последствиях ошибочного диагностирования шизофрении, которое может вести к повышению криминальности лиц с антисоциальными тенденциями. Все сказанное показывает, что первым в аспекте судебно-психиатрических проблем шизофрении, несомненно, должны стоять именно вопросы своевременного диагностирования самого заболевания.

Среди клинического разнообразия проявлений шизофрении можно отметить группу симптомов, в отношении которых психопатологический анализ необходим лишь для определения их принадлежности к конкретному синдрому, этапу, варианту течения этого заболевания, то есть для определения его места *внутри* рамок шизофрении. Ряд же других симптомов требует, перед тем как определить их «внутреннюю позицию», доказательств их принадлежности к психопатологии самой шизофрении, более того, нередко наличие этих проявлений вообще ставит под сомнение сам диагноз шизофрении. Последние случаи наиболее часто встречаются в судебно-психиатрической практике, что ее отличает от диагностической работы в других психиатрических службах.

ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ РАСПОЗНАВАНИЯ ШИЗОФРЕНИИ В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Распознавание шизофрении психиатрами общей практики и судебно-психиатрической службы имеет существенные различия. В первую очередь они обусловлены самим контингентом пациентов, отличающихся как выраженностью психопатологии, так уровнем социальной адаптации. Как правило, на судебно-психиатрическую экспертизу направляются лица, так сказать, “из реальной жизни”, которые в целом, по крайней мере, внешне, не обнаруживают психических расстройств, требующих активного психиатрического вмешательства. Они находились в социальной среде, которая их не отторгала, поскольку они, видимо, не обнаруживали выраженных странностей поведения, их социальное функционирование позволяло сохранять качество жизни нередко далеко не ниже среднего.

Даже если речь идет не о первичной диагностике и больные ранее лечились в психиатрических стационарах, то основная их масса после установления ремиссии стремилась уйти из-под психиатрического наблюдения. Они или официально «снимались с учета», или достигали этого сменой места жительства, а иногда – фамилии. «Ярлык шизофреника» мешал им адаптироваться даже на антисоциальном уровне – криминальная среда предпочитает не иметь общих дел с психически больными. Выпадение таких больных из поля зрения психиатров может объяснить факт недостаточной изученности длительных, многолетних постпсихотических состояний в общей психиатрии. Даже при поступлении на экспертизу в стадии обострения заболевания такие больные становились как бы первичными.

В противоположность этому самостоятельное обращение к психиатру диспансера или стационарирование в порядке неотложной госпитализации значительно облегчает диагностику шизофрении, поскольку уже несет информацию о наличии психопатологических расстройств. В первых случаях пациент ищет помощи у врача и активно предъявляет комплекс своих переживаний, при помощи врача он раскрывает те нарушения в своем психическом состоянии, которые стали для него проблемными в плане самоощущения или социального функционирования, что позволяет собрать достаточно информативный материал для диагностирования. Во вторых случаях недобровольное стационарирование пациента в больницу неизменно сопровождается указаниями на те или иные неправомерности поведения или на психопатологические синдромы и даже при недоступности больного продуктивному контакту само его поведение, отражающее остро психотическое состояние, является не менее диагностически информативным.

При проведении судебно-психиатрической экспертизы также могут встречаться больные, которые сами активно пытаются описать то, что они считают каким-то нарушением своего психического здоровья, и здесь между пациентом и врачом могут сложиться отношения партнерства. Значительно реже судебным психиатрам представляется возможным непосредственно наблюдать острое психопатологическое состояние. Но более типичным является проявление конфронтации со стороны испытуемого, страдающего шизофренией, при попытках врача установить у него психическое заболевание, сам диагноз которого обычно

воспринимается как социально дискредитирующий (эксперт якобы намерен наклеить «ярлык шизофреника»). Нередко больные считают, что эксперты находятся в сговоре со следователем и заинтересованы спрятать его в «психушку», тем самым отстранив от объективного судебного разбирательства. Все это предопределяет попытки испытуемых рационалистически и диссимулятивно объяснить все то, что, по их мнению, может быть экспертом оценено как проявление психического заболевания. Они предпочитают доказывать правомерность и необходимость совершенного деяния в суде, нежели быть признанными невменяемыми и помещенными на принудительное лечение.

С другой стороны, эксперт должен проявлять определенную настойчивость, допуская, что перед ним обвиняемый, который, может быть, пытается предъявить не существующую симптоматику. Все это обуславливает необходимость при получении информации, потенциально имеющей диагностическое значение, интегрировать ее с анамнезом и данными уголовного дела для целостного патокинетического обоснования диагноза шизофрении.

Эксперта в первую очередь интересуют особенности психического состояния испытуемого в период (момент) инкриминируемого деяния. Как правило, после совершенного общественно опасного деяния проходит достаточно продолжительное (иногда месяцы) время на ведение предварительного следствия. К поступлению на освидетельствование психическое состояние в случаях шизофрении может существенно измениться как в сторону ослабления выраженности процессуальной симптоматики, так и в сторону его усугубления вследствие психогенных образований. Кроме того, сам шизофренический процесс может начаться после совершения ООД и взятия под стражу. Поэтому, поскольку экспертам особо необходима ретроспективная оценка психического состояния пациента на момент совершения инкриминируемого деяния, их внимание должно концентрироваться на изучении материалов дела, в том числе и на содержащейся в нем медицинской документации.

Вместе с тем так называемые объективные сведения об подэкспертном иногда бывают достаточно противоречивыми, с прямо противоположными характеристиками и несовместимыми описаниями его поведения в период инкриминируемого деяния. В известной степени это может объясняться самой сущностью шизофрении – расщеплением **Я** и

возможностью больных обнаруживать как психопатологически измененное, так и нормативное поведение. Но бывает и так, что лица, заинтересованные в определенном судебном решении дают заведомо ложные свидетельские показания. В некоторых таких случаях для установления истинного положения дел необходимо участие эксперта в судебном процессе, чтобы с санкции судьи задать уточняющие вопросы свидетелям.

Особенностью контингента судебно-психиатрической практики является включение в психопатологическую картину психогенного фактора. Конкретные обстоятельства, способные стать психической травмой, весьма различны. При этом сам факт ареста и заключения под стражу далеко не всегда является главным. Это могут быть и само совершенное деяние (например, убийство члена семьи), потеря имущества, крушение жизненных планов, перспектива тяжкого наказания и т.д. У больных шизофренией наиболее выраженные психогенные расстройства чаще развиваются при достаточной личностной сохранности в случаях малопрогрессирующего процесса (при «шизотипическом» расстройстве). Психогенные реакции и даже развитие картины, казалось бы, несомненного реактивного психоза существенно затрудняют своевременное диагностирование шизофрении.

Особо сложным является установление первичного диагноза шизофрении и времени его начала при одновременном развитии картины реактивного психоза. По данным С.П. Елкина (1999), в половине случаев дебюта параноидной шизофрении имеют место стрессовые обстоятельства. Реальные неблагоприятные ситуационные обстоятельства, в первую очередь, микросоциального характера, нередко предшествуют совершению ООД, уже оказав свое стрессовое воздействие, инициировав дебют шизофрении.

Здесь сложнейшими могут быть вопросы: что это – стрессовая ситуация, спровоцировавшая дебют шизофрении перед совершением ООД, или шизофрения, начавшаяся после ООД как реакция на совершенное деяние или на факт ареста? Случаи, когда при первичном освидетельствовании больным устанавливается диагноз реактивного психоза, а в период принудительного лечения очевидной становится клиническая картина шизофрении и первоначальный диагноз приходится пересматривать, являются достаточно частыми.

Еще J. Berze (1929) выдвинул концепцию реактивной шизофрении, в рамках которой он пытался объединить широкий круг процессуально обусловленных состояний, тесно связанных по клиническим проявлениям и течению с психогенными факторами. Наряду с этим следует иметь в виду уже упоминавшуюся концепцию А.В. Снежневского (1969, 1972), о взаимодействии патобиологических предпосылок – «шизофренного» pathos (то есть специфического диатеза) и психогенного патокинетического толчка, что может приводить к nosos.

Влияние психогенных и других экзогенных факторов на клиническую картину шизофрении

Эндогенные заболевания, особенно при их мягком течении, рассматривались рядом авторов как благоприятная “почва” именно для возникновения психогений [Смулевич А.Б. и соавт., 1978; Пантелеева Г.П., Борисова К.Е., 1982; Морковкина И.В., 1983; Смулевич А.Б., 1987; и др.]. В этом плане шизотипическое расстройство, как относящееся к части генетического “спектра” шизофрении, также может рассматриваться в качестве эндогенной “почвы”, придающей своеобразие психогенным расстройствам, а сама психогения – как стрессовый фактор провоцирования шизофренического процесса.

Психотическое состояние у таких больных лишь временами, при развитии состояний депрессии и псевдодеменции, напоминает реактивный психоз в чистом виде. В целом же преобладает картина нелепого поведения с включением бредовых и даже кататонических расстройств, чередующихся с теми явлениями, которые воспринимались врачами как явная симуляция и нарочитый «черный юмор». Однако за всем этим можно проследить нарастание даже таких диагностических признаков, как критерии шизофрении по К. Schnider (1923), а также расстройств мышления, фиксируемых при экспериментально-психологическом исследовании. Представляется диагностически значимым то, что все это более отчетливо выявлялось на фоне уже упорядоченного поведения и доступности больного контакту. Такие случаи вызывают особые диагностические сложности (см. иллюстрацию № 3 Приложения).

Сложность диагностирования шизофрении в судебно-психиатрической практике в настоящее время усугубляется в связи с участвующими в популяции случаями ранней органической патологии головного

мозга, последствий черепно-мозговых травм, хронических интоксикаций, при этом стали чаще наблюдаться смешанные или сочетанные (коморбидные) формы психической патологии. В случаях развития шизофренического процесса отмеченные экзогенные факторы оказывают на патокинез эндогенного заболевания определенные влияния, формируя атипичные для него, трудные для однозначной диагностики, психопатологические состояния. Особую сложность для правильной нозологической квалификации представляют те случаи, когда к указанным экзогенным факторам присоединяется психогенный.

В целом изучению влияния на клинические проявления шизофрении различных экзогенных факторов посвящено много научных исследований. Они ведутся уже давно, в числе первых следует назвать работу К. Graether (1909) о влиянии алкоголя на специфическую психопатологию, отнесенную в последующем к проявлениям эндогенного процесса. В дальнейшем появились многочисленные публикации, отдельно описывающие изменения клиники шизофрении вследствие сочетаний с различными формами органического поражения головного мозга (Ильинский Ю.А. с соавт., 1976; Кудрявцев И.А., 1976, 1977; Федоренко Н.А., 1981; и др.), с хроническими интоксикациями: алкогольной (Ростовцева Т.И., 1983; Шостакович Б.В. с соавт., 1988; Королева Е.В., 1994; Двирский А.А., 2001; Малков К.Д., 2001; и др.), наркотической (Асанов Т.К., 1991; Перехов А.Я., 1991; Клименко Т.В., 1991; Кондратьев Ф.В., Расулов А.Р., 1992; и др.), с психогениями (Герасимов С.В., 1969; Кудрявцев И.А., 1986; Усюкина М.В., 1987; Дмитриев А.С., Иммерман К.Л., 1995; Ильинский Ю.А., 1996; Осколкова С.Н., 1996; и др.). Однако первое исследование, посвященное сочетанному влиянию различных экзогенных факторов на патогенез шизофрении, было представлено лишь в последние годы (Лебедева Н.С., 2003).

Именно в судебно-психиатрической практике чаще всего наблюдаются случаи сложной сочетанности экзогенных факторов (психогенных и других), которые формируют трудные для распознавания шизофренические состояния. Развитие атипичных состояний под влиянием экзогенных факторов в условиях проведения стационарной судебно-психиатрической экспертизы приводит к тому, что ежегодно 4–6-ти процентам больных шизофренией устанавливается иной, экзогенной природы диагноз (Лебедева Н.С., 2003).

Развитие атипичных для шизофрении, трудно нозологически квалифицируемых психопатологических состояний, привело к практике отсроченного, после предварительного принудительного лечения, решения диагностических и экспертных вопросов, что затягивает следственно-судебное производство и имеет ряд других негативных последствий. Так, в связи с наличием в период проведения стационарной судебно-психиатрической экспертизы (ССПЭ) подобных атипичных психопатологических состояний в ГНЦССП им. В.П. Сербского ежегодно 8-12% подэкспертных направляются на предварительное принудительное лечение без решения экспертных вопросов.

Формирование в патокинезе шизофренического процесса атипичных психопатологических состояний под влиянием различных сочетаний экзогенных факторов находится в зависимости от качества (и количества) привнесенных экзогенных факторов. В целях дифференциального диагноза у больных можно отмечать разные уровни сочетанности, реально затрудняющие распознавание шизофрении: с одной формой экзогении (психогения, органическое поражение головного мозга или хронические интоксикации), с двумя (психогения и органическое поражение головного мозга; психогения и хронические интоксикации; органическое поражение головного мозга и хронические интоксикации) и тремя (психогения, органическое поражение головного мозга и хронические интоксикации).

Каждый экзогенный фактор вносит свои психопатологические элементы в структуру клинической картины шизофрении: психогенный – псевдодеменцию, истероподобные реакции, субступорозность, депрессивный радикал и ситуационную фабулу в бредовую продукцию; органический – нарушения памяти, когнитивных функций, психопатоподобную эксплозивность и другие аффективные расстройства; хронические интоксикации – яркость, образность обманов восприятия и снижение морально-нравственных качеств личности. Переход на более глубокие, сложные уровни сочетанности, нарастающий полиморфизм клинической картины максимально затрудняют своевременное диагностирование шизофрении. Такие состояния имеют значительное феноменологическое сходство с клинической картиной экзогенно обусловленных синдромов у лиц, не страдающих шизофренией.

Выраженность атипичности клинической картины под влиянием экзогенных факторов обратно пропорциональна тяжести эндогенного процесса (наиболее трудно дифференцируемые состояния развиваются при вялотекущей шизофрении) и прямо пропорциональна степени (уровню) сочетанности с экзогенными факторами (наиболее трудно дифференцируемые состояния у больных шизофренией формируются при одновременном сочетании психогенных факторов и последствий экзогенно-органической патологии – органической патологии, перенесенной в раннем детстве, последствий черепно-мозговых травм, хронической алкогольной и наркоманической интоксикации).

Наблюдаемое в патоклинике шизофрении развитие под влиянием различных экзогенных факторов и их сочетаний, атипичных психопатологических состояний обуславливает значительное феноменологическое сходство с синдромами, также возникающими под влиянием аналогичных экзогенных факторов у лиц, не страдающих шизофренией. У них при включении различных экзогенных факторов и по мере их количественного увеличения развивались все более феноменологически сложные и внутренне противоречивые состояния, в том числе и с проявлениями шизофреноподобной симптоматики. Эти состояния при первичной ССПЭ не позволяют решать экспертные вопросы, достоверно исключив эндогенный процесс, завуалированный экзогенно обусловленной полиморфной психопатологией.

Это обстоятельство определяет особо сложный для дифференциального диагноза контингент больных, проходящих судебно-психиатрическую экспертизу, и обуславливает необходимость проведения сравнительного посиндромального сопоставления у таких больных психопатологических состояний для выявления их сходства и различий. На этой основе клинического сопоставления с учетом различных возможностей получения необходимой и достаточной диагностической информации можно представить варианты дифференцированной тактики проведения стационарной экспертизы, в том числе с возможностью пролонгации экспертного наблюдения при первичной экспертизе или же с необходимостью проведения предварительного принудительного лечения перед окончательным решением экспертных вопросов.

В целом, несмотря на психопатологически сходные состояния в период первичного освидетельствования у больных, которым после

проведения принудительного лечения был установлен диагноз шизофрении, и больных, которым затем устанавливался иной диагноз (группа сопоставления), у первых в два раза чаще отмечаются галлюцинаторно-параноидные расстройства и в 3 раза реже, чем в группе сопоставления, синдромы, структура которых указывает на их психогенное происхождение – депрессивные и субступорозные состояния, истерические синдромы (Лебедева Н.С., 2002).

Анализ психотических состояний у больных шизофренией и в группе сопоставления в период первичной ССПЭ показывает некоторые особенности структуры внешне сходных синдромов и клинической картины в целом.

Феноменологическое сходство клинической картины *субступорозного состояния* в обеих группах проявляется в моторной заторможенности, амимичности, застывшем, страдальческом выражении лица, слезливости, что усиливалось при беседе на психотравмирующие темы.

При возникновении *галлюцинаторно-параноидного синдрома* фабула имеющихся бредовых идей отношения, преследования, воздействия имеет в разной степени выраженную связь с психотравмирующей ситуацией. Помимо галлюцинаторных расстройств выявляются элементы синдрома Кандинского-Клерамбо, преимущественно идеаторного характера. Сходство клинических проявлений галлюцинаторно-параноидного синдрома среди больных шизофренией и этого синдрома у больных группы сопоставления усиливается за счет влияния воздействовавших в прошлом экзогенно-органических факторов. Так, зрительные обманы восприятия, как правило, яркие, аффективно насыщенные, зачастую преобладает экспансивный характер бредовых построений, большой удельный вес принадлежит расстройствам телесных ощущений – сенестопатиям.

В этих случаях определенное сходство имеют и психопатологические состояния с негативизмом и эксплозивностью, которые характеризуются преобладанием истеровозбудимых форм реагирования, при этом могут отмечаться демонстративность, взрывчатость, конфликтность, внешнеобвиняющее поведение на фоне тоскливо-злойной либо истерической депрессии. Яркие псевдодементно-пуэрильные проявления или бредоподобное фантазирование, выходя на первый план, значительно маскируют «почву», на которой они возникли. При экспериментально-

психологическом исследовании таких больных обычно выявляются расстройства интеллектуальных операций и памяти, повышенная истощаемость, лабильность внимания, часто отмечаются завышенная самооценка, аффективная обусловленность поведения со своеобразным эмоционально насыщенным резонерством, соскальзываниями при затрагивании наиболее лично значимых тем, что сочетается в разной степени выраженными расстройствами, характерными и для реактивных состояний, и для шизофренического процесса.

Несмотря на внешнее феноменологическое сходство указанных синдромов у больных, находящихся на судебно-психиатрической экспертизе, все же при шизофрении, видоизменяющейся в условиях психогенно-травмирующей ситуации на фоне последствий органического поражения головного мозга, выявляются определенные отличия, указывающие на эндогенную основу состояния. Эти отличия могут быть незначительными, иметь фрагментарный, нестойкий характер, но в целом они важны для дифференциального диагноза.

При наличии временной связи между действием психической травмы и развитием галлюцинаторно-параноидного синдрома при шизофрении обращает на себя внимание относительно быстрое отклонение фабулы бреда от ситуационных обстоятельств. Бредовая интерпретация у больных шизофренией как бы сосуществует с учетом реальной ситуации. Такое двуплановое существование не наблюдается при реактивных психозах. Бредовые идеи обнаруживают большую, чем при реактивном галлюцинаторно-параноидном синдроме, склонность к систематизации, вовлечению все новых и новых событий, как текущих, почерпнутых из окружающего, так и относящихся к прошлому. Галлюцинаторные явления при шизофрении занимают незначительное место, источниками «голосов» чаще бывают фантастические существа, звучат они из формально наружного пространства или «где-то изнутри». Содержание вербальных галлюцинаций в целом сложно-противоречиво с чертами вычурности, символичности, причудливой фантастичности в сочетании с конкретно-бытовой или обыденной фабулой. При сочетании эндогенного процесса, развившегося на фоне влияния экзогенно-органических факторов с психогенными «наслоениями», зачастую наблюдается переход от экзогенных к эндогенным проявлениям в рамках одного и того же расстройства восприятия (например, вербальные галлю-

цинации сменяются псевдогаллюцинациями, но также вербальными). Хотя отдельные элементы синдрома Кандинского-Клерамбо могут отличаться фрагментарностью, незавершенностью, но во всех его проявлениях у больных шизофренией преобладает компонент насильственности, чуждости (феномен ксенопатии), а все состояние характеризовалось глубоким чувством собственной измененности («мысли не мои», «руки, ноги не мои», «весь изменился, превратился»). Часто данный синдром сочетается с бредом инсценировки, симптомами положительного двойника, явлениями дереализации. Отмечаются полиморфизм и изменчивость симптоматики. Этот полиморфизм проявляется и в быстром присоединении субкататонической симптоматики. Анализ содержания бреда у таких больных шизофренией показывает, что психогенная тематика сохраняется только в фабуле тех бредовых идей, которые сформировались раньше других – идеях отношения, толкования, особой значимости и отчасти преследования. Постепенно формирующиеся психопатологические проявления не обнаруживали никакой связи с психогенными факторами (например, больной чувствует, что его «превратили в женщину» и т.п.).

У больных из группы сопоставления с реактивным галлюцинаторно-параноидным синдромом последний не носил затяжного, прогрессивного характера. Довольно часто возникая при сочетании с последствиями перенесенных черепно-мозговых травм, галлюцинаторно-параноидный синдром в этих случаях элементарен по своей структуре, его составляют ситуационные по своему содержанию вербальные галлюцинации, яркие, аффективно насыщенные зрительные обманы восприятия, а также бредовые идеи отношения, преследования. Содержание «голосов» носит преимущественно конкретный житейский и бытовой характер, отражает переживание реальных событий прошлого и настоящего с включением отдельных фантастических эпизодов. Доминируют угрозы, брань, приказы, оскорбления, комментарии.

На высоте острого психотического состояния на фоне страха в структуру галлюцинаторно-параноидного синдрома могут включаться элементы идей воздействия, отражающие психотравмирующие переживания, хотя нередко наблюдается экспансивный характер бредовых построений с яркими, аффективно окрашенными представлениями. Выход из психотического состояния у больных из группы сопоставления проис-

ходит преимущественно в депрессию, истерические синдромы и в астению. Важным дифференциально-диагностическим отличием от больных шизофренией являются отсутствие тенденции к усложнению в динамике психотического состояния и включение истерической симптоматики.

При шизофрении в случаях *преобладания истерических проявлений* в клинической картине обычно наблюдается их феноменологическое однообразие, принимающее характер штампа: могут длительно наблюдаться элементы пуэрилизма или псевдодеменции либо истерической театральности и фантазирования. Данные состояния (псевдодеменция, пуэрилизм) отличаются отсутствием целостной структуры картины истерического психоза, их общей особенностью также является преимущественное течение без смены одних психогенных синдромов другими. Больные безучастны к создавшейся судебной-следственной ситуации, пассивны, не интересуются своей дальнейшей судьбой. Бредоподобное фантазирование характеризуется отвлеченностью, с построением собственных теорий мира, космоса, постепенно приобретая аутистический характер. Фантазии становятся гротескными, утрачивает гибкость, ситуационно обусловленную лабильность. На втором плане могут отмечаться идеи воздействия и преследования. Первоначально психогенный по своим особенностям синдром бредоподобного фантазирования постепенно теряет ситуационную зависимость, заполняясь иным содержанием – отрывочными, не связанными с реальными фактами фантастическими высказываниями. Больных шизофренией в этот период отличает также однообразная приподнятость, которую не могут поколебать ни внешние обстоятельства, ни затрагиваемые в процессе беседы вопросы. При назначении лекарственной терапии именно истерические формы психогений у больных шизофренией редуцируются первыми. Однако еще до назначения лечения может наблюдаться внезапное прекращение психогенного фантазирования с последующим, через несколько дней, его спонтанным возобновлением, что может ошибочно рассматриваться как рецидив реактивного психоза.

У больных из группы сопоставления, не страдающих шизофренией, бредоподобные фантазии отличаются фабульной бедностью, примитивностью построения и, несмотря на фантастичность и подчас нелепость высказываний, отсутствием характерных для шизофрении расстройств мышления; при этом отмечаются живой аффективный фон и демонстративность с оттенком театральности в поведении.

Преобладающее уже в период первичной ССПЭ у больных шизофренией *депрессивное состояние* в ряде случаев обнаруживает тенденцию к затяжному течению и характеризуется своеобразным незавершенным структурным оформлением с нарушением так называемой депрессивной триады. Одни из ее компонентов (аффективных нарушений, идеаторных или двигательных) по выраженности преобладают над другими, которые приобретают рудиментарный характер. На этом фоне отмечаются сенестопатии, разнообразные ипохондрические переживания. Динамическое наблюдение в этих случаях показывает специфические для шизофрении особенности мышления, своеобразие ассоциаций, а также, что особенно важно для дифференциального диагноза – элементы ксенопатии.

В противоположность этому у большинства больных из группы сравнения депрессия характеризовалась выраженностью всех ее компонентов (аффективных, идеаторных, моторных) и после поступления на принудительное лечение претерпевала достаточно быстро обратное развитие.

Психопатоподобный синдром с негативизмом и эксплозивностью, преобладающий у больных шизофренией с экзогенными наслоениями, придает клинической картине значительную атипичность. Диагностически значимым здесь является выявление когнитивных расстройств, а также, по меньшей мере, отдельных признаков больших, сложных синдромов. Большую диагностическую значимость имеет также установление факта развития психопатоподобного состояния у личности, ранее не отличавшейся дисгармоническим складом и, особенно, факта сменяемости феноменологических вариантов психопатоподобного синдрома, что не характерно для подлинных расстройств личности (психопатий) и экзогенной психопатизации.

Кроме описанных особенностей сходства и различия клинических проявлений в статусе больных шизофренией и больных из группы сопоставления установлены и диагностически значимые различия в содержании анамнеза.

Сложность проведения дифференциального диагноза при атипичных для шизофрении психопатологических состояниях усугубляется скудностью, а то и противоречивостью анамнестических данных. Однако все же необходимо обращать внимание на следующие факты. У больных

шизофренией значительно чаще отмечается наследственная отягощенность эндогенным заболеванием и другими (реже) психическими расстройствами, при этом наследственная отягощенность алкоголизмом встречается чаще в группе сопоставления.

Больные шизофренией достаточно часто имеют преморбидные личностно-характерологические особенности шизоидного склада, нередко отмечаются мозаичные личностные расстройства. В то же время у лиц, у которых предполагаемый диагноз шизофрении не подтвердился, выявляется значительное преобладание характерологических черт преимущественно возбужденного круга со склонностью к истерическим формам реагирования и аффективной неустойчивостью.

У больных шизофренией довольно часто в анамнезе отмечаются неврозоподобная симптоматика, факты внешне немотивированного изменения поведения (в том числе странные, нелепые поступки). У них обращает на себя внимание значительная частота возникновения кратковременных эпизодов острых психотических состояний (особенно спровоцированных алкогольным эксцессом), хотя они наблюдавшими их психиатрами диспансеров еще и не рассматривались в рамках шизофрении.

Варианты экспертной тактики при сложных для нозологической квалификации психотических состояниях

Целостный анализ описанных трудно дифференцируемых случаев шизофрении, атипичной из-за полиморфной экзогенной осложненности, позволяет рекомендовать три варианта тактики проведения судебно-психиатрической экспертизы. Эти варианты основаны на возможности получения необходимой и достаточной информации для установления диагноза шизофрении еще в период проведения первичной ССПЭ. Выделенные варианты позволяют наметить тактику экспертного обследования и принятия экспертных решений в период первичного стационарного освидетельствования, а именно: принимать ли экспертное решение на основании уже имеющейся диагностической информации (первый вариант); продлить ли экспертное наблюдение в рамках установленного Федеральным Законом «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» максимально допустимого 90-дневного срока (статья 30), допуская, что за это время можно дополнительно получить необходимую и достаточную информацию (второй вариант);

или же имеющиеся клинические данные, аргументы pro et contra диагноза шизофрении явно неопределенны и без получения новых материалов действительно необходимо проведение принудительного лечения, которое предоставит новые данные о динамике психических расстройств, возможности установления с пациентом продуктивного контакта и т.д., что впоследствии должно совокупно анализироваться при вторичной ССПЭ (третий вариант).

В целом первый и второй варианты по сравнению с третьим отличаются большим разнообразием диагностической информации, достаточным для установления эндогенной основы наблюдаемого состояния, а структура (уровень сочетанности) экзогенных факторов была наибольшей в случаях второго и третьего вариантов. При определении вариантов помимо ориентации на формализованные в МКБ-10 психопатологические признаки шизофрении должны приниматься во внимание данные о наследственной отягощенности, о характере и динамике преморбидных личностных расстройств, о расстройствах социальной (семейной и трудовой) адаптации, о психопатологических предвестниках («зарницах») манифеста психоза и другой диагностически значимой информации.

При первом варианте экспертной тактики уже в период первичной экспертизы должны выявляться диагностически значимые данные о наследственной отягощенности, о выраженных личностных расстройствах шизотипического спектра и их динамике, о возникновении психопатологических расстройств (в том числе диагностированных как шизофрения), требовавших психиатрического вмешательства, о внешне не обусловленной социальной дезадаптации.

В психическом статусе этих больных в период первичной ССПЭ должны выявляться бредовые идеи отношения, преследования, воздействия, идеи особого происхождения, мессианства, сопровождающиеся психическими автоматизмами и другими проявлениями феномена ксенопатии, ассоциативными нарушениями, признаками расщепления личности, негативной симптоматики (эмоциональная бедность, вялость, холодность и даже враждебное отношение к родственникам); при этом специфические изменения эмоциональной, волевой и ассоциативной сфер должны подтверждаться результатами проведенных экспериментально-психологических обследований. Если такая диагностически значимая информация клинически правдоподобно сочетается с анамнестически-

ми данными о наследственной отягощенности, о странностях и даже нелепом поведении больных, об их социальном дрейфе вниз без видимых внешних причин и, конечно, с самими фактами необходимости обращения за психиатрической помощью в связи с психическими расстройствами, то все это, позволяя проследить динамику эндогенного процесса, дает основание к диагнозу шизофрении.

Совокупность этой диагностической информации, несмотря на незначительные индивидуальные вариации, определяется патокинезом хронического психического расстройства, которое при всей его экзогенно обусловленной атипичности вполне отвечает требованиям необходимости и достаточности для диагноза шизофрении. Указанная совокупность дает основание рекомендовать решение диагностических и экспертных вопросов уже в период первичной ССПЭ, без предварительного проведения принудительного лечения.

Основанием к выделению экспертных случаев, в отношении которых возможна тактика принятия диагностических решений также без предварительного проведения принудительного лечения, но с пролонгацией стационарного наблюдения в рамках первичной ССПЭ, служат следующие клинические аргументы. Несмотря на то, что психопатологическая характеристика этих больных второго варианта содержит значительную вариабельность в анамнестической части и в статусе, все же целостный клиничко-социальный анализ возникновения и развития психических расстройств, их проекции на социальное поведение и социальную адаптацию больных, а также анализ причин и ситуаций совершенного ООД дают все основания уже в период первичной ССПЭ предполагать, что подэкспертный страдает шизофренией. Однако каждый раз при, казалось бы, наличии необходимой диагностической информации, она оказывалась не достаточно полной. Динамическое наблюдение в этих случаях способно отметить тенденцию к конструированию целостной картины эндогенного психоза. Кроме того, в период продленного срока экспертного наблюдения может быть получена диагностически значимая информации, вызванная изменением состояния пациента под влиянием лечебных воздействий, а также повторными экспериментально-психологическими обследованиями.

Анализ историй болезни этих больных в период их пребывания на принудительном лечении показал, что они довольно скоро (иногда в

первые недели) клинически проявляли себя именно как больные шизофренией, что подтверждает рекомендацию продления срока первичной ССПЭ.

Больные с третьим вариантом экспертных решений действительно представляют реальную диагностическую сложность, обуславливающую необходимость применения тактики принятия отсроченных (после принудительного лечения) экспертных заключений. В этих случаях анализ всей совокупной информации, которая может иметь диагностическую ценность, показывает ее нозологическую неоднозначность. Хотя здесь и имеется возможность с известной долей достоверности определить ведущий синдром при наличии признаков других синдромов, однако нозологически квалифицировать характер психического состояния на момент (период) совершенного ООД не представляется возможным. Даже в тех случаях, когда у больных временами выявляются относительно специфические признаки эндогенного расстройства, они еще не определяют полностью клиническую картину.

В целом у этих больных наблюдается наиболее выраженный экзогенный полиморфизм психопатологической симптоматики за счет включения в структуру психоза большего количества феноменов экзогенного ряда. Приведенное посиндромальное сравнение больных шизофренией с больными из группы сопоставления показывает их наибольшее феноменологическое сходство. Вместе с тем, хотя развитие атипичных состояний в патокинезе шизофренического процесса является главной причиной своевременного нераспознавания заболевания, однако и другие диагностически значимые данные здесь представлены не достаточно определенно и убедительно. В таких случаях отсутствуют объективные данные о наличии в прошлом психопатологии, благодаря которой можно было бы в той или иной степени проследить патокинез психического заболевания. Кроме того, не исключается и вероятность начала развития эндогенного процесса в период судебно-следственной ситуации с экзогенной спровоцированностью психоза, что, несмотря на диагноз шизофрении, свидетельствует о вменяемости.

Поскольку в целом нозологически неопределенное состояние в период первичной ССПЭ остается стабильным и вероятность того, что в установленных законом временных рамках экспертизы могут быть получены новые диагностически значимые материалы является незначи-

тельной, в таких случаях целесообразно принятие отсроченного решения экспертных вопросов после проведения принудительного лечения.

Метасимуляция, сюрсимуляция и аггравация

Традиционными для судебной психиатрии являются вопросы распознавания сознательного стремления подэкспертных представить ложную картину своего психического состояния, а также дифференцированной оценки особых, имитирующих шизофрению психологических изменений психики, которые наблюдаются у лиц без психического заболевания как такового.

При глубокой ремиссии на уровне практического выздоровления возможны попытки воспроизвести переживания перенесенного в далеком прошлом психотического приступа, отнеся его на период совершения ООД. Распознаванию таких видов имитации приступа шизофрении способствует тщательно собранный анамнез, который при отсутствии должной патокинетической согласованности с наблюдаемым статусом показывает попытку метасимуляции.

Демонстративное предъявление больными шизофренией явно нелепого поведения, которое не может соответствовать их реальному психическому состоянию, то есть сюрсимуляция, наблюдается при ремиссиях и вялотекущем процессе. Однако при этом у больных может наблюдаться сочетание нелепого поведения с бредоподобными высказываниями, что как состояние, возникшее в судебно-следственной ситуации, требует дифференциального диагноза между явной симуляцией и реактивным психозом. Вместе с тем отсутствие действительного “ухода в психоз”, явное стремление зафиксировать внимание экспертов на своей нелепости при вполне упорядоченном поведении в целом (адекватный контакт с другими пациентами, с персоналом, с врачами-консультантами, с психологами) позволяют снять предположение об остром реактивном психозе. Сами больные, убедившись, что их имитация психоза “произвела впечатление” на экспертов, самостоятельно признаются в симуляции, но при этом заявляют, что и в прошлом, когда им ставили диагноз шизофрении, они также симулировали, объясняя это какими-то правдоподобными причинами (например, нежеланием служить в армии). По их мнению, это дает основание снять ранее установленный диагноз и

не диагностировать шизофрению в настоящее время. Вместе с тем, когда такое нарочитое поведение прекращается, представляется возможным выявить достаточно очевидные признаки неполной ремиссии или малопрогрессирующей шизофрении.

Случаи аггравации, то есть предъявление в усиленной форме реально имеющейся психопатологии, при шизофрении практически не встречаются. Объяснение этому, видимо, можно дать исходя из того, что к реально психопатологическим ощущениям и переживаниям у больных критики нет – они не считают их проявлениями психического расстройства (анозогнозия) и скорее их диссимулируют, чем в усиленной форме предъявляют.

Симуляция шизофрении

Симулировать шизофрению трудно, надо не только знать, что клинически достоверно следует имитировать, но и как это сделать – т.е. иметь определенные артистические способности. Известно, что даже артисты-профессионалы не всегда достоверно играют роль больных шизофренией. Бывают подэкспертные, которые могут на протяжении нескольких минут демонстрировать явно разорванную речь, однако довольно скоро обнаруживается ее заученность и стереотипность при повторении, чего не бывает при истинном нарушении ассоциативного процесса.

При попытках симуляции иногда используется заранее подготовленный “сценарий”. Поступающий на экспертизу должен избегать бесед с врачами, на их вопросы отделяться неопределенными ответами, неадекватными улыбками, намекать, что слышит “голоса”, отказываясь от каких-либо пояснений – все это для того, чтобы “не сказать лишнего” и не вызвать подозрения в симуляции. Необходимое “клиническое обеспечение” берут на себя сообщники по криминалу, которые в период предварительного следствия сообщают “объективные” и вполне соответствующие психопатологии шизофрении сведения, поступающие экспертам в качестве свидетельских показаний в материалах уголовного дела (к сожалению, иногда все это подготавливается с помощью врача-психиатра со стороны).

В судебно-психиатрической практике бывают более сложные варианты симуляции, которым предшествует превентивное стационарирование

в общую психиатрическую больницу. Самостоятельное обращение за психиатрической помощью, предъявление заученных жалоб (не вызвавшие подозрения у психиатров диспансера и больниц о симуляции) способствовали установлению диагноза шизофрении. В случаях возбуждения уголовного дела такие обвиняемые (а чаще их адвокаты) использовали факт лечения в больнице с диагнозом шизофрении для направления на судебно-психиатрическую экспертизу, где испытуемые также пытались симулировать по определенному сценарию, в котором предусматривалась апелляция к прошлому стационариванию.

Примерами таких сложных вариантов бывают случаи поступления на судебно-психиатрическую экспертизу с заранее подготовленной «бредовой» фабулой, когда после предварительных тренировок подэкспертному удается как бы «вжиться» в симулируемую роль бредового больного. Важно подчеркнуть, что не только высказывания, имитирующие бредовые концепции, но и сама форма их преподнесения, создающая впечатление патологического резонанса, вызывает необходимость проведения серьезного дифференциального диагноза с шизофренией.

В таких случаях испытуемые после того, как выбрали и заучили стержневую идею симулятивной фабулы, еще в ходе предварительного следствия начинали реализовывать свой замысел – получить статус душевнобольного. Уже тогда в целях вызвать сомнения в своем психическом здоровье и получить направление на судебно-психиатрическую экспертизу эти лица начинали составлять специальные «трактаты», иногда объемом в десятки, а то и сотни страниц, в которых содержалась фабула заученной идеи. Одновременно от этих лиц поступали адресованные в прокуратуру, в высшие правительственные органы, в Думу, президенту, в Академию наук и Организацию Объединенных Наций заявления и предложения, в которых в большей или меньшей степени содержится уже заготовленная нелепая идея.

На судебно-психиатрическую экспертизу такие испытуемые поступали с этими заранее подготовленными записями и схемами своих «бредовых» идей и утверждали, что их разработка является «главным делом всей жизни». При хорошей способности симулирующего лица моделировать в соответствии с выбранной фабулой свое поведение оно достаточно длительное время может имитировать бредовое состояние.

Эти испытуемые довольно свободно вступают в контакт с врачами, не отрицают факта инкриминируемого деяния, заявляют, что они абсолютно психически здоровы, протестуют против проведения им экспертизы и требуют направления в суд. Вместе с тем, сообщая о своей жизни, они как бы вскользь, специально не фиксируя внимание врача, упоминают, что с подросткового (реже детского) возраста отличались замкнутым характером, общению со сверстниками предпочитали чтение серьезной, философской литературы. Далее, если расспросы врачей касались (что клинически вполне оправдано) этого не свойственного возрасту интереса к мировоззренческим проблемам, приводятся имена хорошо известных из общеобразовательного курса философов (почти неизменно фигурируют Кант и Гегель). При этом утверждается, что задолго до настоящего (или первого) привлечения к уголовной ответственности появились «собственные» мысли, идеи о структуре мироздания, о смысле жизни, связи судеб людей с какими-то таинственными «космологическими» существами и о понимании своего особого места в развитии мировой истории. Масштабность охвата событий, преподнесение своего **Я** как центра мировых проблем напоминает явления парафренизации. Конкретная фабула этих высказываний различна, здесь имеют место рассуждательства об антимирах, о «космолюдях», о «микроволновом центре бытия», об изобретении особого «мозгового лазерного луча», «защитных средств против нейтронной бомбы», «социально микроатомной модификации борьбы с преступностью» и т.п.

Обращает на себя внимание частое заимствование основной фабулы предъявляемой «бредовой» идеи из научно-популярной, фантастической или детективной литературы, с большей или меньшей – в зависимости от способностей симулирующего лица – творческой компиляцией.

При расспросах эти испытуемые, довольно свободно излагая разработанную «бредовую» идею, часто употребляют заученные специальные термины, нелепые словосочетания. При этом манера преподнесения вымыслов не носит характерной для банального симулирования или психогенно возникших бредоподобных фантазий формы навязывания, а представляет многословное, легко ведущееся, напоминающее бредовое резонанство рассуждательство на эту тему, которая упоминается как бы между прочим и лишь после специальных вопросов врача, пы-

тающегося получить разъяснения по поводу ранее составленных испытуемым записей. Характерно, что, обычно не отрицая сам факт инкриминируемого деяния, испытуемый так или иначе в своих рассказах связывает его с «бредовой» фабулой.

Важно отметить, что эти испытуемые по результатам проведенного экспериментально-психологического исследования нередко обнаруживают «паралогичность суждений», «соскальзывания». Повторный анализ материалов этих исследований показывает, что за эти виды расстройств ошибочно принимается способность испытуемых во время эксперимента переключаться на заранее отработанную симулятивную фабулу. Трактование в плане последней пословиц и поговорок, сложившейся ситуации и самооценки, отражение в некоторых прожективных тестах «новой» (симулятивной) позиции **Я** способствуют неправильной классификации ряда данных экспериментально-психологического исследования как патологических.

В экспертном отделении эти лица, как правило, ведут себя упорядочено, держатся в стороне от нарушителей больничного режима, стремятся обратить внимание персонала на то, что их ничто не интересует кроме работы над своей «научной» или «философской» темой.

Следует заметить, что наиболее удачно удается выдержать заранее заготовленную линию симулятивного поведения лицам, имеющим психопатический, истерический склад характера. По крайней мере, действительное глубокое вживание в роль, легкость резонерских рассуждений на тему симулятивной бредовой фабулы можно наблюдать только у таких психопатических личностей.

Некоторым из них действительно удается ввести в заблуждение экспертов, получить диагноз шизофрении с заключением о невменяемости, избежать уголовного наказания и попасть в психиатрическую больницу. В случаях поступления на принудительное лечение, особенно в психиатрическую больницу специализированного типа с интенсивным наблюдением, эти «больные» первое время (обычно два - три месяца) продолжают симулятивное поведение. Они стараются делать вид, что охотно соглашаются на назначенное лечение. Однако это касается только препаратов в таблетках, которые фактически ими не принимались. Средства для парентерального применения встречали категорический отказ. Путем клятвенного обещания принимать таблетки и симулирова-

ния соматических заболеваний после первых инъекций («общая слабость», «сонливость», «боли в сердце, печени» и т.п.) они добиваются перевода на таблетированные препараты и в дальнейшем более изоциренно имитируют их прием.

Отмечая положительное действие «лечения» («в голове становится яснее»), «больные» менее активно демонстрируют увлеченность своей идеей, вскоре предъявляемые ими нелепые высказывания начинают «поддаваться критике». К концу 3-4 месяца пребывания на принудительном лечении «больные» соглашаются с врачами, что у них было какое-то психическое заболевание, которое постепенно прошло. По мере приближения срока освидетельствования для определения возможности прекращения принудительного лечения демонстрируется «полная критика», стремление показаться выздоровевшим, хотя неизменно при этом состояние, относимое к периоду инкриминируемого деяния, оценивается как болезненное. Для убеждения врачей в своем полном выздоровлении и в необходимости прекратить принудительное лечение высказываются понимание целесообразности продолжения лечения в общей больнице, установка на регулярное посещение диспансера, на воздержание от алкоголя и на последующее трудоустройство.

Помимо описанных особенностей психического статуса сложность дифференцирования с шизофренией обуславливается и «стилизованностью» под этот статус анамнестических сведений. Анамнез упомянутых данных о превентивном стационаровании в психиатрическую больницу с диагнозом шизофрении может содержать и «объективные» свидетельские показания со стороны близких родственников и соучастников по преступлению о «странном», «нелепом» поведении «больного», которые оказывались в материалах уголовного дела. Мать одного из таких «больных» (спустя более года после вынесения экспертной комиссией заключения о невменяемости сына в связи с заболеванием «шизофренией») написала на имя врачей, проводящих принудительное лечение, признание в даче ею ложных показаний и прислала инструкцию, составленную ее сыном, пользуясь которой она описывала на суде «странности», якобы имевшиеся у него до совершения им преступления (случай из моего третьего урока). Сами подэкспертные нередко пытаются связать различные реальные события своей жизни (смена места работы, переезды в другие города) с «болезненными» переживаниями,

включенными в симулируемую бредовую фабулу. Так, один такой «больной» с тонко продуманной и детально разработанной идеей существования «переоблученных людей, которые усилиями человеческого разума путем обратного воздействия на их мозговые центры лишились опеки инопланетным разумом», связывал свое реальное (испытуемой знал, что это было зафиксировано в трудовой книжке) пребывание в Сибири с якобы имевшимися поисками «собратьев по разуму».

Одним из главных приемов, способствующих распознаванию симуляции и правильной оценке психического состояния, являются максимально полное получение субъективных и объективных анамнестических сведений, сопоставление их между собой, а также с известной динамикой психопатологических проявлений, которая в случаях действительного заболевания должна иметь патокINETическую связь с наблюдаемым статусом – легкостью резонерских рассуждений на тему об изобретательстве, реформаторстве, особом философском осмыслении жизни и т.п. Самыми сложными для симулирующих являются вопросы не по содержанию предъявляемых «бредовых» идей, которые они тщательно разработали, а о времени их возникновения, о динамике, а также относительно других расстройств, предшествовавших и сопровождавших их развитие, которые должны были бы образовывать целостный синдромокомплекс в случае действительного заболевания. Расспрос обо всем этом позволяет выявить клиническую неправдоподобность предъявляемой легенды психического заболевания. Кроме того, симулянты, не зная закономерностей и возрастных особенностей развивающегося шизофренического процесса, обычно называют довольно конкретные даты начала заболевания и относят появление своих идей (по существу, без изменения их содержания), как правило, к детскому или подростковому возрасту, чем подтверждают их надуманность.

Несмотря на отдельные случаи удачной симуляции шизофрении, все же они, как отмечалось, являются редкостью. Кстати, еще R. Krafft-Ebing, E. Kraepelin, K. Jaspers и другие выдающиеся психиатры считали, что симуляция сама по себе уже есть признак психической неполноценности, что изображение психоза для здорового человека невозможно и даже отмечали, что “число симулянтов, которых врач наблюдает, обратно пропорционально врачебно-психологическим знаниям наблюдателя” (Mebius и Kon, – цит. по Лещинскому А.Л. и Паперному Г.С.,

1936). Вместе с тем случаи шизофрении, вызывающие диагностические дискуссии в связи с предположением о симулятивном поведении подэкспертного, не являются редкостью.

Практика показывает, что в числе аргументов в пользу симуляции судебные психиатры чаще всего приводят следующие доводы: «Поведение дифференцированное: днем в присутствии врачей ведут себя нелепо, вечером, вне врачебного наблюдения – поведение правильное»; «предъявляемая симптоматика не укладывается в клиническую картину известных психических заболеваний», «она заимствована из современных научно-фантастических сюжетов».

Все эти доводы весьма сомнительны. Еще E. Kraepelin обратил внимание на поразивший его факт: те больные, которые во время дневных обходов были в застывших позах, не вступали в контакт, вели себя вычурно, нелепо, во время вечерних обходов читали газеты, играли в шахматы, вели между собой беседы. Это было в психиатрической университетской клинике, не имевшей какого-либо отношения к экспертизе. Поэтому так называемое «дифференцированное поведение» – не слишком веский аргумент в пользу симуляции.

Другой аргумент – «не укладывается в клинику какого-либо известного психического заболевания». Этот аргумент противоречит основному клиническому догмату: «нет болезней – есть больные». Речь идет не только об огромном полиморфизме психических заболеваний, их разносторонней зависимости от многообразия приводящих и сопутствующих факторов, в том числе и социо-демографических (возраст, социально-личностные особенности, уровень образования, запас знаний, качество жизни и др.), а еще и о том, что сам допуск этого аргумента априорно исключает возможность существования новых, доселе неизвестных клинических вариантов.

Практика всегда может представить казуистический случай, который не укладывается в типологическую схему, ранее не наблюдался и не описывался – именно такие случаи во все времена развивали клиническую психиатрию. Они, с одной стороны, пополняли клинический багаж психиатрии, а с другой – создавали объективные сложности для систематизации, о чем свидетельствуют все попытки унифицировать различные классификации. Поиск новых, ранее неизвестных клинических вариантов, никогда не должен останавливаться, достаточно напом-

нить, что и шизофрения как самостоятельная нозологическая форма еще не отметила свой 100-летний юбилей. Наглядным примером развития клинической психиатрии служит введенная в МКБ-10 новая диагностическая рубрика «F21 Шизотипическое расстройство». Это расстройство «представляет собой малоизученную, но достаточно актуальную проблему как психиатрической науки, так и практики» (Акжигитов Р.Г., Волкова Н.П., 2001).

И, наконец, третий аргумент – «заимствование фабулы из научно-фантастических сюжетов» и представлений о психических расстройствах. Сам по себе этот аргумент также неубедителен. Психопатология всегда, как в кривом зеркале, отражает реально существующее информационное поле. На этом поле в настоящее время достаточно много информации, настолько заполняющей его научно-фантастическими, квазинаучными и псевдорелигиозными представлениями, что действительность может остаться в тени. Включение в психопатологическую фабулу этих представлений не может быть аргументом симуляции. Подтверждением сказанного служит мнение А.В. Снежневского о том, что содержанием бредовых идей не бывают явления, безразличные для больного. Бредовые идеи всегда касаются отношений самого заболевшего с окружающими людьми или с обществом. В соответствии с духовной жизнью общества изменяется содержание бредовых идей.

В свете сказанного о проведении дифференциально-диагностического анализа следует еще раз напомнить наставления выдающегося российского патолога И.В. Давыдовского (1969): «качество врача в значительной степени определяется тем, в какой степени ему удалось освободиться от учебного схематизма и нозологического догматизма с закругленными картинами болезни, с унифицированными приемами в диагностике и лечении». Сказанное делает аргумент «не укладывается в рамки известных болезней» бездоказательным.

Непсихопатологические имитаторы шизофрении

Наряду с умышленным предъявлением симптоматики, «стилизованной» под шизофрению, судебные психиатры нередко наблюдают своеобразные изменения и особенности психики, которые по своим проявлениям могут имитировать шизофрению без специального умысла подэкспертного и приводить к диагностическим ошибкам. Эти изменения

не носят психотического характера. Они обусловлены соматическими заболеваниями и даже микро- и макросоциальными обстоятельствами. Эти изменения психологической сферы и поведения бывают таковыми, что имитируют негативные и позитивные симптомы шизофрении и даже шизофренический модус поведения.

Снижение энергетического потенциала, потеря интереса к реальной жизни, появление признаков апатико-абулического синдрома и сопровождающие нарастание всех этих проявлений изменения социального поведения могут быть при вялотекущих, а потому своевременно не распознанных, хронических инфекциях, таких, как туберкулез, ревматизм, туляремия.

Примером может служить следующая посмертная судебно-психиатрическая экспертиза.

Слушатель Военной академии им. Фрунзе. Активный, амбициозный отличник. С 3-го курса появилась повышенная утомляемость, чтобы не снизить успеваемость и иметь больше времени для занятий отказался от всякого общения с сокурсниками и даже от встреч с любимой девушкой и все время проводил за штудированием учебных пособий. Но успеваемость снижалась, поскольку снизилась умственная работоспособность, быстро уставал, с трудом концентрировал внимание. Все больше уходил в себя. Перестал чем-либо интересоваться, потерял привычный внешний лоск. Проходил плановую диспансеризацию, в том числе флюорографию – какой-либо патологии выявлено не было. Появились мысли о безвыходности своего положения. Своим необычным поведением обратил на себя внимание командования, в связи с чем его направили на консультацию к психиатру, который диагностировал шизофрению на основании развившегося аутизма, падения энергетического потенциала, резкого снижения умственной работоспособности. Был поставлен вопрос о годности к военной службе. Узнав об этом, офицер покончил жизнь самоубийством. На вскрытии была обнаружена большая, с кулак, туберкулезная каверна, которая не могла не дать массивной интоксикации, приведшей к описанному снижению энергетического потенциала, и была причиной изменившегося поведения. Помимо ошибочной диагностики шизофрении здесь нельзя не отметить и «точность» диагностики соматического заболевания с помощью современной техники.

Развитие патологической интравертированности, вплоть до картины аутизма, могут имитировать сугубо психологические причины. Например, человек оказался в психологически чуждом окружении. Интересы, модус поведения окружающих ему чужды, и он их избегает. Так бывает, когда достаточно благовоспитанный молодой человек попадает в среду пошляков, ограниченных алкогольно-сексуальными интересами. Он становится «белой вороной», терпит насмешки и еще больше их сторонится. В «объективных» характеристиках, содержащихся в материалах уголовного дела, в таких случаях свидетели описывают довольно очевидный стиль поведения аутиста, который не был свойственен личности ранее, а потому вполне, казалось бы, должен настораживать в плане начала эндогенного процесса. Отмечаемые пациентом реальные факты насмешек над ним также трактуются в психопатологическом плане, способствуя ошибочному диагнозу шизофрении.

Несвойственные ранее формы поведения, которые могут имитировать начало шизофренического процесса, весьма разнообразны и должны учитываться при дифференциальном диагнозе. Разрыв отношений с членами семьи, с друзьями, всех прежних связей, уход в себя – важный диагностический признак дебюта шизофрении. Но в настоящее время такое изменение поведения теряет свою высокую значимость. Это связано с широким распространением наркоманий и сектоманий.

Факты изменения всего модуса внутрисемейного поведения подэкспертного, его оппозиционность к близким, разрыв прежних социальных связей, немотивированные уходы из дома, обеднение интересов, снижение интеллектуальной продуктивности, дистимические состояния – все это может имитировать дебют шизофрении и приводить к диагностической ошибке, если в материалах уголовного дела не отражен имеющий место факт злоупотребления наркотиками. Кроме того, острые психотические эпизоды интоксикационного генеза при сокрытии этого факта также могут наводить на мысль о приступе шизофрении.

Конечно, дифференциально-диагностические проблемы здесь двусторонние: употреблять наркотики может и больной шизофренией, а возникающие психотические состояния могут быть как экзогенно спровоцированными приступами шизофрении, так и собственно интоксикационными психозами. Проблема дифференциального диагноза в этих случаях относительно самостоятельная, отметим лишь, что ошибочная

диагностика шизофрении у наркоманов не является редкостью [93, 104, 133, 188].

В дифференциально-диагностическом отношении еще большую актуальность представляют психологические изменения, возникающие у вовлеченных в многочисленные культовые новообразования («секты»), которые заполнили в настоящее время российское духовное пространство.

Как отмечалось выше, Россия занимает лидирующее место в мире по числу функционирующих в стране различных культовых новообразований и вовлеченных в их деятельность adeptов. Для вербовки своих сторонников сектанты настойчиво, по методу «от двери к двери», обходят жилые дома, со скандалами проникают в христианские храмы, мечети и синагоги, дежурят в общественном транспорте, концертных залах, музеях, в других людных местах. Если кто заинтересуется навязываемым знакомством, то его тут же начинают вербовать в секту. При этом вербовщики первоначально всячески избегают раскрывать свою принадлежность к секте и ненависть к традиционным религиям. Если выбранная жертва вступает в дискуссию и не имеет аргументов для противостояния, то риск быть вовлеченным в секту очень большой.

С целью не допустить какой-либо критики новой веры со стороны окружающих руководители секты первым делом добиваются возведения стены между неофитом и его прежней социально-психологической средой, разрыва связей не только с родителями и друзьями, но даже с супругами и детьми. Изменяется весь стиль поведения. Появляются новые интересы, все время уходит на чтение сектантской литературы. Нередко такие неофиты бросают работу, учебу, надолго пропадают из дома, начинают следовать какой-то вычурной диете, носить странные одежды. Ранее уважаемые молодые люди становятся внешне неряшливыми, выходят на улицы попрошайничать. Создается впечатление явного эндогенного дрейфа вниз. Все это, конечно, очень настораживает в плане дебюта шизофренического процесса, однако такой новый характер поведения, в том числе попрошайничество, является прямым предписанием некоторых культовых новообразований.

Когда при всем этом молодой человек, ранее вполне рассудительный и адекватный в своих суждениях, начинает распространять весьма странные, кажущиеся нелепыми идеи, представляющие явную несов-

местимость с реальностью и не поддающиеся какой-либо коррекции (например, о наступившем смещении земной оси), и называть ее новой религией, то может создаться впечатление о развитии бредового состояния. Однако это тоже может быть лишь распространением учения новой секты (в данном случае – учения нового Иисуса Христа по имени Виссарион), в котором содержится эта нелепица.

В судебно-психиатрической практике в высказываниях как больных шизофренией, так и лиц без психических расстройств все чаще стали встречаться квазирелигиозные фавулы. Идентичность содержания таких фавул, возможность их происхождения от сектантских верований и от собственно психопатологического расстройства, а также их сочетанного формирования, безусловно, создают новую проблему дифференциального диагноза в психиатрии.

Так, если лет 20 назад подэкспертный высказывал убеждение, что он «летал в астрал и принес оттуда магическую информацию», «является зазомбированным экстрасенсорной энергетикой» и «совершил убийство, защищая себя от отрицательного биополя», то (при отсутствии подозрений на симуляцию) судебный психиатр должен был направлять свою мысль в сторону синдрома- и нозологической квалификации психического состояния, поскольку такие высказывания и соответствующее поведение в то время однозначно не могли считаться нормативными. В настоящее время такая однозначность явно неприемлема, поскольку теперь подобные утверждения довольно типичны для психически здоровых адептов многочисленных сект, практикующих различные виды медитаций.

На этом фоне становятся диагностически нейтральными такие классические признаки бредовых идей, как их несоответствие действительности, противоречие «свидетельству чувств и рассудку, результатам проверки и доказательств» (Griesinger W., 1872).

Распространенность некультовой «религиозности» в общественном менталитете в целом, так и у лиц, проходящих судебно-психиатрическое освидетельствование, в первую очередь показывает, что определение бреда именно как идей, суждений, не соответствующих действительности и логически не корригируемых, уже недостаточно. Поэтому акцент в дифференциально-диагностической работе должен делаться не на абсурдности фавулы, а на других признаках, указывающих на осо-

бенности возникновения этих идей, при этом для диагноза шизофрении необходима их сопряженность с иными психопатологическими феноменами.

К сожалению, явная нелепость учений многих новоявленных «богов», например, выдающих себя за Иисуса Христа (Виссарион, Г. Грабовой и др.), дает основание согласиться с утверждением К. Jaspers (1991) о том, что «способность принимать на веру даже самый грубый абсурд поразительным образом увеличивается в современном человеке. Он так легко поддается суеверию». Наличие «даже самого грубого абсурда» в высказываниях неокультиста еще не может свидетельствовать о психопатологии – это сектантская «нормативность». Практика судебной психиатрии показывает, что особую сложность для дифференцирования представляют высказывания подэкспертного, свидетельствующие об его убежденности в существовании сатаны.

В случаях такого рода экспертиз психиатр в целях дифференциальной диагностики вынужден обращаться к соответствующей литературе. Во всех религиях всегда существовало представление о Добре и Зле, первое олицетворяет Бог, второе – сатана. Противоборство этих двух сил даже нашло отражение в психиатрической терминологии – это так называемый манихейский бред, когда больные чувствуют себя объектами борьбы за их душу Бога и сатаны.

Согласно манихейскому учению (синкретическая религия, возникшая в середине III века), материальный мир есть полное воплощение зла и для спасения необходимо держать круговую оборону от вездесущих дьяволов. Христианская религия, в том числе ортодоксальная (православная), считает манихейство ересью и не призывает верующих к такой борьбе с сатаной, утверждая абсолютное превосходство Бога. Вместе с тем в настоящее время в некоторых сектах, и особенно, в современных сектах американского происхождения, в первую очередь у «Свидетелей Иеговы» («Сторожевая башня») и в различных сатанинских объединениях, роль и могущество сатаны остаются стержневой сутью религиозной доктрины. Разница лишь в том, что адепты «Свидетелей Иеговы», называющие только себя «истинными» христианами, постоянно ожидая названную сектантским руководством дату окончания Света, должны активизировать борьбу с дьяволом, чтобы попасть в рай, а сатанисты, наоборот, верят во всемогущество сатаны и для его

ублажения обязаны творить зло. Такая убежденность в реальности сатаны создают проблемы их дифференцирования между нормативно-религиозными и психопатологическими представлениями. Специальный анализ этого вопроса более подробно представлен в ряде наших статей выпусков «Практика судебно-психиатрической экспертизы» [186, 188, 195] и в Пособии для врачей «Виды социального поведения, связанного с религиозностью человека (судебно-психиатрический аспект)» [203].

Наблюдения показывают, что отмеченные у неопитов изменения всего стиля поведения и интерперсональных отношений, интересов, взглядов и мировоззренческих позиций иногда приводят к ошибочной диагностике шизофрении, даже с определением II группы инвалидности. Именно поэтому достаточная информированность экспертов о сути учения сект, о предписываемых ими требованиях к образу жизни и поведению своих адептов, которые могут имитировать шизофрению, дает возможность избежать диагностической ошибки. В иллюстрации № 4 Приложения представлен типичный случай такой ошибки.

Среди других подобных имитаторов шизофрении в настоящее время особую сложность представляют психические расстройства, в том числе психотического уровня, возникающие в результате воздействия различных экстрасенсов, колдунов, «нетрадиционных» психотерапевтов (Корвасарский Б.Д., 1995; Григорьевских В.С., 1999; Якупова Г.А., 1999; и др.), о чем мы подробно писали в 1.4. Главы 1 Раздела II. Эти психотические состояния, развившиеся вслед за «психотерапевтическими» воздействиями, реально трудно дифференцируемы от психопатологии острой шизофрении. Правильному определению состояния, конечно, помогают анамнестические данные о прохождении «нетрадиционного лечения» на «психотерапевтических» сеансах, но следует учитывать, что и клинически реальная шизофрения также может провоцироваться такими стрессовыми воздействиями. Кроме того, к «целителям» нередко обращаются уже заболевшие, чувствующие изменения своего психического состояния или ищущие «научного» объяснения различным необычным ощущениям, возникающим при дебюте шизофрении.

К числу макросоциальных факторов, которые могут имитировать шизофрению в судебно-психиатрической практике, относится явное снижение планки нравственной нормативности в обществе. То, что рань-

ше могло свидетельствовать об эмоциональной тупости и даже грубой эндогенной дефицитарности, теперь теряет свою диагностическую значимость. Преступления, которые ранее по своей безмотивности, необъяснимой жестокости уже сами по себе наводили на мысль о патологии, теперь все чаще имеют причиной негативные социальные факторы. То же следует сказать о сексуальной распущенности, беспорядочности половых связей, что во времена классиков психиатрии были известным диагностическим признаком шизофренического изменения личности, но теперь становится социально нормативным – всего лишь имитатором классических представлений об эндогенном изменении личности. В этих фактах подтверждается концептуальный подход о взаимовлиянии факторов «Синдром», «Личность» и «Ситуации», их взаимопроникновении при формировании индивидуальности судеб больных шизофренией.

ГЛАВА 2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИЧИН ОБЩЕСТВЕННОЙ ОПАСНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ – НЕОБХОДИМОСТЬ МНОГОФАКТОРНОГО АНАЛИЗА

В отношении большинства психически больных, в том числе и шизофрении, их общественно опасные поступки вполне правомерно рассматривать как конкретные социальные действия, совершенные в определенном социальном (точнее антисоциальном) направлении с позиции личностно субъективного понимания места и роли своего **Я** в данной конкретной ситуации. Такое понимание сущности ООД лежит в основе структурного анализа изменения деятельности человека в результате психического заболевания и обосновывает в понимании конкретного социального поведения психически больных использование концепции «синдром - личность - ситуация» [89 и др.].

Труднее установить изолированность какого-либо свойства отмеченных факторов составляющих систему «синдром - личность - ситуация», чем перечислять возможные варианты их взаимосочетаний. Эти составляющие по существу представляют лишь «отдельные входы» в единую систему внутренне взаимосвязанных детерминант социального

поведения. Поэтому сущность общественно опасного деяния следует рассматривать как определенный интегральный результат многих детерминант поведения, которые не могут анализироваться вне целостного подхода ко всем расстройствам, формирующимся в процессе развития заболевания, сложившихся морально-нравственных особенностей личности и ее существования в многообразии социальных взаимосвязей и ситуаций.

Стигматизирующее больных шизофренией мнение, будто они всегда представляют общественную опасность, не имеет под собой статистической достоверности. В основу представлений об особой криминогенности этого заболевания легли психологически непонятные, нередко явно нелепые с многочисленными жертвами агрессивные действия больных шизофренией. Действительно, факты таких действий изредка случаются, они обычно становятся центральными сюжетами репортажей СМИ, которые представляют их как чуть ли не закономерными. К этому следует добавить громкие дела о покушениях больных шизофренией на первых лиц государства (Л. И. Брежнева, М.С. Горбачева, Б.Н. Ельцина, Д. Кеннеди и др.), которые также оказывают влияние на общественное мнение.

Ложному мнению об особой криминогенности шизофрении способствует и тот факт, что больные с данным психическим расстройством занимают одно из первых мест среди признаваемых невменяемыми и составляют большинство в контингенте находящихся на принудительном лечении по определению суда в связи с совершенными общественно опасными действиями. Однако этот факт объясняется только большой распространенностью шизофрении среди других психически больных.

Вместе с тем, больные шизофренией, совершившие общественно опасные действия (ООД) и признанные невменяемыми, составляют менее 1% от числа учтенных больных этим психозом [157], что гораздо ниже, чем преступность в общей популяции населения.

Говорить об общественной опасности больных шизофренией можно только на основе упомянутого целостного подхода ко всем расстройствам, формирующимся в процессе развития заболевания, особенностей нравственного самосознания больного и его существования в многообразии социальных взаимосвязей и ситуаций, то есть всего того, что создает и повышает (или, наоборот, снижает) риск совершения ООД.

Реальные факты свидетельствуют: какие бы синдромы в рамках шизофрении не рассматривались, какие бы этапы и типы течения не анализировались, при них действительно совершаются ООД, но при этом число больных с этими же синдромами, этапами и типами течения, не совершивших криминальных действий, на порядки больше, чем число совершивших. Это относится даже к так называемым психопатоподобным синдромам, считающимся наиболее «криминогенными». Действительно, судебные психиатры чаще всего в своей практике встречаются с подэкспертными именно с этим синдромом. Вместе с тем, данный синдром вообще является самым распространенным в абсолютных показателях, поскольку он наблюдается на начальных этапах шизофрении, при ее вялом течении, при ремиссиях. И больных с этим синдромом (если говорить о клиническом подобии психопатии, а не о социально деформированных личностях), не совершивших ООД, также больше, чем совершивших.

Убедительные статистические данные свидетельствуют, что частота случаев совершаемых больными шизофренией ООД больше коррелирует не с психопатологической тяжестью этого заболевания, а с такими внеклиническими факторами как пол, возраст, образование, трудовая квалификация, социальная адаптированность, качество жизни, характер психологического окружения и, главное, – с социально-личностными особенностями больного, с его нравственной конституцией. В клиническом плане следует добавить, что осложненность шизофрении посттравматическим поражением головного мозга, алкоголизмом, наркоманией (особенно в сочетании) и, конечно, само состояние опьянения больных резко повышает риск ООД и коррелирует с тяжестью совершенных деяний.

Отмеченная второстепенность клинических проявлений собственно шизофрении исключительно важна, она отражает особое положение этого заболевания, при котором, как упоминалось, психопатологический подход не исключает психологического в понимании конкретного социального поведения больных. Именно поэтому анализ причин совершаемых больными шизофренией ООД наряду с психопатологическими факторами должен включать и спектр параклинических факторов, в первую очередь, личностных особенностей больного и ситуационных обстоятельств его жизни.

В Главе 1 Раздела II о системном, многофакторном подходе к определению различий социального поведения больных шизофренией подробно проговаривались детерминанты этих различий. Концепция системного единства этих детерминант является той основой, на которой должен строиться анализ криминогенности именно больных шизофренией. Такой анализ предопределяет необходимость в динамическом единстве проследивать взаимосвязи осей психопатологии, личностных свойств и вариаций ситуаций действия, поскольку именно в их системном единстве реализуются и правопослушное, и общественно опасное поведение.

Все синдромальные варианты шизофрении (за исключением, естественно, онейроидного, а также острой психотической дезинтеграции психической деятельности) в той или иной мере сопряжены с личностной и ситуационной осью. Как ось психопатологии, так и внеклинические оси характеризуются «континуальностью» степени их значимости (или выраженности). Так, среди личностных особенностей могут быть качества в диапазоне от явно доминирующих антисоциальных установок, допускающих целенаправленное совершение ООД, до полного неприятия каких-либо противоправных действий; от неспособности к действиям, направленным на реализацию криминального замысла, до стеничной активности в его завершении. Ситуации действия (бездействия) также имеют вариабельность от провоцирующих ООД до нейтральных и явно препятствующих его совершению. При этом фактор «ситуация» целесообразно рассматривать в двух планах: как конкретная ситуация, имевшая место непосредственно в период совершения ООД, и как ситуация жизни больного, в которой могут накапливаться, формироваться и приводить к совершению ООД лично значимые проблемы больного. Последний план имеет прямое отношение к вопросам социального функционирования и качества жизни больных шизофренией.

Характер взаимосвязи факторов, расположенных на каждой оси, сложно опосредован. Не могут не обращать на себя внимание факты обратной сопряженности между уровнем поражения (тяжестью синдрома) и частотой ООД: последние при таких тяжелых состояниях как парафреническое или апатико-абулическое встречаются несравненно реже, чем при психопатоподобном или более легких постпсихотических состояниях, а также при состояниях медикаментозных ремиссий.

Этот «парадокс» объясним только при учете значимости других осей. Так, больные с психопатоподобными синдромами, не говоря уже о более легких постпсихотических состояниях, как правило, обходятся без стационарной помощи, их жизнь проходит в реалиях социального окружения со всеми негативными влияниями, начиная от восприятия антисоциальных тенденций, доминирующих в менталитете криминальной среды, кончая экзогенными (алкоголизм и наркомания). ООД таких больных нередко носят корыстный характер, преступления зачастую групповые, и поведение больных практически не отличается от поступков психически здоровых членов преступной группы. То же можно сказать и об агрессивных ООД, совершаемых во время алкогольных эксцессов. Другой, но, несомненно, сопряженный с этим, вопрос в том, как больные оказываются в этих криминальных группах. При этом прослеживаются разные пути. Это может быть социальный дрейф вниз, непосредственно связанный с потерей прежних адаптационных возможностей из-за процессуальных расстройств. Это может быть психопатологически обусловленная эмоциональная тупость, или же социально сформированная нравственная извращенность, а может быть и сохранность с преморбидного периода характерологической жестокости и аморальности.

Как было представлено в Главе 2 Первого раздела «Социальный аспект психопатологической сущности шизофрении, затрудняющий судьбы больных», почти столетнее изучение шизофрении сопровождалось поиском сущностных отличий психических процессов у больных шизофренией от нормативно-психологических. Этим основным отличием предстает специфическая для психопатологии шизофрении потеря свободы психологического саморегулирования, потеря «смысловой законности» в системе «Я – внешний мир». Эта потеря проецируется на поведение больных, которое, соответственно, также теряет свою свободу. В таком контексте Н. Еу (1954) усматривает сущность шизофрении как «деструктуризацию сознания» (точнее было бы говорить о деструктуризации самосознания). Именно она формирует риски нарушений социального поведения, составляя главное содержание фактора «Синдром».

Из «Словаря психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов»¹ и из действующего глоссария психических рас-

¹ Словарь психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов. - Женева, 1991. - Т.1. - С. 37-39.

стройств¹ следует, что психопатология сама по себе может не только выражаться в расстройствах социального поведения, но и быть своеобразным самостоятельным синдромом. На наш взгляд, здесь видится определенное «соскальзывание» терминологии с одного направления (биологического, психопатологического) на другое (социальное, правовое). Этот факт свидетельствует о затрудненности раскрытия болезненных нарушений психики в одних лишь медицинских терминах, а также о необходимости психопатологического анализа сущности нарушений социального поведения. Подходы к такому анализу нами даны в специальной статье «Системно-структурный анализ расстройств поведения как метод диагностики в психиатрии» [94].

Понятие «нарушение социального поведения», особенно имея в виду его антитезу – «норму социального поведения», не менее сложно, чем понятия болезни и здоровья. Норма социального поведения всегда относительна, в разных культуральных средах имеются свои представления о норме социального поведения и ситуационно обусловленных действиях, понятие социальной нормативности поведения довольно изменчиво в зависимости от макросоциальных изменений – одни и те же социальные действия, то считались уголовно наказуемыми, то нормативными – например, в отношении гомосексуализма. Об этом мы писали в 1.4. Главы 1 Второго раздела, используя авторитет П.А. Сорокина, а также в специальных исследованиях [132 и др.].

Само понятие «социальное поведение» весьма различно в разных теоретических школах и смыслы его содержания изменялись с течением времени.

В советской психологии это понятие трактовалось как имеющая биологические предпосылки, но в своей основе социально обусловленная, опосредованная языком и другими знаково-смысловыми системами, деятельность. При этом правильно утверждалось, что поведения индивида зависит от характера его взаимоотношений с группами, членом которых он является, от групповых норм, ценностных ориентаций, ролевых предписаний – т.е. от социального содержания, социального контекста, что и дает основание это поведение называть социальным.

¹ Mental disorders. Glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the International classification of diseases. WHO, J., 1978.

Вместе с тем акцент на социальном затушевывал роль подсознательных и более глубоких – биологических – детерминант поведения.

В связи с этим нельзя обойти молчанием концептуальное понимание психики, предложенное S. Freud, который выдвинул в качестве центрального положение о том, что наряду с сознанием имеется глубинная область неосознаваемой психической активности, не изучив которую невозможно понять природу человека.

Вне сомнения, огромна заслуга S. Freud в определении роли многопланового личностного начала в человеке, без чего невозможно понять, что же является причиной аномального поведения. Вместе с тем нельзя не согласиться с авторами, критикующими фрейдизм за его одностороннюю увлеченность подсознательным. Представление о том, что поведением людей управляют иррациональные психические силы при игнорировании роли усвоенных ими социальных, нравственных норм и смыслов, что интеллект – лишь аппарат для маскировки иррационального, а не средство рационального осмысливания реальности, что индивид и социальная среда – непримиримые антагонисты, а также общая тенденция интерпретировать самые различные социальные явления действием «глубинных» психологических факторов, представления о подчиненности поведения примитивным неосознаваемым влечениям – все это, несомненно, свидетельствует об редуccionизме в понимании человека и смысла его бытия, хотя, естественно, не дает основания отрицать сам факт существования спектра неосознаваемых «рычагов» социального поведения, всей деятельности человека, которая определяет его судьбу.

Фрейдизм, видимо, как принципиально атеистическое учение, отрицал значимость социально-нравственных ориентаций человека в мотивациях его поведения, и в этом его главная ущербность. Я не буду повторять уже обоснованную критику этого положения.

Понятие деятельности – основная категория социальной психологии. Один из наиболее значительных западноевропейских психологов Н. Heckhausen в своей фундаментальной книге «Motivation und Handeln» (1980) выделяет «произвольную активность», когда отдельные ее стадии согласуются с меняющимися условиями ситуации и прослеживаются настолько, насколько это необходимо для достижения определенного результата. Эта та активность, при которой осознана преследуемая цель, сохраняется возможность контроля над ходом разво-

рачивающихся процессов, и только применительно к подобным «единицам активности» имеет смысл ставить вопрос: «Зачем?» и искать мотивацию. Среди единиц произвольной активности следует различать действия и навыки. В действиях находит выражение кроме присущей поведению животных целенаправленности еще нечто, характеризующее исключительно человека – рефлексивность действия. Рефлексивность означает, что действие сопровождается особым рода «обратной связью», т.е. субъект осознает свое действие.

Для судебной психиатрии особый интерес представляет анализ конкретного социального поведения больных. Этот интерес обусловлен не только тем, что сам модус поведения может свидетельствовать о наличии галлюцинаторно-бредового синдрома, расстройствах когнитивной и эмоционально-волевой сферы и дополнять аргументы диагноза. Не менее существенно и обратное – выявленная по особенностям поведения психопатология может объяснять смысл и причины совершенного противоправного действия.

Вместе с тем главный интерес представляет анализ проекции психопатологии на те психологические процессы, которые в норме детерминируют социальное поведение человека.

Еще С.С. Корсаков приводил в своем “Курсе психиатрии” (1901) “случаи, когда, несомненно, больные люди, при совершении деяния понимают его значение, как преступления, и производят действия вполне расчетливо”. Мы подтверждали это положение примером поджигателя своей квартиры, который прекрасно понимал, что совершает преступление и застраховался достаточно убедительными алиби, однако важно то, что начальным звеном последующей цепи логичных действий была психопатология – синдром бреда ревности.

В то время как в исследовательских программах бихевиоризма поведение определялось как реакция и навыки (Watson J., 1914), М. Weber (1921) впервые разъединил действие и реактивное поведение, сделав первое центральным понятием социологии. Действие, по М. Weber, – это любое человеческое поведение, которое *обладает для субъекта смыслом*. Возможность понять смысл или побуждения поведения служит основанием для его квалификации как действия.

Осмысленность поведения предполагает необходимость рассмотрения деятельности в одном контексте с личностью как системного един-

ства. В этом единстве «личность – деятельность» для целей судебной психиатрии нами выделялись отдельные структуры, валидные при оценке болезненности изменений социального поведения и невменяемости [70]. Согласно нашей концепции, психопатология шизофрении может исказить (извратить) адекватное понимание больным роли и позиции своего **Я** в той или иной системе связей социальных отношений, может изменить направленность деятельности в определенной социальной сфере и может нарушить способность к деятельности при достижении конечного результата в определенной направленности – все это проявления фактора «Синдром».

Адекватность понимания роли и позиции своего **Я** и адекватность понимания смысла ситуации действия определяются степенью сохранности самосознания.

Специально проведенное автором настоящей книги исследование путем интервью, которое было направлено на выявление у больных особенностей их самосознания, **Я**-концепции в реальной жизни и ситуации совершенного ООД, показало как роль психопатологической сущности расстройств самосознания, так и корригирующее значение нравственных ориентаций.

Результатом явилось представление, что главным выражением нарушения самосознания являются расстройства экспектации, сущность которой была показана в Главе 2 Раздела I: экспектация важнейшая составляющая часть нормативного построения и упорядочивания системы интерперсональных связей и взаимоотношений в конкретных ситуациях социального действия на основе ожидания от окружающих поведения, соответствующего их ролевой позиции, и обязанности вести себя соответственно ожиданием других людей. Было определено, что расстройство экспектации у больных шизофренией выражается в потере способности адекватного понимания роли и позиции своего **Я** в системе социальных отношений из-за нарушений в восприятии и осмыслении конвенциональных ролей других лиц в различных сферах коммуникаций. Нарушение, инакопонимание конвенционального значения смыслов слов, жестов, эмоций, социальных ролей, поступков окружающих и ситуаций действия в целом дает больным только им понятный смысл происходящего и соответственно этому инициирует их ответные действия. Данное нарушение у больных шизофренией, являясь уни-

версальным, вместе с тем далеко не всегда представляется тотальным, охватывающим все аспекты социального поведения и оценки ситуации действия. Это нарушение не является стабильным по характеру своей выраженности: оно может быть как бы фоновым, внезапно резко актуализироваться и затем вновь уходить на второй план. Именно возможность в неактуальных сферах интерперсонального общения и ухода на второй план данного расстройства обеспечивает такую нормативность социального поведения, которая даже может вызывать сомнения в наличии психического расстройства, что отмечал еще С.С. Корсаков.

Вместе с тем не только нарушения адекватности экспектации ролевых позиций является важной составляющей расстройств самосознания при шизофрении, отражающемся на социальном поведении больных. Не меньшее значение, как отмечалось, имеет расстройство адекватности в понимании смысла самой ситуации действия – ее каузальной атрибуции.

Анализируя ответы больных на вопросы о мотивациях совершенных ими ООД, мы [200, 205, 207] убедились, что расстройство мотивации поведения, в частности, с оправданием собственного поведения и возложении ответственности за него на других – также важная составная часть расстройства самосознания у больных шизофренией, что согласуется с положением Н. Нешкхаузен (1980) о том, что «всякая мотивированная деятельность каузально атрибутируется». Сохранность самосознания с возможностью через процессы экспектации и атрибуции иметь верное представление о мире предопределяет адекватность в понимании и прогнозировании причинно-следственных отношений и из этого исходить в своей деятельности. Вместе с тем при нарушении самосознания у больного шизофренией с расстройством процессов экспектации и каузального атрибутирования его деятельность представляется ему полностью адекватной, и он действует при наличии этих расстройств, исходя из убеждения в том, что мотивы совершаемых им противоправных действий правильны. При этом такая убежденность определяет селективность в выборе информации, выделяя только то, что оправдывает совершенное ООД.

Ранее уже отмечалось, что выраженность основного расстройства шизофрении – расстройства самосознания – соответствует общей тя-

жести психического состояния. В наибольшей степени оно представлено при острых аффективно-бредовых состояниях, когда деструкция самосознания практически тотальна. Наименьшая выраженность наблюдается при ремиссиях и состояниях, пограничных с шизотипическим расстройством в виде мягкой, стационарной шизофрении.

При острых аффективно-бредовых состояниях у больных практически теряется связь с реальным миром, восприятие окружающего насыщено бредово-фантастическими переживаниями, сопровождаемая аффектом ужаса. По отдельным выкрикам и жестам больных можно предполагать, что они находятся в какой-то психопатологически воспринимаемой ситуации с витальной угрозой со стороны нападающих на них лиц. Жертвами в таких случаях оказывались лица, находящиеся рядом с больным. Обычно это родственники, обеспокоенные развитием необычного состояния у своего близкого. Больным эти лица воспринимаются не как реальные люди, а как какие-то чудовища, неодушевленные существа, представляющие для него непосредственную опасность. Возможность какого-либо участия личностного или ситуационного фактора здесь полностью заблокирована на весь период остроты психотического состояния, фактически это безличностные и внеситуационные агрессивные движения.

На основе высказанных положений больные шизофренией могут быть сгруппированы по особенностям нарушений самосознания, которые определяли их поведение в ситуациях, релевантных к инкриминируемым деяниям.

Самые грубые нарушения самосознания наблюдались при состояниях, обозначенных нами как *тотальная деструкция самосознания*. Основываясь на положении Max Weber (1921) о том, что *действие* – это есть любое человеческое поведение, которое *обладает* для субъекта *смыслом*, следует считать, что возможность понять смысл или побуждения поведения служит основанием для его квалификации как действия, в том числе общественно опасного. Сказанное позволяет не относить к таким действиям те поведенческие проявления, наблюдаемые у больных шизофренией, которые совершаются без участия личностного смысла, например, в состояниях острой дезинтеграции психической деятельности, при потере возможности сопротивляться ксенопатическим

«приказам», при кататонической импульсивности¹. То же относится к рано начавшейся пропфшизофрении, исключающей возможность нормативно-смысловой социализации, и к глубокому шизофреническому дефекту, когда социальные смыслы поведения потеряны из-за разрыва с реальностью, в результате чего ранее сложившаяся личностно-нормативная индивидуальность уже не может быть полностью выражена. В таких случаях нет участия социально-личностного фактора, несущего смысл поведенческого акта, и поэтому, это не общественно опасное деяние. Даже совершенные такими больными убийства это не криминальная агрессия, а трагическое совпадение – случайная жертва оказалась в соприкосновении с потенциальной опасностью. Судебно-психиатрическая оценка таких случаев однозначна – больные в прямом смысле не осознают фактический характер и общественную опасность своих действий и не могут руководить ими.

Острые транзиторные проявления деструкции самосознания наблюдались на фоне хороших ремиссий с достаточно полноценной адаптированностью больных к стереотипным ситуациям повседневной жизни. В случаях резкого нарушения жизненного стереотипа, при внезапном предъявлении ситуационных требований, с которыми ранее сталкиваться не приходилось, возникали реакции растерянности с выраженными когнитивно-смысловыми нарушениями. Неспособность оперативно и адекватно атрибутировать новую ситуацию, невозможность актуализировать и приспособить прежние поведенческие навыки для их использования в неожиданно возникшей экстремальной для больного ситуации приводили к несостоятельности в его поведенческих реакциях: действия начинались в неправильной последовательности, в несо-

¹ Больной из первого нашего урока во время свидания с матерью и эмоционально теплой с ней беседы, вдруг наносил ей кулаком удары в лицо, и тут же со слезами, обнимая ее, говорил: «Мамочка! Это не я, это они ударили тебя моим кулаком».

Другой больной, лежащий в кататоническом ступоре, неожиданно поднялся, молча подскочил к соседу по койке, также находящемуся в ступоре, схватил того за голову и стопы и резким движением соединил их, переломив ему позвоночник, и сразу же лег на свою койку, застыв в прежней позе. После 6 процедур ЭСТ состояние практически нормализовалось, об эпизоде «агрессивного действия» ничего сказать не мог.

размерном объеме и по существу выражали острую деструктивность самосознания в этот период (пример из третьего урока: больной убил мать сразу после смерти отца, объясняя это «благодатью» целью – «кормилец-отец умер, я материально несостоятельный и не хочу, чтобы мать умирала мученической голодной смертью»). Сходные внезапные агрессивные акты часто наблюдались у больных с психопатоподобной ремиссией (особенно в состоянии алкогольного опьянения) при неожиданно возникших конфликтных ситуациях в компании собутыльников, при этом скрытая в обычной ситуации психопатоподобная эксплозивность актуализировалась во взрывную реакцию с агрессией, по существу непонятной для самого больного, оказавшегося неспособным к адекватной экспектации и каузальному атрибутированию этой ситуации.

Такие расстройства самосознания кратковременны, ситуативны, их рецидивы крайне редки, и больные не нуждаются в продолжительном принудительном лечении, хотя профилактика алкоголизма в соответствующих случаях необходима.

Следующий вариант – *расстройства самосознания персекуторной модальности*. Здесь самосознание характеризуется положением опасности своему **Я**, которое, однако, длительное время может ничем не проявляться, кроме как повышенной настороженностью. Случаи ООД мотивированы самосохранением, предупреждением мнимой угрозы. В целом это относится к больным со сформировавшимися персекуторными бредовыми идеями. Однако даже на фоне относительно устойчивых ремиссий наблюдались внешне неспровоцированные состояния с внезапно актуализировавшейся неадекватностью экспектаций ролевых позиций участников ситуации действия, и искаженностью каузального атрибутирования смыслов самой ситуации. Примером могут быть больные, неожиданно ощутившие себя в ситуации витальной угрозы и предпринявшие агрессивную самозащиту, хотя до этого они просто чувствовали необходимость быть настороженным и не имели идентификации конкретных врагов.

Расстройства самосознания мистической модальности. Проявления расстройств самосознания наблюдались и в сфере мировоззренческого определения смыслов существования своего **Я**. Эти нарушения экзистенциально-мистического характера особенно наглядными были у больных с манихейским бредом. Особую опасность представля-

ют больные, которые осознают себя слугами сатаны и без колебаний исполняют все его указания при феномене ксенопатии. Бредовые сатанисты отличаются по мотивациям своих действий от тех, которые наблюдаются у адептов сатанистских сект, и они не группируются в сектантские общины и всегда индивидуальны при совершении ООД. Сатанинская религиозность с установкой активного служения сатане и противоборством Богу несет в себе большую социальную опасность. Фактически здесь может проявиться любая форма агрессии – и вербальная и серийные убийства. Типичным примером может служить больной А. Его имя многократно упоминалось в средствах массовой информации, его противоправное деяние анализировалось в духовной литературе.

А. обвинялся в убийстве трех священнослужителей монастыря «Оптина Пустынь». Начало шизофренического процесса началось после военной службы в Афганистане. В патокинезе заболевания у него развился манихейский бред, при этом был «голос», объявивший его братом сатаны и утверждавший, что при рождении в его тело вселился дух дьявола. После купирования психотического состояния в психиатрической больнице он увлекся литературой о сверхъестественных явлениях, неоднократно посещал экстрасенсов и гадалок, от них узнал, что у него «черная аура», свойственная аду. После этого стал исповедовать веру в сатану. Через некоторое время вновь стал слышать голос Бога, который вмешивался в его мысли. В ответ начал ругать Бога нецензурными словами, заявлял, что ненавидит Бога. Решил за свои мучения отомстить Богу путем убийства трех его служителей. Для этого изготовил меч с выгравированными на нем сакральными цифрами 666. В ходе следствия А. давал подробные показания, свою вину признавал, сообщил, что слышал голос Бога, который издевался над ним, заставлял делать то, что он не хотел. Тогда понял, что Бог – зло, что сам он – слуга сатаны. Заявлял, что всей своей жизнью готовился к этому убийству, так как хотел этим «достать» Бога на земле. Утверждал, что он – воин сатаны в войне с Богом, и то, что он совершил, нельзя считать уголовным преступлением, как не может считаться уголовным преступлением убийство противника на войне. Спустя многие месяцы принудительного лечения А. вышел из психотического состояния и стал практически круглосуточно стоя на коленях молить Бога о прощении ему греха «связи с сатаной».

К этому варианту относятся и больные с бредовым самосознанием своей исключительной божественности, и их агрессия проявляется против тех, кто препятствует осуществлять возложенную на них миссию. Ярким примером может служить следующая больная шизофренией.

К., 42 лет, колхозница. Обвинялась в убийстве двух своих взрослых сыновей. По ее словам, во сне к ней «явился Иисус Христос», который заявил ей, что она приходится ему истинной матерью. Проснувшись от этого «божественного озарения», она испытала «необыкновенную радость, умиление, счастье», и сразу поверила, что Христос открылся ей как ее «небесный сын». Это видение Христа и Его слова для больной были настолько очевидными, что она уверовала в свое преображение. Об этом она на утро рассказала двум взрослым сыновьям, соседям, другим односельчанам. Абсолютная уверенность больной в том, что ей отведена столь божественная роль, даже индуцировала некоторых из них. К ней стали обращаться за помощью, просили заступничества перед Богом (излечения от болезни, удачной службы сына в армии и т.п.) и она охотно обещала «оказать содействие, от имени своего божественного сына». При этом от просящих каких-либо денег не брала, заявляя, что от любви к ней ее сын Христос выполнит все. К дому К. стали съезжаться люди из окрестных сел с просьбами, чтобы она умолила своего небесного наставника им помочь. Вскоре оба сына К. стали возмущаться появлением толпы во дворе, они всячески пытались урезонить мать, говорили ей: «хватит дурачить людей», «мы твои дети, и ты никакая не богородица». После одной из таких попыток снова переубедить мать она их убила, чтобы они не препятствовали ее благой миссии, а тела убитых в мешках отнесла во двор.

В целом мистические фабулы могут глубоко изменить судьбу больного и определить линию его особо опасного поведения, приобретающего характер агрессивного реформаторства общества (см. иллюстрацию № 5 в приложении).

Расстройства самосознания амбициозно-криминогенной модальности. Эти расстройства самосознания амбициозно-криминогенной модальности характеризуются неадекватной постановкой своего Я в позицию выше реальных и нормативных социальных ограничений. Такие неадекватные экспектации социальных ролей и атрибутирования

реальных ситуаций мотивировали у больных действия, позволяющие им выйти за рамки закона.

Бредовое расстройство самосознания имеет много конкретных фабул, в которых доминируют не только персекуторные идеи, но и гиперсоциальные, что при определенных ситуациях мотивирует опасные действия, в том числе агрессивные. Соответствующие примеры уже приводились в тексте книги.

Вышеприведенные варианты нарушений самосознания у больных шизофрении показывают примеры различных стартовых состояний совершения общественно опасных деяний, что может учитываться в их дифференцированной профилактике.

В целом максимальная вероятность агрессивного поведения отмечается при выраженной эмоционально негативной окраске императивных галлюцинациях, направленных против личности. Мотивами агрессивного поведения могут являться «защита» своего **Я**, «защита» близких и своих имущественных или социальных интересов, а также месть за якобы причиненный моральный или материальный ущерб. Агрессивные действия могут быть обусловлены гневливым компонентом аффекта и аффективным бредом (если содержание последнего включает мнимую опасность для больного, преследование его лично или создание препятствий для «открытий», «изобретений» и др.).

При маниакально-паранойяльных состояниях с психопатоподобным поведением истероэкспозивной структуры и идеями величия, реформаторства и др. возможны агрессивные действия, направленные как против конкретного лица (лиц), так и «в целях привлечения внимания к важному вопросу». Например, взрывы, поджоги в общественных местах.

Достаточно высока вероятность совершения тяжелых криминальных действий, направленных против личности, при бредовой персонификации психических автоматизмов. Повышению социальной опасности больных способствует сочетание бредовых идей воздействия, преследования, отравления и ревности, а также сенестопатических переживаний. Здесь нельзя не отметить особую (правда, редко встречающуюся) криминогенность гомоцидных фабул, когда, например, больные «в благих целях» реформируют общество принимают на себя роль «санитаров», очищающих его «от всякой скверны».

При прогрессивном типе синдрома кинеза с конфабуляторно-фантастическим видоизменением бредовых построений может отмечаться особая социальная опасность больных. Но все же при парафренических состояниях ООД, как отмечалось, – относительная редкость. Их причины бывают непосредственно связаны со структурой психопатологии, в частности, с психическими автоматизмами. Следует отметить, что экспансивные парафренические фабулы величия порождают криминогенную позицию вседозволенности – возможности своего поведения выше ограничений, предписываемых социальной нормативностью.

При меньшем уровне психического поражения, при галлюцинаторно-параноидных и паранойяльных синдромах с персекуторной фабулой, имеющееся болезненно-извращенное понимание роли и позиции своего **Я** начинает реализовываться в конкретные ситуационные действия с участием направляющей роли упомянутой нравственной конституции личности.

Если в одних случаях можно проследить, как больные ищут некриминальные способы ухода от ситуации, которая ими воспринимается как угрожающая, и даже совершают суицидальные попытки, чтобы не подчиниться императивным “голосам”, то в других случаях больные «сознательно» идут на убийство с целью самозащиты или мести, понимая, что совершают уголовно наказуемое деяние – такие примеры мы уже приводили.

Еще более отчетливо роль фактора “Личность” выступает при систематизированном паранойяльном бреде. Сам характер криминальных действий больных уже непосредственно указывают на участие личностного фактора, на негативное содержание нравственной конституции больного. Проведенное сравнительное исследование больных шизофренией с паранойяльным бредом ревности показало весьма различный модус их поведения по отношению к “неверным” супругам – от агрессивного (7%) до многообразных вариантов некриминального решения семейного “конфликта”, в зависимости от личностных особенностей больных [54].

При резидуальной шизофрении, характеризующейся преобладанием негативных симптомов (так называемый «дефект»), ООД в целом редкость, хотя наблюдаются и агрессивные действия. Последние в основном обусловлены как субъективно негативной оценкой своего каче-

ства жизни, так и реально тяжелыми материально-бытовыми ситуациями. Формально-рационалистическое, по существу паралогичное, понимание причин неблагоприятной жизненной ситуации и прогноза ее развития может стать для больного оправданием намерения совершить ООД.

В силу «схизиса» больные шизофренией даже в тяжелом психотическом состоянии могут совершать общественно опасные действия и по реальным обстоятельствам. Специально исследуя вопрос о мотивациях ООД, совершенных больными шизофренией, М.М. Мальцева (1969) установила, что даже при усложнении структуры синдрома социально опасное поведение определялось далеко не всегда патологическими мотивами, что давало возможность выявить реальные мотивы хищений, и их квалифицированное осуществление в период несомненного психотического состояния. Аналогичное положение приводится J.H. Lachman и J.M. Cravens (1969) на примере тяжелых деяний (убийства).

Нельзя не отметить и такие факты, как развивающиеся у некоторых больных безволие, пассивная подчиняемость, потеря самоконтроля способствовали тому, что они попадали под отрицательное социально-психологическое влияние антисоциальных групп, которые втягивали их в свои криминальные деяния. W. Klages (1967) в специальной работе, посвященной человеческим побуждениям, проанализировав солидные литературные источники (Berze J., Rümke H., Kretschmer E., Conrad K., Huber G. и др.) и результаты собственных экспериментально-психологических исследований еще раз показал, что развитие аспонтанности при шизофрении сочетается с известной сохранностью восприятия «побуждений извне» (Fremdantrieb). Сказанное подчеркивает роль отрицательных побуждений извне, которые могут приводить таких больных к общественно опасным действиям.

Выше отмечалось, что одним из специфических проявлений шизофрении, характеризующих расстройство **Я**, является сосуществование наряду с различными вариантами психопатологии, другим – психологической стороны. В этой психологической стороне главным является сохранность нравственной конституции, нравственных ориентаций, то есть то, что относится к фактору «Личность».

Мы специально ранее подчеркивали, что нравственная конституция формирует субъективное отношение ко всем обстоятельствам и собы-

тиям жизни и определяет направленность деятельности по отношению к ним в диапазоне от смиренного принятия негативного до активного противоборства. В последних случаях это может быть мотивацией, предопределяющей риск совершения общественно опасного деяния при явлениях нарушенного самосознания [187, 189 190].

Отмеченная J. Wyrtsch нормативная часть раздвоенной личности остается в сфере обычных человеческих потребностей. При этом все действия, отражающие общечеловеческие потребности, у больных шизофренией могут исходить как от тех или иных проявлений деструктуризации самосознания (например, стремление спастись при мнимой угрозе жизни), так и быть полностью интактными к ним. При этом могут зарождаться криминальные мотивации, ничем не отличающиеся от таковых у лиц без психической патологии. Наглядным примером последнего положения может служить наблюдавшийся нами профессиональный вор-карманник:

Он дважды в день в часы пик выходил на «работу» в общественный транспорт. Однако у него развился ипохондрический синдром. Во время обострений он переставал выходить на свою «работу» и все время и накопленные средства тратил на частных врачей и различные дорогостоящие обследования, пока не оказывался в психиатрической больнице. Каждый раз у него диагностировалась шизофрения, и обострения купировались психотропным лечением. После выписки из стационара в состояниях хорошей ремиссии он вновь возвращался к своей криминальной «деятельности», начатой еще в детстве.

Вместе с тем у больных шизофренией практически всегда даже при доминировании, казалось бы, полностью интактных к психопатологии причинных факторов совершения ООД, можно найти определенную, иногда весьма опосредованную, сопряженность с психопатологией. Обычно эту сопряженность трудно найти, когда речь идет о групповых правонарушениях, или когда ООД можно объяснить социально-нравственной ущербностью подэкспертного.

Чаще всего к первому варианту относятся больные, оказавшиеся в группе единомышленников, ООД которых были детерминированы исключительно «духовно-идейными» ориентациями (например, сатанинс-

кой, фанатично-религиозной, сектантской). Анализ преступлений так называемых «реальных сатанистов» (нередко с ритуальными убийствами) [153, 165 и др.] показывает, что охваченность идеей служения сатане постоянным совершением всякого рода зла для получения вечной власти в аду является у них единственным детерминантом преступлений, какой-либо меркантильной выгоды на этом свете эти сатанисты не ищут. У оказавшихся в этой группе больных шизофренией сатанизм не был обусловлен психопатологией и носил характер групповой, взаимоиндуцирующей «нормативности». К этому варианту относятся «духовно-фанатичные», преступления которых также исходили из приоритетов загробной или будущей жизни над реальной. Здесь оказались и фанатики квазирелигиозных сект, самоотверженные борцы с «неверными», совершавшие акты террора во имя высших целей. Главное у представителей этой группы было то, что интересы собственного **Я** в этом, реальном мире не просматриваются. Заполненность духовной сферы верой в истинность квазирелигиозной идеи является групповой, и у больных шизофренией фактически не отличалась от мистических убеждений других adeptов. Ряд экспертиз больным шизофренией, совершившим ритуальные убийства, показал, что их агрессивные действия полностью соответствовали групповой нормативности их секты. Однако во всех этих случаях не исключена исходно психопатологическая мотивация присоединения к криминальной группе. Наличие такой исходной мотивации должно тщательно выискиваться, поскольку именно она определила судьбу больных, и повела их по жизненной линии, которая полностью детерминировалась «духовными» догмами секты.

Во второй группе личностные детерминанты поведения определяются отголосками библейского первородного греха – гордыни: превосходство во власти, в силе, в богатстве, в неограниченных возможностях получать чувственные удовольствия. Эта группа несравненно большая, чем первая. У ее представителей прослеживается явная дефицитность духовно-нравственной составляющей детерминант поведения. Все криминалы «от мала до велика» можно найти в этой группе. Пути формирования духовной опустошенности и извращенности у больных шизофренией могут быть такими же, как и у психически здоровых и не являться результатом собственно заболевания.

К сожалению, факт этой главной детерминанты преступности давно известен, но профилактика дефектов нравственного воспитания остается более чем актуальной. Выдающийся философ И.А. Ильин писал, что личность теряет свою свободу и ценность своего бытия, если покоряется природным влечениям, следует им. Обращаясь к воспитателям, он более чем точно сказал: «Кто не будит в своем ребенке духовного начала, тот отдает его во власть инстинктивных влечений; тот просто ПРЕДАЕТ его».

У больных шизофренией данной группы, совершивших ООД вне прямой связи с психопатологией, никто не пробуждал или не сумел пробудить этого духовного начала, никто не ограждал их от власти инстинктивных влечений, никто не формировал в их личности нравственную конституцию, как высшего закона определяющего социальное поведение. Хотя нередко эти больные были из так называемых «благополучных семей», но это лишь социально-материальное благополучие, и они были также духовно ущербны, как и дети асоциальных родителей – все они были преданы своими воспитателями!

В результате у таких больных формировался свой «нравственный» закон – закон абсолютизма своего **Я**, допускающий достижение цели любыми средствами, кроме мотиваций этоса созидательного труда. К ним относится и упоминавшийся больной, который имел старый автомобиль «Волга» и совершил убийство с целью завладеть «Мерседесом», при этом его бредовые идеи находились в области реформации филологии. Ущербность нравственной конституции у больных шизофрении (так же как и у психически здоровых) определяет латентную готовность к криминальным деяниям, легко реализуемых в состоянии опьянения, сексуального возбуждения, в конфликтных ситуациях.

Психологические особенности личности больного шизофренией, когда удовлетворение потребностей своего **Я** становятся доминантой – результат общей, не сегодня появившейся, но сегодня усугубленной бездуховности общества, которое не дает своим детям программу нормативного духовного развития, нравственного самоопределения и коррекции эгоизма. Без этой духовной программы нет перспектив на снижение преступности в целом и числа ООД у больных шизофренией как по психопатологическим, так и по психологическим мотивациям.

Другое дело, что позитивная нравственная конституция может быть в своих проявлениях «приглушена» психопатологией. Но еще хуже,

когда при патологической каузальной атрибуции, нарушении экспектаций больной, неадекватно понимая роли и мотивации субъектов действия, в силу уже имеющегося нравственного дефекта легко допускает возможность противодействия этим субъектам по мотивам субъективно понимаемой справедливости, позволяя себе совершить криминал.

Примером может быть больной, считавший, что для успешного занятия бизнесом ему необходимо освободиться от дискредитирующего его диагноза шизофрении и иметь «исходный капитал». С этой целью он убил свою мать, которая водила его в диспансер «именно с целью дискредитации», а сама прятала деньги, чтобы иметь свой бизнес.

Стало быть, в конструкт самосознания больных шизофренией входит не только психопатологическая переменная (фактор «синдром»), искажающая субъективное понимание Я-схемы, но и личностно-константная (фактор «личность»). Все это образует тот схизис самосознания, в котором смыслы опасных мотиваций действия могут одновременно формироваться посредством как психопатологических, так и психологических факторов. Про- или антисоциальная направленность этих мотиваций исходит из сочетания конкретных нарушений самосознания ситуационно-оперативного плана и особенностей самосознания личностно-константного плана. В этом основные особенности составляющих самосознания больных шизофрении, которые мотивируют их конкретное социальное поведение. Для понимания причин ООД и их профилактики психиатру необходимо знать не только психопатологию у больного, но и особенности нравственных составляющих самосознания.

Таким образом, можно представить определенный параллелизм многих детерминант общественно опасных деяний лиц с диагнозом шизофрении, которые исходят из психологической сферы и которые, собственно, соответствуют детерминантам преступных деяний у лиц признаваемых вменяемыми. При этом нельзя было не видеть, что ряд ООД больных шизофренией мотивируются именно социально-негативным личностным фактором, дефектом нравственной конституции. Рост числа таких ООД совпадает с общим ростом преступности в населении, и эта тенденция имеет общую основу.

Роль фактора «Ситуация» в детерминантах социального поведения нами уже обсуждалась при системном анализе. В дополнение к сказанному, следует отметить, что общественный менталитет как макросоци-

альный фактор, становясь частью индивидуального фактора «Личность», может формировать соответствующие мотивации поведения. Мы упоминали имена первых лиц государства, на которых совершались покушения. Во всех случаях предпринятые покушения не имели бредовой мотивации в отношении данных лиц, но эти больные, несомненно, в основе имели нарушения каузального атрибутирования ситуации в целом и не были способны к полноценной критической оценке исполнения своих намерений. Один из них, офицер из миросоциальной среды, в которой открыто обвинялся президент Ельцин в разрушении страны, решил взять на себя миссию убить его для блага Родины. Находясь в психотическом состоянии с синдромом Кандинского, фабула которой никак не была связана с главой государства, он приехал в Москву с Дальнего Востока, имея при себе взрывное устройство. Однако отказался его применить, когда увидел, что президент окружен плотной охраной. Свой отказ он мотивировал тем, что при взрыве могут погибнуть охранники – «наши советские люди». Выкинув взрывное устройство в Москву-реку, он решил для убийства применить кинжал. Больному удалось проникнуть в служебное помещение президента, но там он был задержан.

Фактор «Ситуация» в системном анализе связан с другими факторами. В этом плане отдельного рассмотрения требуют вопросы качества жизни больных шизофренией в сопряженности с риском совершения ООД.

Отмеченная роль реальных жизненных трудностей была показана В.М. Шумаковым (1969), установившем отчетливые обратные корреляции между уровнем социальной адаптации больных и частотой общественно опасных деяний.

Нельзя не обратить внимание на тот факт, что реально существующие трудности (отказ в работе, конфликты с соседями и т.д. другое) у некоторых больных приводит к формированию оппозиционной настроенности, внешне сходной с личностными антисоциальными установками. В реальных конфликтных ситуациях у этих больных наблюдаются состояния «оппозиционной напряженности», выражающиеся в угрозах, оскорблениях, брани и других явлениях, составляющих «антисоциальный фасад», что, в свою очередь, формировало к ним негативное отношение общества. Этот факт формирования предвзятого к себе отношения, которые встречают больные за стенами больницы, приводит к «вторичной социальной отягощенности» и как следствие этого к «психопат-

тизации личности» (Wing I. K., 1963; Brook G., Dlane W., Lagor R., Curtis V., 1963).

Здесь можно отметить непонимание болезненной основы их неправильного поведения родственниками с попытками последних исправить его методами осуждения, наказания, что вызывает оппозиционность больных, провоцирует их на ответные агрессивные реакции. В противоположность этому, гиперопека, как упоминалось при указаниях на неблагоприятные микросоциальные обстоятельства, также может провоцировать острые внутрисемейные конфликты, приводящие к ООД.

Следует специально отметить, что длительное пребывание на принудительном лечении может затруднить дальнейшую социальную реадaptацию – за это время теряются родственные связи, жилплощадь, профессиональные навыки, и больной остается предоставленным самому себе без какой-либо социальной поддержки. В таких случаях легко образуется упомянутый замкнутый порочный круг: совершение больным шизофренией ООД – длительное принудительное лечение – потеря социальных связей – сложности с трудоустройством и местом жительства – снижение социальной адаптации – алкоголизация и (или) наркотизация – ухудшение психического состояния с развитием оппозиционного отношения к обществу – ООД – принудительное лечение. Затем круг повторяется, только с еще большими проблемами на каждом витке. Соответствующие примеры мы уже приводили.

Наконец, среди ООД больных шизофренией можно отметить такие, которые никак не связаны ни с психопатологией, ни с личностными особенностями, они – чисто ситуационные, случайные происшествия, например, дорожно-транспортные, бытовые конфликты по реальным причинам и т.д., – то есть то, что может встретиться у любого психически здорового человека.

ГЛАВА 3.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПРОБЛЕМЫ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ОЦЕНОК ЛИЦ С ДИАГНОЗОМ ШИЗОФРЕНИИ

В проблеме судебно-психиатрических оценок лиц с диагнозом шизофрении, как и в проблеме самой шизофрении, прослеживается свое-

образный круговорот, который еще не остановился. Этот круговорот возник в самом начале зарождения судебной психиатрии.

К концу XIX века обозначились основные спорные теоретические положения судебной психиатрии (главным образом, по проблеме вменяемости), которые перешли в XX век и сохранились до настоящего времени. Тогда же определились и «соображения чисто практического характера, так как законодательные требования очень часто имеют в виду не только удовлетворение принципа справедливости по отношению к индивидууму, но и установление известных удобств государства и общежития, а также воспитательное или предостерегающее действия по отношению к другим членам общества. В виду этого, если даже у врача и будут какие-нибудь его *личные* взгляды на то, что ответственность по отношению к преступлениям *неправильно* формулируется юристами, он должен стараться воздерживаться от своих личных *юридических* взглядов, а должен придерживаться тех рамок, в которых ставит его понимание права юристами. Врач не может считать себя компетентнее юристов в юридических вопросах, как не может врач допустить полную компетентность юриста в медицинских вопросах» (Корсаков С.С., 1901, с. 660).

Это положение С.С. Корсакова по существу показывает расклад взаимоотношений законодателя и судебной психиатрии. Законодатель устанавливает рамки, в которых, по его мнению, лицо из-за психических расстройств не может быть ответственным перед законом, а психиатр наполняет эти рамки клиническим содержанием. В этом плане судебная психиатрия становилась зависимой от доминирующих в государстве юридических школ, особенно в уголовном праве

Конец XIX века – начало XX века характеризуется бурными дискуссиями различных юридических школ в Европе, в которых принимали участие и российские юристы и психиатры. Одним из главных объектов дискуссий была формула невменяемости.

К периоду смены государственных устоев в России по существу формула невменяемости была построена по смешанному биолого-психологическому принципу – она состояла из двух частей: первая указывала на биологические причины невменяемости (т.н. медицинский, критерий), вторая – на их последствия в психической жизни (т.н. психологический, или юридический, критерий).

Институт невменяемости мог возникнуть только в условиях господства в уголовном праве принципа субъективного вменения. Реформа уголовного права, в результате которой основанием уголовной ответственности была поставлена не только причинная, но и – прежде всего – виновная связь между деянием и причиненным ущербом, была принята в России после земских реформ. Принцип субъективного вменения основан на признании свободной воли действующего лица: для того, чтобы запрещенное деяние было наказуемо, надо, чтобы оно было вменяемо, т.е. чтобы оно совершилось при содействии разума и свободной воли деятеля. Соответственно, перед судебной психиатрией встала задача определять, какие психические расстройства исключают свободу действия лица, причинившего уголовно-наказуемый вред, делая его невменяемым. В конце XIX в., это направление получило название “классической школы уголовного права” и было принято как российскими правоведами, так и психиатрами, проводящими экспертизы.

К 70-м гг. XIX в. представители классической школы уже выработали стройную систему основополагающих принципов и норм уголовного права, в которую органично вошла и норма о невменяемости.

Психиатрическая наука применила к преступнику естественно-научные понятия и методы исследования. Как это ни парадоксально, но развитие этого направления привело к возникновению противоположных, непримиримо оппозиционных классической школе, концепций в уголовном праве: сначала антропологической, а несколько позже – социологической (обычно объединяемых под названием “позитивная” школа).

Новая школа уголовного права утверждала, что преступление – лишь свидетельство об опасности, симптом глубоко лежащего дефекта личности. Взятое отдельно деяние может быть менее опасно, чем учинивший его деятель, поэтому от этих лиц общество должно защищаться еще до того, как они совершат преступление. Сама опасность может определяться наследственностью, душевным состоянием (сумасшедшие и полусумасшедшие), образом жизни (напр., бродяжничество) и пр. Ответственность базируется не на индивидуальной вине деятеля, проявляющейся в совершенном им деянии, а на свойстве опасности, фатально угрожающей обществу со стороны неизменного уклада индивидуальности виновного.

Таким образом, новая школа отбросила принципы классиков о том, что “нет преступления без указания о том в законе”, о соответствии наказания тяжести содеянного, а также важнейший принцип о том, что уголовная ответственность может наступать лишь в случае установления вины преступника в совершенном им деянии. Соответственно, для нового направления уголовного права понятие “вменяемость” оказалось излишнем.

Отрицание вменяемости было естественным следствием отрицания вины как предпосылки уголовной ответственности и вело к стиранию юридической грани между наказанием преступника и интернированием душевнобольного. Одним из первых сторонников социологической школы стал работавший в то время в России Е. Краепелин. Он также отрицал принципиальное правовое различие в отношении к лицам вменяемым и невменяемым, указывая, что важен только выбор индивидуализирующего режима – тюрьма или психиатрическая больница – в зависимости от психологического состояния лица и от результата, который может быть достигнут в плане обеспечения безопасности общества. Таким образом, единственным критерием экскульпации становилась ее целесообразность в свете возможных ее последствий, а не состояние лица в момент совершения ООД.

Несмотря на острые дискуссии, в целом решение вопроса о невменяемости в дореволюционном законодательстве базировалось на представлениях классической школы уголовного права. “Позитивное” направление, сторонниками которого в 1920-е гг. станет явное большинство советских ученых-юристов и судебных психиатров, окажет самое непосредственное влияние на развитии учения о невменяемости в послереволюционной России, что крайне негативно сказалось на судьбах больных шизофренией, совершивших ООД.

Непосредственно перед Февральской революцией в России действовали разные критерии невменяемости для разных групп правонарушителей. Объясняется это тем, что в этот период Россия имела сразу три УК: Уложение о наказаниях уголовных и исправительных 1845 г. (в ред. 1885 г.), в которых указания о невменяемости были распределены по нескольким статьям, Устав о наказаниях, налагаемых мировыми судьями 1864 г. (в ред. 1885 г.) и Уголовное уложение 1903 г. (с формулой невменяемости – т.н. формула Н.С. Таганцева).

Приведенные законодательные положения показывают, что для всех признаков медицинского критерия общим мерилom невменяемости служил юридический критерий, содержащий *только интеллектуальный признак*, причем граница вменения определялась способностью понимать противоправность совершенного деяния (Н.А. Полетаев, 1890). Это подтверждает и кассационная практика того времени, при которой проблема невменяемости всегда ставилась в связь с вопросом о том, “страдал ли обвиняемый во время совершения преступления ненормальным состоянием умственных способностей” (Я.А. Канторович, 1899).

В.П. Сербский (1895) считал, что приведенные в отечественных законах критерии невменяемости не выдерживают критики с клинических позиций. Ранее это обосновал Н.С. Таганцев (1874), говоря, что “если бы строго держаться буквального текста закона, то пришлось бы наказывать таких лиц, которых психиатрия относит не только к, несомненно, но даже неизлечимо помешанным”. Неудивительно, что некоторые юристы и психиатры стремились к расширительному толкованию юридического критерия. Так, Н.С. Таганцев (1874) утверждал, что употребленное законом выражение (“неимение понятия о противозаконности и свойстве своих поступков”) – только одна из характеристик помешательства, и дело эксперта “разрешить более широкий вопрос о том, не находился ли подсудимый в болезненном психическом состоянии, исключавшем возможность сознательного самоопределения”, а И.Г. Оршанский (1900) вынужден был, чтобы доказать, что упоминаемый в законе признак следует понимать “не в смысле одной познавательной способности, а вместе с тем как регулятор человеческой деятельности”, обратиться к решению уголовного кассационного департамента Сената, установившему, что “вменение есть раскрытие причинной связи между сознательной волею обвиняемого и преступным его деянием, – связи, которая нарушается указанными в законе причинами невменяемости” (№ 368 за 1869 г., см. в: Я.А. Канторович, 1899). Таким образом, психиатры остро поставили *вопрос о рассмотрении волевого признака* в качестве причины невменяемости, что отсутствовало в Уложении о наказаниях 1845 г.

Еще проще вопрос о невменяемости решался в “Уставе о наказаниях, налагаемых мировыми судьями»: “Проступки не вменяются вовсе в вину, когда они совершены: ... 3) в безумии, сумасшествии и припад-

ках болезни, приводящих в умоисступление и совершенное беспаятство...” (Н.С. Таганцев, 1913).

Принципиально новую трактовку получила формула невменяемости в Уголовном уложении 1903 г. Она отражала сформулированные Н.С. Таганцевым (1874) признаки способности ко вменению: “лицо физическое может сделаться субъектом преступления только в таком случае, когда оно обладает способностью сознавать совершаемое и его результаты, и способностью оценивать и руководствоваться сознанным; или, одним словом, способностью сознательно определяться к действию”. Ст. 39 Уложения 1903 г. гласила: “Не вменяется в вину преступное деяние, учиненное лицом, которое, во время учинения, не могло понимать свойства и значения им совершаемого или руководить своими поступками вследствие болезненного расстройства душевной деятельности, или бессознательного состояния, или же умственного неразвития, происшедшего от телесного недостатка или болезни.”

Что касается признаков медицинского критерия, то Уложение 1903 г. оставило их только три; при этом вместо термина “сумасшествие” Уложения о наказаниях появился более общий термин “болезненное расстройство душевной деятельности”, вместо выражения “припадки умоисступления и совершенного беспаятства” – “бессознательное состояние”, а вместо выражения “безумие от рождения” – “умственное неразвитие”. При этом выражение “бессознательное состояние” не означало полного прекращения психической жизни, как при обмороке, а охватывало и случаи ее продолжения, но только с утратой способности осознавать совершенное и руководствоваться сознанным, что может наблюдаться, напр., у человека, страдающими галлюцинациями, когда больным уже утрачена способность отделять представления субъективные и объективные и пр. (Уголовное Уложение, 1910).

Изменения в уголовном праве России после Октябрьского переворота были столь же радикальны, как и во всей общественно-политической, экономической и культурной жизни. Что касается конкретно судебной психиатрии, то влиянию прежних уголовно-правовых воззрений препятствовало два основных обстоятельства: ориентация на вышеприведенные постулаты социологической школы в уголовно-правовой доктрине и прямой запрет пользоваться старыми законами в правоприменительной практике. Это выразилось, в частности, в том, что с июля

1918 г. по декабрь 1919 г. в РСФСР вообще отсутствовала фиксированная в законе формула невменяемости. В “Руководящих Началах” 1919 г., в УК 1922 г., УК 1926 г. говорилось о неподсудности, ненаказуемости и неприменении мер судебно-исправительного характера как следствии психического расстройства обвиняемого. Сам термин “невменяемость” в УК появляется только в 1960 г.

В практической судебной психиатрии в первые годы советской власти в стране существовала чрезвычайная неразбериха в том, кого направлять на экспертизу и кто ее должен осуществлять. Высказывались утверждения (Судомир), что можно поставить в один ряд ценность экспертизы, проведенной в психиатрической больнице, и ценность амбулаторной экспертизы, осуществляемой врачами других специальностей, при этом допускалось резкое противопоставление «судебного психиатра» «обычному психиатру», поскольку якобы первые «всегда решают вопрос, нет ли в каждом данном случае симуляции», а вторые «привыкли относиться с доверием к поведению своих пациентов, к словам их родственников» (цит. по: Киров Я.И., 1936). В целом по стране деятельность экспертов в судебных учреждениях того времени характеризовалась отсутствием сложившейся нормативности. “Особенно хаотически вопрос этот стоит в революционных трибуналах” (В.А. Громбах).

Такое же положением сложилось и с практикой применения принудительного лечения. Несмотря на то, что понятие о принудительном лечении было введено в УК РСФСР в 1922 г., практическое применение принудительного лечения не имело четкой регламентации порядка ее назначения и проведения. Больные направлялись на принудительное лечение не только судебными органами, но и следователями и даже милицией. Бывали случаи направления на принудительное лечение даже без заключения судебно-психиатрической экспертизы. Следует отметить различие в характере смысла самого принудительного лечения, а также практику направления на принудительное лечение вменяемых (психопатических личностей, наркоманов), если определялось, что преступник больше нуждается в лечебно-педагогическом режиме, нежели в исправительно-трудовом и тюремном.

«Принципы целесообразности, на которых строится советское право» (Бунеев А.Н., 1931) определили и практику судебной психиатрии в первые десятилетия Советской власти. Единственной целью уголовно-

правового принуждения объявлялась защита пролетарского государства, а единственным критерием для построения необходимой для этого системы мер – критерий целесообразности: как наиболее удачно организовать борьбу, исходя из того, что “salus revolutiae suprema lex” (Пионтковский А.А., 1924)¹.

Эти взгляды разделяли и судебные психиатры Института им. Сербского. Так, А.Н. Бунеев, стоящий в те годы на социологических позициях, утверждал, что для естественников ясна несостоятельность индетерминистического взгляда на наказание, как на возмездие человеку за злоупотребление своей свободой во зло обществу. По мнению А.Н. Бунеева, “выпячивание таких понятий, как вменяемость, умысел и неосторожность, сложившихся в недрах буржуазных теорий о вине и наказании, противоречит по существу принципам целесообразности, на которых строится советское право” (1931). Е.К. Краснушкин писал, что раз нет наказания, то главное определить, где, в местах лишения свободы или в психиатрической больнице, полноценнее обеспечить безопасность общества (1926).

Социологический подход сказался и в понимании доктриной правового положения невменяемого лица, его деяние именовалось, как правило, преступлением. По действующему советскому законодательству, как в отношении психически здоровых лиц (“вменяемых”), так и в отношении психически больных (“невменяемых”) необходимо применять меры социальной защиты, которые должны строиться на учете индивидуальных особенностей субъекта – в интересах лучшей организации социальной защиты” (Трайнин А.Н., 1929; Сегалов Т.Е., 1930). Таким образом, вменяемость оказывалась только одним из классификационных признаков преступников, определяющих выбор мер уголовно-правового принуждения – мер судебно-исправительных или медицинских (Пионтковский А.А., 1924; Тихенко С.И., 1927) по их “целесообразности».

Судебные психиатры этого периода истории поддерживали принципы социальной защиты, которые должны приниматься в отношении всякого правонарушителя, независимо от его вменяемости или невменяе-

¹ «Сколько судеб психически больных, в том числе шизофренией было загублено из-за этой революционной «целесообразности» !!!

мости, хотя между судебными-исправительными и медицинскими мерами есть принципиальная разница: первые “дозированы” в зависимости от состава преступления в соответствии с идеей эквивалента, заложенной в Особенной части УК, вторые же определяются личностью правонарушителя и критерием целесообразности принятия тех или иных мер социальной защиты с точки зрения общей и частной превенции (Бунеев А.Н., 1931). Для большей эффективности такой превентивности предлагалось «изучение личности преступника во всей ее полноте» (Бруханский Н.П., 1923).

Итак, основная тенденция в доктрине уголовного права и психиатрии выражалась в отрицании вины через отрицание свободного волеопределения как пережитка буржуазной юриспруденции (в наличии волевого критерия видели уступку религиозному постулату о “свободной воле”), а в уголовной политике (вполне в духе самых передовых западных социологических учений в уголовном праве) – в стремлении наказывать не за конкретное деяние, а за опасное состояние личности, факторами которого выступали, в частности, социальное происхождение, связь с преступной средой и т.п. Это положение было закреплено в п. I резолюции Всесоюзного совещания психиатров и невропатологов 1925 г.: “Понятие о вменяемости, как построенное на учении о свободной воле, а потому противоречащее принципам материализма, должно быть устранено из советского законодательства и заменено понятием о социальной опасности, опасном состоянии, обусловленном нервно-психическими отклонениями у правонарушителя”.

Наряду с отрицательным отношением многих психиатров к понятию невменяемости, главную цель судебно-психиатрические эксперты видели в том, чтобы дать социально-психологические характеристики обвиняемого и рекомендовать методы исправительного режима (Л.И. Айхенвальд, 1926). И.Н. Введенский (1931) писал, что по смыслу и духу советского законодательства от эксперта требуется не просто установление клинического диагноза и формальное определение вменяемости, но и оценка всей личности преступника, в особенности в ее реакциях на социальную среду в настоящем, предвидение социального поведения в будущем (“социальный прогноз”), указание суду мер социальной защиты, которые давали бы гарантию безопасности для общества и в то

же время могли бы по возможности содействовать медицинскому и социальному оздоровлению правонарушителя.

Отсюда – то особое внимание к психическим особенностям преступной личности, его социального происхождения и антропологическому типу, особенностям преступного деяния. Это привело к созданию в Институте им. Сербского кабинета по изучению личности преступника.

Очевидно, что неустойчивость судебной практики в отношении вопроса о невменяемости в 1920^е гг. позволяла эксперту чувствовать себя довольно свободным в отношении следования терминологии действующей формулы невменяемости, что позволяло им даже выносить заключение об уменьшенной вменяемости (И. Жилин, 1927) и ссылаться на диагностические единицы, никогда российским законом и доктринальным толкованием не признаваемые, – вроде “нравственного помешательства” (Г.В. Рейтц, 1923).

Вторая половина 1930 гг. характеризуется переходом судебной психиатрии к классической концепции невменяемости. Начало движения к современному пониманию института невменяемости было связано с общим поворотом в сторону классических идей в уголовном праве, и, прежде всего, – в области учения о виновном вменении. С середины 1930^х гг. в СССР меняются официальные установки в уголовной политике в направлении постепенного отказа от социологических представлений о преступлении и наказании и, соответственно, было легализовано понятие невменяемости.

В 1938 г. был издан приказ наркомюста СССР “О результатах проверки работы Научно-исследовательского института судебной психиатрии им. проф. Сербского” № 35. В этом приказе, в частности, указывалось на то, что институт “в своей экспертной работе, разрешая практически вопросы о вменяемости, лишил это понятие почти всякого юридического значения, подчиняя в основном свои экспертные заключения не юридическому критерию невменяемости, установленному ст.11 УК РСФСР, а соображениям о целесообразности тех или иных мер воздействия на испытуемого, не понимая при этом принципиального различия между понятием наказания и понятием мер социальной защиты медицинского характера” (Р. Орлов, 1938).

Соответственно меняют свои позиции и психиатры, обосновывая это современными установками советской уголовной политики, «направ-

ленными в сторону укрепления революционной законности” (Бунеев А.Н., 1938). А.М. Халецкий (1939) стал утверждать необходимость понятия невменяемости как относящегося к суждению о виновности лица, т.е. к оценке состояния обвиняемого в момент совершения им преступления, что исключает возможность для судебного психиатра руководствоваться при оценке вменяемости принципом целесообразности.

На расширенном пленуме Института им. проф. Сербского 18 мая 1954 г. его участники пришли к единому мнению, что ряд вопросов невменяемости по существу уже не является дискуссионными, т.к. они уже решены в УК, УПК, многолетней практикой советской СПЭ, а также в трудах В.П. Сербского и В.Х. Кандинского (Бунеев А.Н., 1954).

Вскоре (1958г.) были разработаны и приняты Основы уголовного законодательства Союза ССР, в которых появилась отдельная статья о невменяемости. С принятием Основ гражданского законодательства (1962 г.) признание граждан недееспособными стало производиться только судами при обязательной предварительной судебно-психиатрической экспертизе, что существенно улучшило защиту прав и интересов граждан с психической патологией.

Период после принятия формулы невменяемости в УК ред. 1960 г. были сняты противоречия между экспертной практикой и несовершенным законодательством. Для судебной психиатрии это было поворотом к углубленному осмыслению признаков юридического критерия формулы невменяемости, выражающемуся в выделении синдромов, безусловно, влекущих невменяемость, в разработке психопатологических и патопсихологических коррелятов признаков юридического критерия в случаях, требующих количественной оценки интеллектуальных и эмоционально-волевых расстройств.

Пересмотр основных теоретических позиций, возврат к классической школе в уголовном праве мог свести к положению о полной детерминированности общественно опасных действий больных только наличием у них психических расстройств, каких-то фатальных «психопатологических механизмов». Была опасность с жестокой критикой позитивной школы исключительно психопатологизировать причины таких действий без учета роли личности больного и ситуационных факторов совершения опасного действия. Такой опасности была противопоставлена концепция системного подхода на основе определения иерархии

факторов «Синдром», «Личность» и «Ситуация» в комплексе конкретных причин ООД [50, 61, 70, 89 и др.].

Изменение государственных установок с конца 80-х годов в сторону приоритета прав личности непосредственно позволило судебной психиатрии реализовать традиционные принципы гуманизма по отношению к невменяемым, страдающим шизофренией.

В настоящее время при всем в целом критическом отношении к «позитивной» школе, случаи, когда болезнь есть, но она интактна по отношению к преступлению, продолжают оставаться проблемными для судебной психиатрии, особенно в отношении больных шизофренией. Традиции гуманизма отечественной психиатрии должны предполагать первостепенным лечение таких больных, но достижение полноценной ремиссии отнюдь не гарант от рецидива противоправного поведения даже при проведении в психиатрической больнице социально корригирующей работы. Можно допустить, что подобных больных шизофренией целесообразно лечить в психиатрических больницах мест лишения свободы, а по окончании лечения они должны (если сохраняется адекватное понимание своей вины) на общих основаниях отбывать наказание. Это, в сущности, и предполагал Е. Краепелин. Так или иначе, в отношении некоторых лиц с диагнозом шизофрении данный вопрос остается в круговороте нерешенных проблем.

Круговорот спорных проблем прослеживается и в гражданском процессе. Тенденция к широкому признанию больных шизофренией недееспособными в свете высказанных положений о сущности «схизиса» явно порочна. Особенно это относится к вопросу о сделкоспособности, к актам завещания и дарения и даже бракосочетания и родительских прав. Здесь особенно важен анализ адресной проекции имеющейся психопатологии на социально-нравственные, личностные позиции пациента, на его способность реально понимать и отстаивать свои интересы даже при наличии клинически верифицированной психопатологии.

Отмеченный круговорот теоретических подходов к судебно-психиатрическим оценкам лиц с диагнозом шизофрении не мог не сказаться негативным образом на реальных судьбах больных.

Как видно из исторической предпосылки проблема вменяемости (невменяемости) – узловое проблема судебной психиатрии. Узловая не

только потому, что является главной в этой дисциплине, но и потому, что в ней связаны в один узел два основных направления учения о человеке – биологическое (медицинское) и социальное (юридическое), более того, две противоположные фундаментальные методологические позиции: ортодоксальный материализм, низводящий человека до психофизиологических механизмов, и философские концепции, так или иначе выводящие сущность человека за рамки слепой детерминированности и наделяющие его личность свободой выбора в своей деятельности на основе доминирующих морально-нравственных ориентаций.

Смысл практики судебно-психиатрического освидетельствования состоит в определении: был или не был совершенный юридически значимый поступок обусловлен болезненными расстройствами психики, лишаящими личность свободы выбора в ее социальном поведении. Если личность лишена из-за болезни такой свободы – то это невменяемость (недееспособность или др.). За этим, казалось бы, простым положением скрывается проблема, требующая объяснения содержания и соотношения ряда теоретически сложных, а то и спорных составляющих, из них главные: что такое болезненное и неболезненное расстройство психики, где граница психотического, что понимать под личностью и под социальным поведением, как детерминируется социальная деятельность и какова ее нормативность, что значит «свобода выбора» и вообще насколько правомерно употребление этого понятия?

Все советское время теории проблемы невменяемости не могли в своих представлениях о свободе воли, о свободе социального поведения выйти за рамки «единственно научных» материалистических догм. Идеологизация науки, как и всей жизни нашей страны до 90-х годов XX в., не могла не сказаться и на теоретических подходах к проблеме невменяемости. Все опубликованные работы советских авторов по этой проблеме, о которых говорилось выше, неизбежно опирались на материалистическое понимание свободы воли с традиционным подкреплением цитатами из В.И.Ленина (понятно, что в доперестроечное время научные труды с иным методологическим подходом просто не могли у нас увидеть свет). Как правило, приводились цитаты из ленинских конспектов работ Гегеля, в частности основополагающей была такая: «На деле цели человека порождены объективным миром и предполагают его – находят его как данное, наличное. Но кажется человеку, что его цели

вне мира взяты, от мира независимы («свободны»)»¹. Это положение и правильно и не правильно – в зависимости от ракурса его рассмотрения.

Да, действительно, все в человеке – и биологическое и социальное – из внешнего мира, от генофонда и социофонда. Но в то же время личность человека всегда индивидуальна, многослойна и по своим отличительным признакам безмерна («...не люди умирают, а миры!»). И эта бесконечность индивидуальности по-разному проявляется в конкретных ситуациях в зависимости от своих нравственных ориентаций, что было показано в предыдущих главах.

Сложившаяся к настоящему времени в России сущность формулы невменяемости сводится к тому, что конкретный противоправный поступок (общественно опасное деяние – ООД) был обусловлен не социальными причинами поведения, а *болезненным расстройством* психики.

Само понятие болезни, болезненности в аспекте психиатрии, т.е. собственно психопатологии – далеко от своей завершенности. Понятию «психопатология» дал свое определение К. Jaspers (1953): психопатология – наука об основных закономерностях расстройства психической деятельности. Хотя такое определение психопатологии и подвергалось критике (Снежневский А.В., 1962) за выделение ее в самостоятельную дисциплину, не входящую в общее учение о болезнях человека, в контексте нашего изложения оно наиболее приемлемо, так как речь пойдет о закономерностях проявлений расстройств психической деятельности, приводящих к нарушениям социального поведения.

Смысловым содержанием медицинского критерия невменяемости является болезненность психических расстройств. Вместе с тем и в общемедицинском смысле понятие «болезнь» далеко не однозначно в своих интерпретациях. Как известно, попытки представить все теоретически и практически значимые стороны этого понятия в одном определении оказывались до сих пор неудачными. «Универсальные» определения были слишком громоздкими, а лаконичные неизбежно страдали односторонностью, охватывая лишь те или иные аспекты понятия. А.Д. Адо (1972) справедливо заметил, что дать совершенное определение поня-

¹ В.И. Ленин. Полн. собр. соч.- М., 1963 - Т. 29. С. 171.

тию «болезнь» настолько же трудно, насколько легко найти недостатки в любых попытках кратко и всеобъемлюще его определить. По его мнению, постоянная, причем довольно обоснованная, неудовлетворенность существующими определениями, ведет и к скептическому отношению к полезности подобных попыток в будущем.

Понятию «болезнь» противостоит понятие «здоровье», «норма», которые имеют еще более различные и далекие от своей завершенности толкования. Положение о том, что нормальный индивид всегда ненормален по каким-либо одним из своих многочисленных признаков, а «нормальный» во всех отношениях организм – явление экстраординарное, наиболее четко демонстрирует проблематичность нормы и патологии вообще и особенно, когда речь идет о психическом здоровье. Специальный анализ соответствующей литературы позволил С.Б. Семичеву (1982) прийти к выводу: «... нет таких психологических или психопатологических понятий, которые позволили бы сформулировать универсальное определение нормы и указать на какой-либо единственный признак, отграничивающий во всех случаях здоровье вообще от болезни вообще» (С. 10 – 12).

Показывая несовершенство всех имеющихся определений понятия «болезнь» (в том числе и нижеследующего), П.Н. Веселкин, автор статьи «Болезнь» в БМЭ, формулирует: «Болезнь – это жизнь, нарушенная в своем течении повреждением структуры и функции организма под влиянием внешних и внутренних факторов при реактивной мобилизации в качественно-своеобразных формах его компенсаторно-приспособительных механизмов; болезнь характеризуется общим или частичным снижением приспособляемости к среде и ограничением свободы жизнедеятельности больного». В этом определении важным представляется функциональный (приспособляемость, ограничение свободы жизнедеятельности) подход к понятию болезни и, соответственно, здоровья и нормы.

И.В. Давыдовский (1969) подчеркивал, что «противопоставление патологического физиологическому, как противопоставление здоровья болезни, с теоретической стороны не выдерживает критики». Он считал, что диапазон приспособительных способностей не измеряется альтернативой болезнь или здоровье. Между ними располагается целая гамма промежуточных состояний, указывающих на особые формы

приспособления, близкие то к здоровью, то к заболеваниям и все же не являющиеся ни тем, ни другим. Развивая данное положение, А.В. Снежневский (1972) писал, что этот диапазон «распространяется от отклонения, обозначаемого акцентуацией, выраженной стигматизацией, диатезом, до качественных отличий, знаменующих собой превращение патогенетических механизмов в патогенетический процесс (патокинез)» (С. 9). Этот диапазон, на наш взгляд, можно представить как континуум от тяжелых состояний типа помраченного сознания до состояний практического здоровья. При этом в зоне психической патологии оказываются состояния, болезненность которых определяется уже не столько собственно психопатологией, сколько нарушениями социального поведения.

Отмеченный континуум психопатологии, который в наиболее полном виде наблюдается при шизофрении, создает основные теоретические проблемы экспертных оценок [106, 128 и др.].

Континуальности выраженности психических расстройств – от помраченного состояния к отклонениям от нормы в виде акцентуаций – соответствует континуальность влияния психопатологического фактора на свободу личности в деятельности, т.е. в переходе от невменяемости к вменяемости. Если этот континуум представить в виде линии, то она может быть ранжирована на меньшее или большее (в пределах разумной достаточности) количество участков. Закономерность такова: чем дробнее эти участки, тем более точно должно конкретизироваться влияние психопатологического фактора на социальное поведение (что, несомненно, важно для правосудия). Однако чем они короче, тем сложнее определить, к какому именно участку можно отнести анализируемое (подэкспертное) состояние (что представит несомненную клиническую сложность и таит большую опасность ошибок, по крайней мере, в дифференцировании пограничных участков, количество которых увеличивается по мере увеличения градации континуума от невменяемости к вменяемости). Вместе с тем такая дробность снижает вероятность более грубой ошибки, так как ошибка в принадлежности к тому или другому короткому участку – это все же ошибка внутри блока «малых дистанций» в зоне или вменяемости или невменяемости, если подходить с двучленным делением этой линии, а стало быть, риск более грубой ошибки снижается, поскольку при дихотомическом делении ошибки в

оценках единственной «пограничной зоны» носят наиболее принципиальный характер.

Таким образом, более дробное ранжирование, несомненно, больше отвечает требованиям дифференцирования в судебных оценках. Характер ранжирования устанавливает законодатель. Также законодатель устанавливает и юридические последствия отнесения к тому или иному «участку». То, что в настоящее время законодатель рассмотрел возможность перехода от дихотомического деления к трехступенчатому, несомненно, прогресс для правосудия, но одновременно это и усложнение работы экспертов в связи с необходимостью более тонкой клинической идентификации состояния. Для разрешения этих трудностей нами предлагалась система сертификатов невменяемости, соответствующих участкам этого клинического континуума [106]. Эти сертификаты содержат попытку клинической верификации расстройств, дифференцированно удостоверяющих влияние психопатологического фактора на свободу личности в ее социальной деятельности. Их констатация должна быть основой для соответствующих экспертных заключений.

В этом клиническом континууме должен находиться и сертификат ограниченной вменяемости, который соответствует тем расстройствам, которые не блокируют и не извращают психопатологическим фактором свободу личностной деятельности, а лишь создают неблагоприятные условия для ее функционирования, ограничивая тем самым эту свободу.

В дискуссии об ограниченной вменяемости одним из камней преткновения является вопрос о мерах медицинского характера к осужденным с таким экспертным заключением. К ним не могут быть применены принудительные меры лечения, поскольку они не страдают хроническим психическим расстройством и вменяемы; по этой же причине они вправе отказаться от всех медицинских мер, которые им назначаются. Эта коллизия не нашла своего разрешения и в новом Уголовном кодексе (1996). Методологической основой для выхода из такого правового тупика мы считаем следующее положение: если установлен такой уровень психопатологии, который является не причиной ООД, а лишь неблагоприятным условием, способствующим его совершению (и возможному рецидивированию), то такое понимание законодателем имеющейся психопатологии должно трансформироваться в усло-

вие для получения меньшего срока наказания, если осужденный добровольно согласится на необходимые меры медицинского характера в местах лишения свободы. Виновному в преступлении представляется свобода выбора – принять рекомендуемые медицинские меры и тем самым сократить срок наказания или же отказаться от них и тем самым от сокращения этого срока. Такой подход одновременно охраняет и права ограниченно вменяемого лица, и интересы общества от возможного рецидива ООД при любом варианте выбора – или путем применения необходимых медицинских мер или путем полного наказания, соответствующего преступлению. Процедура установления согласия или не согласия с таким условием и, соответственно, определения срока наказания и его сокращения может быть осуществлена как до вынесения приговора, так и после него, при пересмотре осужденным своего отношения к этому условию.

ГЛАВА 4. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЭКСПЕРТНЫМ ОЦЕНКАМ ЛИЦ С ДИАГНОЗОМ ШИЗОФРЕНИИ И ШИЗОТИПИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Сам по себе диагноз шизофрении и шизотипического расстройства не может однозначно свидетельствовать о невменяемости и недееспособности, во многих случаях требуется дифференцированный подход, здесь возможны варианты.

В истории учения о шизофрении, сопряженной с судебно-психиатрическими экспертными оценками, наблюдается своеобразный феномен «гармошки». В начале XX века, когда психиатрия была только госпитальной и в поле зрения психиатров в основном находились больные с тяжелыми крепелиновскими формами заболевания, диагноз шизофрении однозначно предопределял экспертное заключение о невменяемости и недееспособности. В дальнейшем, в конце 20-х - начале 30-х годов, когда психиатрическая практика вышла за стены психиатрических больниц и акцент был сделан на диспансерной помощи, стали накапливаться наблюдения о благоприятном, «мягком» (Kronfeld A.C., 1928) течении процесса и была поставлена «Проблема микропроцессуальных

форм” (Гольденберг С.И., 1934). Вполне понятно, что такие клинические факты поставили под сомнение однозначность экспертных заключений о невменяемости при шизофрении, однако, как описано в главе 3 (3.2.) раздела II, практика экскульпаций при этом диагнозе продолжалась.

То же самое относится и к длительным ремиссиям на уровне практического выздоровления. Однако при сохранении жесткой дихотомичности (вменяем-невменяем) достаточно адекватного подхода к судебно-психиатрическим оценкам не могло быть найдено. Предпринимавшиеся попытки более широко признавать больных шизофренией в состояниях ремиссий вменяемыми оказывались несостоятельными, и процент невменяемых вновь увеличивался. Это положение отражалось в статистике: в одни годы количество заключений о вменяемости при диагнозе шизофрении расширялось до 5% и более, в другие оно вновь сужалось до 1-2%.

К моменту принятия нового УК РФ 1997 г. с его 22-ой статьей со-здался достаточно большой банк случаев экспертных расхождений, когда разными экспертными комиссиями при оценке одного и того же психического состояния лица с диагнозом шизофрении в отношении совершенного им одного и того же ООД давались разные экспертные оценки. Именно изменения в этой оценке то в сторону вменяемости, то в сторону невменяемости объективно указывали на существование какого-то промежуточного пространства в континууме выраженности психопатологических расстройств шизофрении, требовавшего иного экспертного подхода. Фактически это были те расстройства, которые не блокируют и не извращают свободу личности в ее деятельности, а лишь создают неблагоприятные условия для ее функционирования, ограничивая тем самым эту свободу и лишая возможности в полной мере осознавать фактический характер своих действий (бездействия) или руководить ими.

В свете сказанного введение ст. 22 в новый УК, безусловно, помогает находить более адекватные экспертные решения при непсихотических, “пограничных” состояниях шизофрении и шизотипическом расстройстве. Вместе с тем вопрос о формализованных критериях дифференцированного подхода к таким клинически полиморфным состояниям достаточно сложен. Здесь не могут быть даны какие-то однознач-

ные конкретизированные критерии, здесь должен быть целостный анализ наличествующей психопатологии с учетом личностных особенностей подэкспертного, его роли и позиции в ситуации криминального действия и, конечно, особенностей самой ситуации совершения ООД. То есть при экспертной оценке должен быть применен приведенный выше системный анализ, раскрывающий конкретные причины инкриминируемого деяния.

Ясно, что такой анализ нет необходимости проводить, когда перед экспертом картина психотического состояния или длительной ремиссии на уровне практического здоровья с хорошей постпсихотической социальной адаптацией, однозначно свидетельствующих или о невменяемости, или о “полной вменяемости”. Речь идет именно о промежуточных между ними (психоз – полное выздоровление) ремиссиях с “пограничной” непсихотической симптоматикой, а также о шизотипическом расстройстве. Дифференцирование экспертных оценок ремиссий должно быть основано на определении их глубины, полноценности и устойчивости. Клинически они представлены в широком диапазоне - от ремиссий с так называемым дефектом до интермиссий на уровне практического выздоровления. В этом широком диапазоне представлены состояния, отвечающие критериям невменяемости - на одном конце континуума и вменяемости - на другом. Критерии для экспертных заключений «в неполной мере» следует определять в промежутке между этими крайними состояниями. В связи с этим необходимо уточнить клинические границы данных крайних состояний ремиссий для обозначения феноменологической картины того промежуточного состояния, которое должно содержать критерии ограниченной вменяемости.

Больные шизофренией с неустойчивой ремиссией, ремиссией на фоне поддерживающей терапии (медикаментозные ремиссии) с психопатологическими расстройствами, свидетельствующими о послаблении заболевания со стабилизацией процесса на уровне, не превышающем неполную ремиссию (F20.xx4 по МКБ-10), должны признаваться невменяемыми по медицинскому критерию хронического психического расстройства. В основе этих заключений лежат резидуальные негативные шизофренические симптомы, дающие целостную картину так называемого «дефекта личности»: снижение активности, эмоциональная сглаженность, слабость инициативы, обедненность невербальной ком-

муникативности, социальная дезадаптированность, явно недостаточно критическая оценка своего заболевания и связанная с ним сложность целостного критического осмысления сути и последствий инкриминируемого деяния, в том числе неадекватность понимания роли и позиции своего **Я** в конкретной ситуации противоправного деяния.

В противоположность этому подэкспертные в состоянии полной ремиссии, то есть практического выздоровления после приступов шизофрении (F.20xx5 по МКБ-10), в клинической картине которых нет расстройств шизофренического спектра, должны признаваться вменяемыми. Если у этих подэкспертных, перенесших в прошлом психотический эпизод (эпизоды), оцененный на основе клинически достоверных анамнестических данных как приступ шизофрении, не оставил признаков резидуальной психопатологической симптоматики, нет оснований говорить о хроническом психическом расстройстве как медицинском критерии невменяемости. Эти лица после приступа и лечения выходят или на прежний, преморбидный уровень социальной адаптации, или имеют иной вид социального приспособления, что в ряде случаев обычно связано с ситуационными, бытовыми обстоятельствами. Их правонарушения, нередко групповые, имеют реально-бытовую мотивацию. При этом сами подэкспертные далеко не всегда склонны указывать, что им ставился диагноз шизофрении, и использовать факт перенесенного психоза в целях желаемого для себя исхода судебного разбирательства.

Описание отличительных характеристик «пограничной» между неполной и полной ремиссией зоны упомянутого континуума психопатологии является клинической основой, на которой могут рассматриваться не только отдельные варианты заключений о вменяемости и невменяемости, но и применения ст.22 УК РФ в случаях шизофрении.

Состояния больных, относящиеся к «пограничной ремиссии», во-первых, не должны иметь признаки, соответствующие неполной (F20.xx4) и полной (F20.xx5 по МКБ-10) ремиссии: с одной стороны, эти состояния не должны содержать в себе такой состав психопатологических признаков, который был бы достаточным для клинически четкого обозначения какого-либо из известных вариантов ремиссий (апатико-абулический, параноидный и т.д.), с другой – они не должны быть «чистыми» от каких-либо психопатологических признаков процессуального ряда, что свойственно постпсихотическим состояниям уровня

интермиссии. Во-вторых, эти «пограничные состояния» должны иметь свое феноменологическое лицо.

Аналитические попытки нарисовать портрет такого «лица» приводят к «рисунку», описанному в работе Ф.В. Кондратьева и С.Н. Осколковой (1997). Собственно феноменологически подобные пограничные состояния неоднородны. Однако они могут быть объединены как состояния ремиссий с различным набором из признаков «шизотипического ассортимента» (франц. *assortiment* - подбор однородных предметов, но разных сортов). Существенным для таких «пограничных» ремиссий является сходство по слабости клинического проявления этих признаков, а также по непостоянству их выражения и, тем более, по нестабильности взаимосочетанности. Хотя эти состояния могут содержать отдельные признаки вариантов неполных типов ремиссии, но они разрознены, единичны, непостоянны и по ним нельзя создать целостную картину конкретного варианта ремиссии с дефектом. Это состояния с теми «проскальзывающими» феноменами, которые при большей степени их выраженности, при большей сочетанности и стабильности могли бы напоминать «шизотипическое расстройство» без допускаемых при нем квазипсихотических эпизодов с выраженными иллюзорными ощущениями, слуховыми и другими галлюцинациями, а также бредовыми идеями. Важно подчеркнуть, что отмечаемые феномены могут преимущественно наблюдаться в отдельных сферах психической деятельности (когнитивно-смысловой, эмоциональной и волевой), оставляя остальные без психопатологических признаков, что еще раз должно свидетельствовать об отсутствии синдромальной целостности и о возможности говорить лишь об отдельных феноменах из отмеченного ассортимента расстройств.

В динамическом плане эти состояния могут рассматриваться как промежуточные при переходе от неполной ремиссии к полной при благоприятной динамике или также как промежуточные, но при развитии декомпенсации, ухудшении качества полной ремиссии. Кроме того, эти пограничные состояния между неполной и полной ремиссией, имея варибельность только в границах своей нестойкой выраженности, могут усугубляться под воздействием неблагоприятных факторов (алкогольная и другая интоксикация, стрессовые воздействия, соматические бо-

лезни), приводя не только к актуализации соответствующих расстройств, но и к активизации других, до того существовавших лишь латентно.

Следует еще раз подчеркнуть принципиальное положение о том, что перечисляемые ниже признаки, в своем полном объеме свидетельствуя о существенных нарушениях в той или иной сфере психической деятельности, при «пограничной ремиссии» устанавливаются лишь как отдельные элементы из описываемого «шизотипического ассортимента», не выступая в системном единстве, не составляя целостного и стабильного синдрома. Эти признаки проявляются не при каждой беседе с подэкспертным, более того, экспериментально-психологическое исследование в одних случаях может не подтвердить соответствующие расстройства, выявленные психиатрами, а в других - первично их установить.

В ассортименте таких «проскальзывающих» расстройств в когнитивно-смысловой сфере могут находиться: склонность к резонансу, усложненность формулировок, своеобразии ассоциативных связей, редкие эпизоды ощущения утраты контроля над мыслями, некоторая нечеткость мышления и отдельные соскальзывания, кратковременное снижение способности к концентрации внимания, непоследовательность суждений при анализе инкриминируемого деяния, нечувствительность к противоречиям при эмоциональной охваченности темой беседы (противоречивость высказываний), недостаточная критичность в оценке своего психического состояния, а также в оценке своего **Я** в системе межличностных отношений и складывающихся субъективно значимых ситуациях.

При экспериментально-психологическом обследовании эти клинические феномены могут выступать ярче, особенно при выполнении специальных тестовых заданий. К ним относятся: актуализация латентных, малозначимых, несущественных признаков, неравномерность процесса (уровня) обобщения, затрудненность дифференциации существенного (смысловых дифференцировок), субъективность оценок, переход от инструкции к самоинструкции, признаки формальности ассоциативных связей, отдаленность ассоциативных связей, неравномерность темпа продуцирования ответных ассоциаций, своеобразии ассоциативных образов, неадекватная символизация, фрагментарность ассоциативных образов, усложненность формулировок, признаки неадекватного абстрагирования, слияние буквального и переносного смысла, снижение

уровня обобщения, признаки снижения продуктивности умственной деятельности, элементы слабости критических способностей, склонность к субъективным интерпретациям, привнесение субъективно значимых переживаний в методику.

В аффективной сфере могут выявляться отдельные шизотипические признаки в виде формальности контакта, потери эмоционального резонанса, снижения эмоциональной синтонности, внешней недифференцированности эмоциональных проявлений, расщепления целостного эмоционально-мимического реагирования, аутохтонные аффективные колебания, эмоциональная лабильность, взрывчатость, аффективная ригидность, трудности вытеснения отрицательных эмоций, развитие эмоциональной уплощенности, обедненность в сфере высших эмоций (любви, горя, сострадания и др.), недостаточность понимания нюансов в межличностных отношениях.

По данным экспериментально-психологического исследования соответственно могут быть отмечены как более четко выраженные следующие элементы: формальность контакта, внешняя недифференцированность эмоциональных проявлений, некоторая парадоксальность эмоциональных реакций, аффективная ригидность, трудности вытеснения отрицательных эмоций, эмоциональная лабильность, эмоциональная уплощенность, непонимание нюансов в межличностных отношениях.

В ассортименте расстройств волевой сферы могут наблюдаться как элементы: сниженность интеллектуального контроля над волевой сферой, признаки импульсивности, гипобулии, амбивалентности, некоторая недостаточность способности к целенаправленной активности, затрудненность произвольной регуляции поведения, снижение побуждения (инициативности) к действию, явления пассивной подчиняемости и внушаемости, расстройства влечения навязчивого характера.

К социальным проявлениям рассмотренных расстройств могут быть отнесены отдельные факты, свидетельствующие о затрудненности принятия однозначных решений в повседневной жизни и о невозможности полноценной социальной адаптации из-за двойственности социальных оценок реальных ситуаций, данные о проявлениях недостаточного учета межличностных отношений, свидетельства о признаках противоречивости социального поведения.

В ряду этих признаков могут быть также отмечены: навязчивый самоанализ, появление самосознания «изгоя общества», чужого в семье, коллективе, развитие особого внимания к здоровью, в определенной степени меняющие стереотип жизни, появление утрированного эгоцентризма, изменения в сфере инстинктов (отношений к родителям, семье, детям), а также возможность установления причинно-следственной связи низкой социальной адаптированности с перечисленными психопатологическими проявлениями «шизотипического ассортимента».

При всей специально подчеркнутой разрозненности и нестабильности признаков «шизотипического ассортимента» при состояниях «пограничной» ремиссии они могут временно интегрироваться, усиливая друг друга. Поскольку речь идет не о психотических, а о пограничных, в прямом смысле слова, состояниях, то для дифференцированной экспертной оценки особо необходим анализ именно характера сочетанности имеющейся нерезкой патологии. Отдельные психопатологические феномены сами по себе могут и не представляться достаточно экспертно значимыми, что не дает возможности применить ст. 22 УК РФ. Однако их интеграция может приводить к новому качеству – качеству, реально ограничивающему свободу личности в конкретной ситуации социального поведения (т. е. к применению ст. 22 УК РФ). При этом существенное экспертное значение приобретает соотношение психопатологической картины с особенностями криминальной ситуации.

Когда нарушения в психическом состоянии ограничиваются не резко выраженными отдельными проявлениями психопатологии, встает самый сложный вопрос о проекции, влиянии психопатологических феноменов на оценку ситуации действия (ее атрибутирования с пониманием смыслов роли и позиции своего **Я** в ней), а также на мотивацию и форму реализации действия, которое оказалось противоправным.

Возможность применения ст. 22 УК РФ в анализируемых случаях непсихотических состояний при шизофрении подразумевает, что не просто психопатология, не только отдельные ее феноменологические образования должны интересовать судебных психиатров, а определенные их сочетания, адресно влияющие на те сферы психической деятельности (когнитивно-смысловую, эмоциональную, волевою), которые преимущественно задействованы в данной ситуации ООД.

При этом главное – установить, влияют ли имеющиеся психопатологические феномены на способность подэкспертного адекватно оценить смысл ситуации и свою роль в ней и соответственно с этим руководить своими действиями. Если была нарушена полноценность каузального атрибутирования и возможность достаточного регулирования своих действий, то применима ст. 22 УК РФ, поскольку, не имея достаточно адекватной ориентированности в этих вопросах, лицо не может в полной мере осознавать фактический характер своих действий.

Определение когнитивно-смысловых способностей подэкспертного применительно к ситуации криминального действия особенно важно, когда это действие сопряжено с ситуацией затяжных бытовых конфликтов с участием одних и тех же персонажей. Недостаточно адекватное понимание своей роли в этой ситуации и ролевых позиций сопричастных лиц дает основание к применению ст. 22 УК РФ.

Не менее важен учет этой способности в экстремальных, неожиданно возникших, особо лично значимых конфликтных ситуациях, требующих быстроты оценки происходящего для адекватного, некриминального ее разрешения. Снижение этой способности может быть аргументом в пользу применения ограниченной вменяемости.

Судебно-психиатрическая оценка «пограничных» эмоциональных расстройств в еще большей степени зависит от ситуационных обстоятельств. В одних они могут быть интактными к ситуации ООД и не исключать “полной вменяемости”, в других – свидетельствовать об ограниченной вменяемости, а в третьих – их прямая адресная задействованность может указывать даже на невменяемость.

То же самое можно сказать и о пограничной патологии волевой сферы. Наличие, например, в картине установившейся ремиссии пассивности в сочетании с повышенной внушаемостью и, соответственно, с легкой податливостью воле лидера преступной группы должно быть оценено как снижение возможности в полной мере руководить своими действиями.

Выше обоснованная необходимость проводить прицельный анализ сопряженности ситуационных факторов, относящихся к периоду совершения ООД, с особенностями психического состояния, то есть необходимость установления, какие конкретные «требования» ситуационные обстоятельства предъявляли к данной личности с выявленным набором

психопатологических расстройств, делает целесообразным использование упомянутой дифференцировки «пограничной» психопатологии на расстройства когнитивно-смысловой и эмоционально-волевой сфер психической деятельности для их сопоставления с установленными «требованиями» к этим сферам в конкретной ситуации противоправного действия.

Таким образом, каждая конкретная ситуация общественно опасного действия предъявляет свои требования (свой «заказ» на психические возможности) для социально приемлемого реагирования на нее. В зависимости от содержания этой ситуации одна и та же пограничная выраженность психопатологии может иметь различные экспертные оценки. Вопрос о содержании и роли ситуации в сопряженности с имеющейся пограничной психопатологией целесообразно решать совместно судебным психиатрам и судебным психологам в составе единой комплексной комиссии.

В тех случаях, когда нет оснований говорить об особом значении сопряженности ситуационных факторов в период совершения ООД с имевшимися отдельными, «проскальзывающими» элементами из описанного ассортимента шизотипических признаков состояния «пограничной ремиссии» должно следовать заключение о вменяемости (отсутствие признаков ст. 21 УК РФ). В других случаях наличие сочетанности этой психопатологии само по себе является достаточными критериями «неполной вменяемости». Важно подчеркнуть, что отмеченная психопатология, хотя и имеет эндогенное происхождение, но в целом, в силу своей незначительности и изолированности, лишь снижает, ограничивает, но полностью не лишает возможности осознавать фактический характер и общественную опасность инкриминируемого деяния и возможности субъекта руководить своими действиями. Надо сказать, что установление прямых причинно-следственных связей конкретно имевшейся «пограничной» психопатологии с потерей возможности «в полной мере...» не всегда может быть убедительным. Однако необходимо учитывать, что речь идет о ремиссии именно больных шизофренией с соответствующими расстройствами, умаление значения которых клинически не оправданно. Поэтому при четком выявлении вышеописанных признаков из «шизотипического ассортимента» заключение о вменяемости может быть только с добавлением «в неполной мере...», а за

этим должна следовать рекомендация об амбулаторном наблюдении в местах лишения свободы в случае осуждения.

Более того, отмеченная «пограничная психопатология» свидетельствует не только о том, что выход на уровень полного выздоровления не наступил, но и о потенциальной вероятности латентного сохранения психопатологических механизмов, актуализация которых возможна при наличии провоцирующих факторов – психогениях и интоксикациях. Все это обуславливает необходимость тщательного анализа описываемого пограничного психического состояния в сам период совершения ООД, а не только в предшествующий период или же при судебно-психиатрическом освидетельствовании. В некоторых случаях такой анализ может дать основания для экскульпации.

Сочетание признаков стабильной ремиссии на уровне «пограничной» психопатологии с психогенными расстройствами невротического уровня, вызванными реальной пролонгированной и обостренной в период совершения ООД психотравмирующей ситуацией, может обуславливать невменяемость в силу интеграции психических расстройств и их «эндогенизации». Совершение ООД в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, изменяющего при ремиссии у больного шизофренией способность правильно воспринимать поведение окружающих, ослабляющего волевою регуляцией своих действий и снижающего прогностические способности, на фоне расстройств «шизотипического ассортимента» делает клинически достоверным возможность временной актуализации более грубых эндогенных расстройств, что в целом также дает основание для заключения о невменяемости.

Зависимость экспертной оценки от конкретных ситуационных обстоятельств и сохранившихся с преморбидного периода личностных ориентаций также должна более тщательно рассматриваться на практике.

Различные экспертные оценки возможны и при постпсихотическом развитии личности. Этот вопрос сложный и старый. С.С. Корсаков (1901), описывая изменения, возникающие после душевных болезней, отмечал, что некоторые из них «выражаются не столько в форме слабоумия, сколько в форме *изменения характера*. Больной после болезни точно перерождается. У него нет прежней мягкости, доброты, нет прежнего терпения, нет самообладания. Он сделался жестоким, раздражительным, скупым, мелочным» (стр. 1057). При этом С.С. Корсаков особо под-

черкивал, что «состояния постпсихотической конституции, развивающиеся после перенесенных душевных болезней заслуживают внимания . . . и с *судебно-медицинской точки зрения*» (стр. 1058). Более полное описание этих состояний приведено С.С. Корсаковым в первом издании «Курса психиатрии» (1893): «. . . нередко больные, выписанные под рубрикой «выздоровевших», . . . сохраняя внешние признаки нормального интеллекта, тем не менее, в жизни делаются невозможными: то они очень раздражительны и придирчивы, капризны, так что становятся невыносимыми для своих сожителей, то легкомысленными, уступают всяким мимолетным побуждениям, теряют способность управлять своими влечениями. Словом, это калеки, которые по внешнему виду похожи на здоровых людей, но на самом деле суть люди с искаленным мозгом и производящие благодаря своему болезненному состоянию много поступков вредных, а иногда даже преступных» (с. 424-425).

Согласно серьезным катамнестическим исследованиям, остановка шизофренического процесса с выходом на уровень практического выздоровления не является редкостью. В этих случаях отмечаются психические особенности, которые позволяют говорить о «новом здоровье». В рамках такого «нового здоровья» при полном нивелировании психопатологических проявлений активного периода заболевания, завершении постпсихотической консолидации личности до уровня практического выздоровления могут наблюдаться признаки личностной дисгармонии. Последние при неблагоприятных условиях могут подвергаться развитию – так называемое постпсихотическое развитие личности с формированием определенных патологических черт.

При экспертной оценке постпсихотических состояний не применим медицинский критерий невменяемости «хроническое психическое расстройство»: шизофренического процесса нет, патокинез прекратился, признаки специфического дефекта не выявляются. Возможные в подобных случаях в период проведения СПЭ неглубокая астенизация, психологически понятные ситуационные реакции, например, депрессия невротического уровня, экспертного значения не определяют.

Поэтому в таких случаях длительного (в течение нескольких лет) постпсихотического состояния при отсутствии симптомов шизофренического спектра, то есть, по существу, при практическом выздоровлении должно следовать заключение о вменяемости.

Вместе с тем новые возможности экспертных оценок, открывшиеся с введением ст. 22 УК РФ, позволяют наметить дифференцированный подход к указанным состояниям постпсихотического развития личности в случаях формирования дисгармонического, психопатического склада, к которым неприменим медицинский критерий невменяемости в форме хронического психического расстройства.

В некоторых случаях вторичная психопатизация личности выражена незначительно и ее психопатология интактна к причинам и условиям совершения ООД, что однозначно свидетельствует о “полной вменяемости”. В других – наоборот, эти расстройства сами по себе исключают вменяемость. Заключение о невменяемости в таких случаях, по существу, должно основываться на применении медицинского критерия не хронического душевного расстройства, которого практически уже нет, а на констатации сформировавшихся после психотического приступа грубых личностных расстройств. Однако возможны и иные, промежуточные варианты.

Правильной судебно-психиатрической оценкой в этих сложных экспертных случаях должен служить упомянутый системный подход. Например, такая постпроцессуально нажитая личностная дисгармония, как особая уязвимость к негативным оценкам себя со стороны окружающих, гротескная некомфортность в межличностных взаимоотношениях, не исключают полной вменяемости в отношении совершения заранее запланированной кражи. Однако в конфликтных ситуациях, непосредственно обусловленных этими вновь обретенными личностными чертами, вызвавших состояние аффективной напряженности с агрессией в отношении лиц – участников конфликта, отмеченная нажитая дисгармония должна оцениваться как то психическое расстройство, которое в данной криминальной ситуации лишает возможности в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, то есть даёт основание для применения ст. 22 УК РФ.

Экспертные оценки шизотипического расстройства (F21. по МКБ-10) должны исходить из приведенного выше принципа: адресной “задействованности” имеющихся расстройств и их выраженности по отношению к инкриминируемо деянию. При этом вероятны как заключение о невменяемости, так и о вменяемости в “полной” или “неполной” мере.

Хотя само название «шизотипическое расстройство» и непривычно для отечественной судебно-психиатрической практики, вместе с тем в этой рубрике оказались включенными как раз те знакомые психиатрам клинические формы с «пограничной» психопатологией («мягкой» шизофренией), которые вызывают наибольшие затруднения при диагностике шизофрении и ее экспертных оценках: пограничная шизофрения, латентная шизофрения, предпсихотическая шизофрения, продромальная шизофрения, псевдоневротическая и псевдопсихопатическая шизофрения.

Перечисленные в F21 диагностические признаки в целом близки к понятию малопрогрессирующей шизофрении или к стационарным состояниям с картиной генетического «спектра» шизофрении. В МКБ-10 отмечено, что расстройство носит хронический характер с колебаниями в интенсивности и иногда «выливается» в четкую шизофрению, в его картине могут быть транзиторные квази-психотические эпизоды со слуховыми и другими галлюцинациями, бредаподобные и параноидные идеи, аффективная неадекватность, социальная отгороженность и др., но оно может ограничиваться и менее выраженным, «пограничным» с шизоидным личностным расстройством (F60.1) спектром проявлений.

Указанная картина в целом предопределяет вариабельность экспертных оценок при шизотипическом расстройстве от неменяемости до ограниченной и «полной» вменяемости в зависимости от интеграции этих расстройств и их «задействованности» в конкретной ситуации криминального действия – их причинности, опосредованности или интактности. Если в период совершения ООД был «квази-психотический эпизод» с эндогенно возникшими расстройствами восприятия и мышления, которые можно рассматривать как причинные факторы совершения этого ООД, должно следовать заключение о неменяемости. Возможно и обратное, когда описанная в F21 психопатология является интактной к причинам и условиям совершения ООД, – в этих случаях должно следовать заключение о «полной» вменяемости. Вместе с тем, большинство из описанных расстройств, особенно, если они сопряжены с создавшейся ситуацией конкретного ООД, могут быть обстоятельствами, лишаящими лицо способности в полной мере осознавать фактический характер своих действий (бездействия) или руководить ими.

Примерами последнего могут быть ООД, совершенные в конфликтной ситуации, возникшей именно в связи с шизотипическими расстройствами подэкспертного, исходящих из них социальной дезадаптации и низким качеством жизни. В подобных ситуациях подэкспертный не может в полной мере осмыслить истинные причины возникшего конфликта, достаточно адекватно определить в нем роль и позицию своего **Я**, а также проявить сдержанность эмоционально-волевых реакций.

ГЛАВА 5. ПРОФИЛАКТИКА ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Общественно опасные действия больных шизофренией будут совершаться всегда, пока существует социум с его менталитетом «цель оправдывает средства» – достижение личностной цели противоправным путем – вряд ли может быть изжито в обозримом будущем. Такой путь может быть лишь шире или уже в зависимости от нравственного состояний общества. Больные шизофренией как члены этого общества не могут не впитывать модели его поведения. Другое дело, что отношения «**Я** – другие» может быть психопатологически извращено, но и внутри такой извращенной системы мотивации поведения исходят из тех же социальных стереотипов, которые доминируют в обществе: пока существуют преступления, будут существовать общественно опасные деяния больных шизофренией. И они вряд ли будут составлять более 1% больных, имеющегося к настоящему времени, т.е. будут не сопоставимо меньшими, чем преступления лиц, не страдающих шизофренией.

Возможности психиатров по снижению уровня частоты этих деяний ограничены – они могут снизить количество этих деяний, добываясь купирования патологического самосознания **Я** и, особенно, психофармакологически предупреждая риск возникновения состояний с тотальным расстройством самосознания (фактор «синдром») и нормализуя отношения общества (семейного, микро- и макросоциального уровня – фактор «ситуация») к больному, стремясь достойно, без уничижительной стигматизации включать их в «этническую интеграцию» со всем обществом. Вместе с тем, все это может удерживать риск ООД лишь на минимальном уровне.

Собственно психиатрические меры профилактики ООД больных шизофренией (дифференцированный выбор принудительного лечения и его проведения (Дмитриев А.С., 2004; Дмитриева Т.Б., 1994, 2004; Котов В.П., Мальцева М.М., 1995; Дмитриев А.С., Котов В. П., Мальцева М.М., 2004; Котов В.П., Мальцева М.М., 2004; Котов В. П., Мальцева М.М., Шапкин Ю.А., Яхимович Л. А. 2004; и др.), оптимизация психиатрической помощи (Дмитриева Т.Б., 2004; Чуркин А.А., 2009; и др.), которые достаточно полно представлены в многочисленных специальных трудах, пока явно недостаточны и не приводят к снижению рецидивности ООД.

В целом, как ни парадоксально это звучит, профилактика противоправного поведения вообще, и больных шизофренией в частности, должна начинаться до возникновения заболевания – с периода становления личности. Еще знаменитый Н.И. Пирогов писал: «Цель разумного воспитания должна заключаться в постепенном образовании в ребенке ясного понимания вещей окружающего мира и преимущественно общественного, то есть того, в котором ему придется действовать... Затем результатом такого понимания должно быть возведение добрых инстинктов детской природы в сознательное СТРЕМЛЕНИЕ К ИДЕАЛАМ ПРАВДЫ И ДОБРА. И, наконец, как результат того и другого, должно входить образование нравственных современных убеждений, образование твердой и свободной ВОЛИ». Если получивший такое воспитание не имел психического расстройства – это его счастье, а если заболел, то его судьба будет протекать менее трагично для него и менее опасно для общества.

Все сказанное подтверждают результаты многолетнего (более 20 лет) катанестического исследования, которое было проведено нашими сотрудниками (Асадулаева С.М., 2004; Иванова М.Е., 2007) и посвящено факторам системного анализа. Данные этих исследований показывают, как реально складывались судьбы больных, совершивших общественно опасные деяния при применении всех рекомендуемых мер профилактики и как важно качество преморбидно сложившихся личностных особенностей.

Треть больных шизофренией, прошедших принудительное лечение, совершила повторные ООД уже в первые три года после выписки из стационара. В целом отдаленный катанез (20 лет и более) показал, что

большая часть из них (53,7%) вновь совершили ООД. При этом повторная рецидивность у одного и того же больного была в 6% случаев, что позволило говорить о больных, представляющих особо высокий риск общественно опасного поведения.

На основе анализа причины рецидивов ООД в первый год после прекращения принудительного лечения, можно установить большую роль социально-отрицательной микросреды, в которой оказывается больной. Здесь можно отметить и традиционные алкогольные эксцессы по поводу возвращения с принудительного лечения, заканчивающиеся совершением агрессивных действий в состоянии опьянения, и подсказки антисоциальных авторитетов как можно быстро материально обогатиться, приняв участие в кражах и грабежах в составе преступной группы, и даже приглашения на работу в коммерческие организации с нелегальным бизнесом для роли материально ответственного лица. В последних случаях устанавливается договоренность, что при провале организации больной всю ответственность берет на себя, поскольку он как невменяемый не подлежит материальному иску, а в последующем ему будет оказана всяческая поддержка. Такие ложные перспективы на «благоприятную» судьбу на подобных криминальных путях должны специально обговариваться с больным перед его выпиской из больницы.

Сопоставление больных без рецидивов ООД с больными, имевшими таковые, выявило различия по всем факторам системного анализа. Если в целом больные без рецидивов характеризовались положительными составляющими фактора «Личность», наличием острой психотической симптоматики в период ООД (фактор «Синдром») и устойчивой ремиссией в последующем, а также благоприятными обстоятельствами жизни (фактор «Ситуация»), то, в противоположность этому, для больных, совершивших повторные ООД, были характерны субпсихотический (психопатоподобный) уровень в структуре фактора «Синдром», определенная нравственная несостоятельность фактора «Личность» и антисоциальная среда, определяющая фактор «Ситуация».

Соответствующие различия установлены и в иерархии факторов «Синдром – Личность – Ситуация».

У больных, не совершивших за период катанестического наблюдения повторные ООД, фактор «Синдром» занимал доминирующее положение в генезе ООД (предшествующего принудительному лече-

нию), и в дальнейшем преобладала параноидная форма (параноидный синдром), но с отсутствием злокачественности. Вторыми по численности были больные с психотическими эпизодами в рамках приступообразно-прогредиентного типа течения. Соответственно купирование фактора «Синдром» оказалось главным в профилактике рецидивов ООД. Вторым по значимости фактором являлась «Ситуация» и третьим «Личность». Совершение ООД определялось в основном наличием острого психотического состояния, которое фактически нивелировало фактор «Личность».

Среди не совершивших повторных деликтов 53,0 % из них находились на постоянном амбулаторном лечении и учете с госпитализациями в периоды обострения заболевания, 28,6% - в связи со стойкой ремиссией на уровне практического выздоровления были сняты с амбулаторного диспансерного наблюдения и учета.

Достаточно устойчивый и удовлетворительный уровень качества жизни больных (обеспечение медико-социальной помощью, благоприятность микросоциального окружения, возможность активного социального функционирования) преобладал у больных без повторных деликтов, и конечно, положительно отражался на их судьбе.

В группе больных, совершивших за исследуемый период повторные правонарушения, главенствующую роль в генезе первичного ООД играл фактор «Личность», второй по значимости был фактор «Ситуация» и только на третьем месте - фактор «Синдром». Здесь имел место вялотекущий процесс с преобладанием в клинической картине психопатоподобного синдрома, с течением времени отмечалось выраженное его огрубление и появления трудно курабельных состояний. У большинства обследованных группы с повторными ООД прослеживаются социально-негативные личностные установки («асоциальная адаптация»). Несформированность морально-нравственных ценностей в структуре личности в сочетании с неблагоприятными микросоциальными условиями в ситуации ООД проявлялись в легкости совершения противоправного деяния, а психопатологическая симптоматика находила свое отражение в особенностях реализации их действий. Наибольший риск рецидива ООД прослеживается у больных при сочетании шизофренического процесса с алкоголизмом, злоупотреблением наркотическими и психоактивными веществами, с социально-негативными личностны-

ми установками и «асоциальной адаптацией» наряду с неблагоприятными условиями качества жизни.

В группе с повторными ООД на АДН состояло 78,9%, из них снятых с учета в связи с ремиссией было всего 10,5%. Приведенные цифры свидетельствуют о различии в судьбах больных в зависимости от исходного соотношения факторов системного анализа.

В целом сравнение факторов риска совершения повторных деликтов у больных без рецидива ООД и с их рецидивами показало, что у вторых преобладал психопатоподобный синдром с наличием различных агрессивных его проявлений, с недостаточно активным лечением и невысоким уровнем реабилитационных мероприятий в период принудительного лечения. После выписки этих больных на фоне нарастания антисоциальной личностной направленности, с подверженностью их к негативным социальным влияниям микросреды, диспансерная служба не уделяла должного внимания купированию данного фактора риска и коррекции личностных установок, а проявления различных агрессивных тенденций и возобновление алкоголизации не всегда приводили к необходимой госпитализации таких больных. В случаях снятия больных из этой группы с диспансерного лечения и наблюдения в связи с сформировавшейся стойкой ремиссией они находились в наиболее неблагоприятных условиях качества жизни по сравнению с обследованными группой без рецидивов ООД; факторы риска совершения ООД у больных, снятых с диспансерного учета, по отношению к состоящим на учете без ремиссии, с течением времени были более стабильными и однородными, не склонными к нивелированию.

Учет отмеченных различий должен приниматься во внимание при разработке вопросов дифференцированных мероприятий по профилактике повторных ООД. Индивидуализированные программы должны исходить не только из имеющихся данных о статике составляющих, входящих в систему «синдром, личность, ситуация» и связанных с ним уровня качества жизни, но и из данных о тенденциях к их изменению, что необходимо для определения периодичности (сроков) внесения соответствующих корректив в эти программы.

За последние 10-15 лет отмечается значительное снижение качества жизни больных за счет сложностей трудоустройства, ухудшения уровня семейного и материально-бытового устройства, возрастания негатив-

ного микросоциального влияния, злоупотребления алкогольными напитками. Сложившееся в последнее время снижение уровня оказания больным внебольничной психиатрической помощи (прекращение работы дневных стационаров, трудовых мастерских, социально-психологической поддержки, некоторого нигилизма врачей в отношении лечения больных) является значительным фактором риска увеличения количества ООД вне зависимости от синдрома и создает реальные проблемы для улучшения качества жизни больных. Все эти факторы являются предпосылками дальнейшего ухудшения судьбы больных.

Профилактика повторных ООД, риск которых обуславливается фактором «Синдром», должна быть направлена на купирование возможных рецидивов психотической симптоматики. Для профилактики повторных ООД, вероятность которых сопряжена с доминированием асоциальных установок в структуре фактора «Личность», необходимы мероприятия, направленные на социальную переориентацию больного комплексными медицинскими и психолого-коррекционными воздействиями. В случаях ООД, обусловленных фактором «Ситуация», профилактика повторных их рецидивов должна смещаться в сторону социально-адаптационных мероприятий, том числе оказания помощи в разрешении семейных конфликтов, в трудоустройстве больного и улучшении качества его жизни.

При учете всего сказанного о роли трех факторов системного анализа в определении дальнейшей судьбы больных играет динамика иерархии (негативного или позитивного) в этих факторах.

В целом в проблеме профилактики повторных ООД больных шизофренией ведущая роль принадлежит социальной реадaptации, значительное место в которой играет социальная среда.

Оздоровление миросоциальной атмосферы экстремуральной жизни больного, коррекция неадекватно негативных к нему отношений, ограждение от отрицательных социальных воздействий – важное положение психосоциальной концепции практической помощи для профилактики ООД.

Если при купировании собственно эндогенных расстройств приоритетными должны оставаться методы биологической терапии, то для восстановления социального статуса больных необходим комплекс специальных мер социального воздействия: создание благоприятной сре-

ды, трудовая терапия, культтерапия, трудоустройство с вовлечением в производственную деятельность, в том числе и в виде методов «промышленной реабилитации» (Лифшиц А.Е., Арзамасцев Ю.Н., 1975) – создания в составе крупных больниц специальных цехов, являющихся филиалами промышленных предприятий, и обеспечение больным условий жизни, приближающихся к обычной, и т.д.

Применение психосоциальных методов лечения в первую очередь требует конкретизации психического состояния, стадии заболевания, ведущего синдрома, личностного отношения больного к своему психическому состоянию, социальным возможностям и к сложившейся вокруг него социальной ситуации. Давно стало понятным, что в отношении больных шизофренией реабилитационные мероприятия представляют единый комплекс, направленный на восстановление психофизиологических функций и обеспечение максимального социального приспособления больных (Мелехов Д.Е., 1963, 1965; Кабанов М.М., 1979 и др., Полищук Ю.И. с соавт., 1988; Смулевич А.Б., Наджаров Р.А., 1983; Юрьева Л.Н., 2002; Velilla Picazo M., Rubio Larrosa V., Escrhuella M.T., 1980; Kaplan H.I., Sadok B.J., 1996; Clement M.V., Kohl L., Beau C.H., 1998; и др.)

Улучшения возможности адаптации больных шизофренией не только в состояниях ремиссии, но даже на отдаленных этапах течения процесса давно отмечены клиницистами и неопровержимо доказаны в многочисленных специальных исследованиях последних десятилетий (Мелехов Д.Е., 1963; Ястребов В.С., 1977; Штернберг Э.Я. с соавт., 1981; Fenton W.S., McAlashan T.N., 1994; Owens D.G. et al 1994; Eaton W.W. et al 1995; Hwu H.G. et al, 1995; DeSisto M.J. et al 1996; Rakfeldt J., McGlashan T.N., 1996). Роль положительного социального воздействия у этих больных возрастает. При этом наиболее значимыми для больных являются вопросы эмоциональной поддержки, улучшения коммуникативных навыков, формирования компенсаторных механизмов преодоления нарастающей дефицитарной симптоматики, адекватного отношения к болезненным переживаниям, предупреждение семейной и трудовой дезадаптации. Большое значение может иметь работа с социальными сетями больных – родственниками, друзьями, сослуживцами, общественными и иными институтами (Гурович И.Я. с соавт., 1999).

Вместе с тем, уровень социальной стимуляции должен находиться под динамическим контролем его эффективности. Недостаточная сти-

Раздел IV. СУДЬБЫ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

муляция способствует усилению «негативных» симптомов, таких как бедность речи, социальная отгороженность апатия и отсутствие побуждений. При чрезмерной стимуляции усугубляются «позитивные» симптомы, например, галлюцинации, бред беспокойство (Gelder M., Gath D., Mayou R., 1989).

В плане социальной адаптации очень важен сам характер социального стимулирования, его социальная ориентированность. Материалы судебно-психиатрической практики свидетельствуют о том, что такие побуждения могут иметь антисоциальную направленность в виде вовлечения больных в преступные группы. Социальное восстановление, в том числе возврат к трудовой деятельности, требует от больного большей сохранности интеллектуально-волевых возможностей, чем участие в пассивной роли при совершении групповых криминальных действий. Этим можно объяснить тот факт, что больные с явлениями аспонтанности более податливы внешним побуждениям именно антисоциальной направленности.

Оздоровление миросоциальной атмосферы экстремуральной жизни больного, коррекция неадекватно негативных к нему отношений, ограждение от отрицательных социальных воздействий – важная задача в профилактике ООД. Большая роль в этом принадлежит участковому психиатру, особенно, когда речь идет о больном, снятого с принудительного лечения.

В этой связи нельзя еще раз не подчеркнуть такой важный аспект работы психиатров в преодолении существующего в населении дискриминационного отношения к психически больным как использование всех доступных каналов средств массовой информации. Дестигматизационная работа должна носить постоянный характер и проводиться на федеральном, территориальном и учрежденческом уровне (Ястребов В.С. и соавт., 2009). Конечно, огромная роль здесь принадлежит СМИ, в первую очередь телевидению. Психиатры должны проявлять инициативу и активность и не упускать любую возможность для помощи больным в их судьбах путем снятия с них стигматизирующего клейма.

Весь контекст книги был посвящен тому, что шизофрения – это особый вариант жизненного существования человека (его экзистенции), обусловленный расщеплением смысловых представлений об отношениях собственного **Я** к себе, к другим, к миру, с переживаниями своего инакобытия. Все это создает реальные проблемы в жизненных судьбах людей, страдающих шизофренией. У них *особая, сложная судьба*, которая создает проблему и требует комплексного подхода к ее разрешению.

Некоторые предпосылки к проблеме. Что есть судьба человека? В «Толковом словаре русского языка (современная версия)» В.И. Даль (2000) в частности пишет: «Судьба ... – участь, жребий, доля, рок, . . ., счастье, предопределение, неминуемое в быту земном, пути провидения . . .». Можно сказать и так: судьба человека – это его жизненный путь от рождения до смерти со всеми подъемами и спадами.

Оценка судьбы, подъемов и спадов на жизненном пути изменяется на протяжении этого пути, как у самого человека, так и в конкретных мнениях его окружения и даже общественного менталитета. Как отмечалось, понятие нормативности весьма неустойчиво, это делает неопределенным понятие «нормальная судьба». Более того, то, что с внешней стороны может считаться негативным, с позиций индивида может оцениваться как прекрасное.

Эти оценки, в первую очередь, зависят от нравственных позиций, от приоритетов в смыслах жизни: как по-разному оценивают свою судьбу люди с, казалось бы, одинаковыми жизненными достижениями – материальными и социальными, и какие при этом бывают различные субъективные переживания на преуспевание или спады в осуществлении доминирующей тенденции определенной для себя судьбы. Для одного человека главным является накопить как можно больше материальных благ, быть лидером, иметь возможность властвовать, для другого главное – дать, поделиться своими благами, не властвовать над людьми и ситуа-

циями, а служить им. Если для первого все его удается, он считает свою судьбу счастливой и с пренебрежением относится к другому, но последний смотрит на первого с состраданием, и считает свою судьбу счастливой потому, что достижение его главного выходит за рамки только его жизни, и будет благом для других и после его смерти, а самостоятельность первого умрет вместе с ним, и в этот момент он будет считать себя самым несчастным. С этих разных приоритетов по-разному оценивается один и тот же материальный и социальный статус¹. Такая противоположность в приоритетах имеет место и в оценках судьбы человека лицами его непосредственного окружения и с позиций доминирующего в данное время общественного менталитета. Это – закономерности социальной психологии. По этим закономерностям оцениваются и судьбы больных шизофренией.

Измененное самосознание больного шизофренией также может иметь индивидуальные оценки, не совпадающие с «объективными». Больной может быть полностью довольным своей судьбой в аутистическом мире своих переживаний при реальной нищете и несчастным в плену персекуторных идей при действительно высоком социальном статусе. Эти различия относятся к области социальной психопатологии. Вместе с тем есть критерии необходимого и достаточного для реально приемлемого жизнеобеспечения больного, которые объективно могут его избавить от общепринятого понятия несчастной судьбы.

Судьба человека зависит от его личности и складывающихся вокруг него ситуаций – это социально психологическая закономерность, она определяется самосознанием и «неотделима от понятия свободы человека в рамках, осознаваемых им как допустимое и социально приемлемое» действие в социуме (Скворцев Л.С., 1989). Это то, что нами определяется как системные факторы «Личность» и «Ситуация». Однако при любой патологии (неважно какой – соматической или психической), когда возникает фактор «Синдром», происходит ограничение в

¹ В 70-е годы по поручению директора Института мне приходилось проводить психотерапию (в связи с драматической ситуацией в семье) члену самой высшей партийной элиты, который считал себя глубоко несчастным и был готов на самоубийство. В эти же годы слепая, нищая прихожанка православного храма признавалась мне, что ее судьба самая счастливая, поскольку она сама может приходить в церковь и участвовать в богослужении.

свободе деятельности (при каждой патологии в своем выражении). И тогда образуется новая система «Синдром – Личность – Ситуация», которая начинает определять судьбу заболевшего. Ее индивидуальность зависит от благоприятного или негативного расклада всё тех же факторов – «Синдрома», «Личности» и «Ситуации».

Эта закономерность в полной мере относится и к шизофрении, с первых клинических проявлений которой в судьбе заболевшего человека к факторам его индивидуальной экзистенции, определяемой свойствами личности и ситуационных обстоятельств жизни, присоединяется фактор «Синдром».

Сущностью фактора «Синдром» при шизофрении, как мы обсуждали в контексте книги, является расстройство самосознания, оно представляет специфический интеграл нарушений тех психологических процессов, которые формируют Я-концепцию личности на основе искаженного понимания смыслов информации из источников внутреннего и внешнего мира и являются тем проявлением схизиса, который обусловлен ксенопатией. Эти проявления в различных синдромальных образованиях можно найти на протяжении всего патокинеза заболевания, начиная с инициального.

Таким образом, тем новым, что начинает изменять судьбу человека является возникший фактор «Синдром». Этот фактор на протяжении всего периода заболевания и даже по его окончании является тем специфическим обстоятельством, которое определяет жизненную экзистенцию больного и отличает ее от существования психически здорового человека.

Именно в связи с этим необходимо возможно раннее распознавание заболевания, установления фактора «Синдром». Вот почему начало книги было посвящено непосредственно этой проблеме.

Психиатрическая, психотерапевтическая и социальная помощь должна начинаться как можно раньше. К сожалению, у значительного числа заболевших судьба прерывается суицидами. Риск суицида не менее 1 – 2% в первый год заболевания (Mortensen P., 1995; Linszen D. et al., 2001); наибольший риск (10%) в первые 10 лет (Brown S., 1997; McGorrie P.J. et al., 1998; Jobe T., Narrow M., 2005), в итоге 66% всех суицидов больных шизофренией приходится на первые 6 лет от начала процесса (Westermeyer J. et al., 1991; Mortensen P., Juel K., 1993).

Началу заболевания, его первому приступу в последнее время стало уделяться заслуженное внимание. В представленном И.А. Былимом (2009) обширном обзоре «Первый приступ шизофрении: проблемы и решения» приводятся описания «новой парадигмы шизофрении». Ее анализ позволил автору резюмировать: «Концепция ранней фазы как критической в длительной траектории шизофрении в связи с гипотетическим кумулятивным токсическим эффектом нелеченных психотических симптомов и клинико-социальными нарушениями на препсихотической фазе послужила теоретической предпосылкой стратегий и служб целевого вмешательства и протоколов лечения «ранней шизофрении» (с.10). Среди последнего обосновываются «Программные инициативы и структурные изменения психиатрических служб», «Многоуровневый и целостный терапевтический подход к шизофрении», «Внедрение атипичных антипсихотиков и психосоциальных вмешательств», «Движение самопомощи пациентов и их близких», по мнению автора, все это может дать положительный эффект и результаты терапии обнадеживающие.

В отношении помощи больным шизофренией ориентация на психофармакологическое купирование психопатологии (фактора «Синдром» как одну из сторон схизиса) всегда должна сочетаться с ориентацией на вторую сторону этого схизиса – на общепсихологические потребности и личностно-индивидуальные интересы, а также на конкретную ситуацию его жизни.

В добольничной жизни самой большой проблемой из-за различных проявлений расстройства самосознания для больных шизофренией является их социальная несостоятельность, им сложно в повседневной жизни, в контактах с другими, и на это в первую очередь должна быть направлена социально-психологическая помощь. Особую необходимость в психологической поддержке испытывают больные именно на начальной стадии заболевания (Воловик В.М., Вид В.Д., 1976; Bateson G., 1980; и др.).

В возможностях облегчения судеб больных шизофренией должно служить партнерство, возникшее в 2008 г. между РОО «Общественные инициативы в психиатрии» и Региональным благотворительным общественным фондом «Качество жизни». Это партнерство, по мнению В.Г. Ротштейна и М.С. Кулик (2009), создало возможность существенно расширить работу по распространению психиатрических знаний сре-

ди потребителей психиатрической помощи и членов их семей. Авторы утверждают, что международные и российские общественные организации накопили достаточный опыт, который доказывает, что знания, приобретенные больными и их родственниками, существенно повышают шансы на успех терапии и реабилитации больного. Это связано с двумя основными преимуществами, обусловленными «психиатрической грамотностью». Во-первых, благодаря развенчиванию мифов и предрассудков преодолевается самостигматизация больных и членов его семьи; в свою очередь, это приводит к тому, что семья выходит из изоляции и возникают условия для эффективной социальной поддержки больного. Во-вторых, благодаря информированности о своем заболевании появляется основа для формирования реального партнерства между пациентом, его родственниками и врачом. Проводимые с этой целью специальные семинары с широким обсуждением вопросов и, особенно, с приглашением на них пациентов, избавившихся от своих проблем, серьезно снижает ощущение у собравшихся безысходности положения, стимулирует больных к участию в общественной жизни и тем самым способствует их выходу из изоляции.

Если удастся нормализовать самосознание больного, если он может войти в благоприятную для него среду социального общения, если он может удовлетворяться своим трудом и найти возможность реализовывать свои психологические интересы и перестанет быть изгоем общества, то цель оптимизации его судьбы может считаться достигнутой. В этом состоит смысл первоначальной социальной реадaptации.

Однако на пути достижения этой цели много препятствий, которые должны рассматриваться в традиционной для нас системе взаимосвязанностей факторов синдром, личность и ситуация.

Прогноз течения и остановки шизофренического процесса (фактор «Синдром») всегда индивидуален и не предсказуем. Со всей определенностью можно только сказать, что это – континуум, на одном конце которого больные, пережившие лишь один приступ шизофрении и по выздоровлению больше никогда не нуждающиеся в психиатрической помощи; на другом конце – больные после длительного и безуспешного стационарного лечения, становящиеся постоянными обитателями интернов для глубоких инвалидов. В середине этого континуума и больные время от времени нуждающиеся в стационарной помощи, и боль-

ные, которые в такой помощи больше не нуждаются, поскольку им достаточно бывать на амбулаторных приемах.

При возникшей необходимости стационарного лечения судьба больного, конечно, зависит от патокинетических свойств развивающегося процесса – от свойств фактора «Синдром» и успехов его купирования. Я не буду говорить о методах фармакотерапии и в целом биологической терапии – это отдельная проблема общей психиатрии, она имеет и свои достижения, и свои разочарования. Ясно только одно, что нивелирование фактора «Синдром» или его послабление – основа на пути к социальной реабилитации больного, к оптимизации его судьбы. К сожалению, можно отметить, как показали специальные катамнестические исследования (Асадулаева С.М., 2007; Иванова М.Е., 2008), само осуществление фармакологического лечения имеет много недостатков из-за частого отсутствия адекватных состоянию больного медикаментозных препаратов и недостаточности знаний врачей в их применении.

Успех стационарного лечения, помимо адекватной и полноценной фармакотерапии, во многом определяется фактором «Личность». Научные концепции персонологии в применении к психиатрии *обязывает* врача в своей практике *искать* даже у хронически больных шизофренией те социально-личностные потенции, которые сохранились с преморбидного периода и которые должны помочь больному использовать их для целенаправленной регуляции своей жизни, для утверждения себя как личности, имеющей гражданское достоинство.

В контексте книги уделялось внимание религиозным аспектам жизни больного. Выдающийся русский психиатр XX в. Д.Е. Мелехов (1996) в статье «Психиатрия и проблемы духовной жизни» сборника «Психология судьбы» показал, что религиозные переживания «могут быть проявлением здоровой жизни, и тогда, даже при наличии болезни, они помогают больному сопротивляться ей, приспосабливаться к ней и компенсировать дефекты, внесенные болезнью в личность больного». Далее он пишет, что «врач должен с большим вниманием и уважением к личности больного объективно проследить развитие религиозных переживаний, их логические, философские и эмоциональные истоки, ознакомиться с религиозным опытом больного в прошлом и настоящем и помочь ему разобраться, разграничить, что в этом опыте непосредственно продиктовано болезнью, ... психопатологическими процессами и что

является ценным духовным опытом здоровых сторон личности, которые могут помочь в борьбе с болезнью и послужить базой психотерапевтической работы врача» (стр. 62).

Разумеется, чем сильнее личность поражена в результате заболевания, тем больший ущерб наносится ее психологической индивидуальности, однако об «обезличенности» больных в буквальном смысле слова можно говорить лишь при состояниях полного помрачения сознания. Напомню высказывания еще двух выдающихся психиатров XX века. Авлипий Давидович Зурабашвили на основе многолетнего исследования вопросов персонологии у психически больных пришел к выводу, что и на поздних стадиях шизофрении «отмечаются активные следы специфически человеческого качества – представлений о морали, добре и зле», что такие больные могли различать плохое и хорошее отношение к себе и соответственно реагировать на него. По существу положение о том, что «ничто человеческое не чуждо больным шизофренией» высказал М. Bleuler. Эти положения крайне важны для учета психологической стороны шизофренического схизиса и должны приниматься во внимание в период всего общения с больным и, особенно, при решении судебно-экспертных вопросов определения рекомендаций вида принудительного лечения и при гражданском судопроизводстве, поскольку в этих случаях реально определяются судьбы больных.

В плане сказанного при проведении стационарного лечения, как подчеркивали еще Н. Hoff (1968), М. Bleuler (1979) и ряд других их современников, необходимо отказаться от преобладающего взгляда, будто больной шизофренией роковым образом находится во власти патологического процесса и совершенно против него беззащитен, будто он «пассивно претерпевает нагрянувшую бурю психотического хаоса», утрату личной активности и разрыв с внешним миром. В начале шестидесятых годов Max и Chr.Muller, как одно из важнейших открытий современной науки о шизофрении отмечали то, что за больным шизофренией признана в рамках его психотических состояния собственная активность, которая может содержать *в себе момент самозащиты, борьбы за выздоровление.*

Это положение о возможности у больного активности в борьбе за выздоровление было принципиально новой позицией во взглядах на перспективы психосоциального воздействия в терапевтическом плане в

послевоенные годы. До этого даже признававшие роль психотравм в развитии шизофрении E. Bleuler и в особенности Maier видели в возможностях психотерапии, в первую очередь, снятие так называемой психогенной надстройки, а не воздействия на самую болезнь. Эта идея была особенно ясна и у Simon, чья «активная терапия» в дальнейшем получила широкое признание. Он также исходил из наличия не поддающегося никаким воздействиям «физиогенного процесса» и задавался лишь скромной целью создания такой лечебной атмосферы, которая мешала бы больным «чувствовать себя из-за больничной обстановки более больными, чем это соответствовало бы их основному заболеванию». По существу речь шла лишь о том, чтобы избежать искусственных вредных последствий больничного режима, которых было бесспорно много в предвоенные годы. Теперь была открыта широкая дорога для психосоциального воздействия на саму психопатологию шизофренического процесса. Позже это привело к тому, что американские психоаналитики, а также отдельные европейские психиатры стали заявлять о возможности излечения шизофрении только психотерапевтическими методами.

Однако односторонняя ориентация на психотерапию подтвердило уже упоминавшуюся истину, что увлечение одной идеей разрушает равновесие, гармонию целого, в данном случае целостного подхода к лечению больного, рационального баланса биологического и психосоциального методов воздействия на психическое состояние больного с учетом его конкретного состояния. В принципе разделение этих подходов условно, так как успешная биологическая терапия сама по себе способствует восстановлению самосознания, а открывающиеся при этом возможности социально-реабилитационных мероприятий положительно влияют на психофизиологические функции.

Не менее важен третий фактор системного анализа – «Ситуация», особенно в ее сопряженности с фактором «Личность». В этой сопряженности должна находить социально-реабилитационная направленность деонтологии с ее обращенностью к личности больного, что является традиционной для отечественной психиатрии и должна осуществляться в период всего стационарного лечения.

Деонтология как наука о должном отношении к больному по существу определилась практикой лечения психически больных задолго до

того, как сформировалось само понятие «медицинская деонтология». История отечественной психиатрии являет собой пример развития идей гуманизма, нравственных основ и принципов отношения врача к душевнобольному, которые составляют сердцевину современной деонтологии. Начинается она с уже упомянутого мной Устава, составленного в 1832 г. в Петербурге «попечителем по нравственной части» И.Ф. Рюлем, и в последующем продолжалась в земский период отечественной психиатрии.

Осознание больным того, что в разрешении проблем его судьбы есть непосредственно окружающие доброжелательные люди, способно вызвать положительный отклик, влияя на нравственные составляющие его личности.

Истинно гуманное отношение к больному, искренняя заинтересованность в его судьбе, неизменное уважение его достоинства, стремление использовать сохранные стороны его личности для максимально возможно высокой социальной реадaptации – характерная особенность земской психиатрии, опыт которой является ценнейшим фундаментом современной деонтологии. Вот, например, что писал заведующий домом умалишенных и старший врач Харьковской губернской земской больницы Павел Иванович Ковалевский в своем неоднократно переиздававшемся «Руководстве к правильному уходу за душевными больными»: «Обращение с больными в больнице должно быть всегда чело-веколюбие, мягкое, кроткое и терпеливое. Прежде всего, необходимо приобрести доверие своих больных, а приобретают его только теплым участием, терпением, ласковым обращением, исполнением разумных желаний, готовностью оказать добро и строгую справедливость по отношению ко всем больным. Ложь, обман и хитрость не имеют места в обращении с этими больными. Они слишком чутки даже к искусственности и очень не любят человека, который прикидывается только добрым».

Наставления Ковалевского служат прекрасной иллюстрацией должного в психиатрии врачебного отношения к больным. В них он четко определяет и требования, предъявляемые к личности врача: «Как хороший хирург зондирует рану только в крайнем случае, так и хороший психиатр должен касаться душевной раны больного только в виду исследования. Более чем где-либо в обращении с душевными больными

требуется искренность, человечность и любовь к ближнему. Кто не имеет этих качеств, тот не может быть хорошим психиатром».

Не меньшее внимание уделял автор и правилам должного отношения к душевнобольным со стороны среднего и младшего персонала психиатрических больниц. По существу, все современные положения деонтологии, в том числе и ее социально-реабилитационный аспект, были сформулированы земской психиатрией. Тот же Ковалевский отмечал, что «...помимо медицинского лечения душевных больных, важную роль в деле излечения больных играют обстановка их содержания», а также, что «...в высокой степени благотворно действует на душевных больных физический труд, ремесла, садовые работы и прочее». Более того, он указывал на необходимость индивидуальных, в зависимости от образования, личностных особенностей и способностей, рекомендаций к назначению трудотерапии. При этом, подчеркивал Ковалевский, главная задача врача – вернуть больному «самостоятельность, внушить к нему доверие общества, в среду которого он поступает членом» после выписки из больницы. Уместно напомнить, что в период земской психиатрии перед выпиской больного из стационара на место его будущего проживания выезжал специальный работник, который подготавливал благоприятные для него микросоциальные условия жизни.

Традиции гуманизма, сложившиеся в практической психиатрии, легли в основу теоретических положений, которые начали разрабатывать с самого начала научной деятельности созданные в России кафедры психиатрии. Иван Михайлович Балинский, возглавивший созданную в 1857 г. первую кафедру психиатрии (в составе Военно-медицинской академии Петербурга), является одним из основоположников теории «щадящей» и последующей «восстановительной» терапии. Основатель московской школы психиатров С.С. Корсаков, как о нем вспоминал П.Б. Ганнушкин « всю свою жизнь – короткую и в то же время необычайно длинную по всему тому, что он сделал, – посвятил организованной и систематической заботе о душевнобольном, защите его прав, активной любви к нему. Он учил и научил своих учеников любить душевнобольного и активно заботиться о нем: в этом его колоссальная и вечная заслуга».

Создание в психиатрических учреждениях благоприятного микросоциального климата создает предпосылки профилактики внутриболь-

ничных ООД. Для этого, конечно, необходимо соответствующее деонтологическое воспитание персонала и соответствующая материальная база. Последняя (клубы, библиотеки, мастерские и т.д.) была в дореволюционных психиатрических учреждениях на достаточно высоком уровне даже в провинциальных психиатрических больницах (Гатауллин М.М., 1998) и в настоящее время явно нуждается в укреплении.

Таким образом, для купирования собственно эндогенных расстройств приоритетными должны оставаться методы биологической терапии, но для восстановления самосознания больных, для создания предпосылок к благополучию его судьбы необходим комплекс специальных мер социального воздействия, которые должны начинаться уже в стационаре, о чем мы специально писали, говоря о профилактике рецидивов ООД.

Особую важность принципы деонтологии имеют для больных находящихся на принудительном лечении. В этот период необходим выбор такой тактики по отношению к больным, в основе которой лежал бы принцип «психической асептики» (Лурия А.Р.). Важно отметить, что соблюдение этого деонтологического принципа имеет дальним прицелом успех социальной реабилитации больного. В период пребывания на принудительном лечении для одних больных ведущим психотравмирующим обстоятельством является сам факт помещения в психиатрическое учреждение, для других актуальным психотравмирующим обстоятельством является совершенное ими противоправное деяние с непоправимыми последствиями (например, убийство). Для третьих больных психотравмирующим является связанное с совершенным деянием и помещением в психиатрическую больницу опасение социального краха (уверенность в невозможности после выписки из больницы вернуть расположение близких, продолжить достойную работу и т. д.). Эти и подобные психотравмирующие факторы имеют отличительной чертой их реальность и неустрашимость, однако данное обстоятельство не должно останавливать врача от проведения деонтологически правильно построенной психотерапевтической работы. В этом отношении приобретают принципиальное значение указания М.С. Лебединского (1971) о том, что в ситуациях, когда травмирующие «обстоятельства не должны или не могут быть изменены... психотерапия должна помочь больному изменить оценку этих обстоятельств, увидеть в них то положительное

или обнадеживающее, чего он до сих пор не замечал». При этом, разумеется, психотерапия не может строиться на заведомо ложных перспективах разрешения психотравмирующей ситуации.

Последнее обстоятельство обуславливает необходимость особо тонкого деонтологического подхода к больным, находящимся на принудительном лечении без решения вопроса об их вменяемости. Сложность клинической картины, главным образом из-за массивных наслоений психогенной симптоматики, не позволяла в этих случаях при первичном освидетельствовании решить вопрос о вменяемости, и в связи с возможностью лишь отсроченного решения этого вопроса больные направляются на принудительное лечение. В таких случаях, поскольку экспертные вопросы не решены, факторы, обуславливающие психогенные расстройства, остаются в действии.

С учетом различных вариантов реакции больного на свою болезнь и совершенное общественно опасное деяние тесно связан выбор деонтологической тактики в подготовке больного к встрече с родственниками, к его возврату в прежнюю микросоциальную среду. Восстановление утраченных социальных связей требует от врача, проводящего принудительное лечение, *учета сведений об отношении* к больному лиц, с которыми ему придется сталкиваться в повседневной жизни. Без уяснения этих особенностей даже посещение больного членами семьи может быть тяжелым психотравмирующим обстоятельством.

Для выздоравливающих больных особенно актуальным является ожидание комиссии, решающей вопрос о прекращении принудительного лечения. Мы наблюдали развитие у больного шизофренией, при попытках его расспроса во время работы комиссии, ступорозного состояния с мутизмом, хотя за несколько часов до этого в иной обстановке, при моей встрече этого больного в трудовой мастерской больницы, он мог свободно с нами беседовать. В интересах больного профилактика подобного рода осложнений, связанных с вопросом о прекращении принудительного лечения, может быть осуществлена путем предварительной рациональной терапии, моральной поддержки больного с разъяснением ему как объективных причин возможной задержки в больнице, так и широких перспектив его социальной адаптации после выписки из психиатрической больницы с возможностями благоприятной судьбы.

Проведенное нами специальное исследование динамики восстановления способности больного осознавать значимость совершенного противоправного деяния и факта пребывания на принудительном лечении, а также способности прогнозирования последующих социальных событий, показывает, что осуществление принципов деонтологии в полном объеме невозможно без индивидуального учета преморбидных личностных особенностей, степени их сохранности и измененности, конкретной психопатологической структуры на сменяющихся этапах улучшения психического состояния и при реконвалесценции [84, 86 и др.].

Все сказанное о периоде пребывания больного в стационаре относится к образованию системы «врач – пациент». Ее морально-этические характеристики непосредственно отражаются на судьбе больного. Если врач – заботливый, действительно вселяющий положительные нравственные тенденции и надежду на благоприятное решение проблем, и способен вносить позитивную коррекцию личности – можно утверждать, что это существенное подспорье в судьбе больного. Но современная реальность этой системы «врач – пациент», к сожалению, становится все более далекой от образцов земской психиатрии, и отношения, основанные на любви к больному, все обнаженнее подменяются корыстными интересами врача, что негативно для судьбы больного.

После прекращения стационарного лечения при отсутствии необходимой поддерживающей терапии судьба больного определяется факторами «Личность» и «Ситуация». Позитивная личностная ориентация помогает формированию достойной судьбы больного. Наоборот, негативные установки – залог дальнейших жизненных проблем. Такая же альтернатива прослеживается и по фактору «Ситуация».

Оздоровление миросоциальной атмосферы экстремуральной жизни больного, коррекция неадекватно негативных к нему отношений, ограждение от отрицательных социальных воздействий – важная задача в дальнейшей помощи в судьбе больному. Большая роль в этом принадлежит участковому психиатру, особенно, когда речь идет о больном, выписанном с принудительного лечения.

В случаях полного выздоровления достаточна психотерапевтическая работа с пациентом для достижения деонтологически правильного отношения к перенесенному психозу. Участие психиатра как терапевта при отсутствии фактора «Синдром» себя исчерпало, хотя во многих

случаях ему необходимо проводить психокорректирующую работу в социальном, в первую очередь, семейном окружении пациента, а также оказывать ему помощь в разрешении бытовых проблем.

Но здесь могут возникать трагические последствия, связанные с социальной стигматизацией. Типичным примером служит следующее наблюдение:

Выписанный из стационара в состоянии полноценной ремиссии К. имел установку на трудовую реабилитацию, но из-за того, что требовалась справка из диспансера, ему было трудно найти подходящую работу: указанное в ней резко ограничило круг возможностей. К. все же сумел поступить на профессиональные курсы, получение специальности по которой позволяло начать трудовую жизнь. Поначалу все складывалось хорошо, получал премии, однако стали возникать напряженные отношения в коллективе. К. как не курящий и трезвенник не выходил на перекуры и не участвовал в традиционных для его сотрудников алкогольных ритуалах завершения трудового дня – в конце концов, он стал чужим в трудовом окружении, а когда узнали, что лечился в «психушке», сделался постоянным объектом насмешек и был вынужден уволиться. На новом месте работы повторилась та же ситуация, что на первой, и К. вновь был вынужден искать работу. У К. появилась девушка, с которой сложились взаимные симпатии, но она перестала с ним встречаться, узнав, что он длительное время был на психиатрическом лечении. Так К. понял, что из-за «клейма шизофреника» у него нет перспектив на жизнь, и совершил суицид.

Более сложные проблемы возникают, когда не удается добиться глубокого и устойчивого состояния ремиссии, хотя психотическое состояние уже купировано. Общие положения помощи больным при таких состояниях обсуждены в предыдущей главе о профилактике рисков ООД. Можно их подтвердить исследованиями ВОЗ, на основании которых Escoffier-Lambiotte (1986) подчеркнул значение положительного социального воздействия в судьбе больного: «Изменение, которое вызывает в характере развития шизофрении социальное, семейное или культуральное окружение и которое документально продемонстрировано в отчетах ВОЗ, приводит к важному выводу о возможной эффективности внедрения психотерапевтических методов (или семейной терапии), которые дополнили бы химические способы лечения шизофрении». При этом

было отмечено, что степень терпимости семьи, оказывается, играет большую роль в развитии болезни, и большие семьи традиционных обществ были гораздо более терпимыми, чем малые семьи современного западного типа. Вместе с тем в случаях, когда больные являются одиночками, при затухании прогрессивности процесса к 60 годам даже при раннем начале заболевания, выявляется относительная психическая сохранность, позволяющая им заниматься трудовой деятельностью, быть достаточно коммуникабельными и удовлетворенными своим положением, даже если они проживали в одиночестве (Друзь В.Ф. и Олейникова И.Н., 1999).

Совершенно очевидно, что в судьбе больного шизофренией существенную роль играет его отношение к ПАВ (в первую очередь, к алкоголю и наркотикам), что наиболее пагубно проявляется в молодом возрасте: такие больные чаще дают социальный спад и совершают криминальные действия. Негативная сторона этой проблемы так же ясна, как не ясен способ ее преодоления.

В контексте книги были приведены конкретные примеры разных судеб больных шизофренией: вполне благоприятные (чемпион мира по шахматной композиции, высшие награды страны, относительно спокойная, удовлетворяющая семейная жизнь), и прямо противоположные (трагедии самоубийств и даже убийств любимых родителей и детей, терзания в квазирелигиозных исканиях, не говоря уже о полной неспособности к социальной адаптации или о рецидивности общественно опасных действий). И все эти судьбы так или иначе лишались полноценности или ломались в связи с проявлениями нарушенного самосознания.

В качестве эпиграфа этой книги стоял призыв понять потерявших свободу и единство своей личности и помочь им – по существу имелась в виду потеря самостоятельности самосознания. Выдающийся психолог С.Л. Рубинштейн (1946), характеризовал самосознание как личность, как **Я**, которое в качестве субъекта присваивает себе все, что он, человек, относит к себе – все исходящие от него дела и поступки и сознательно принимает на себя ответственность в качестве их автора и творца. Судьба человека определяется этим самосознанием, но при шизофрении теряется свобода и единство такого самосознания из-за

вторжения ксенопатии. Только освободившись от всех ее проявлений можно вновь стать «автором и творцом» своей судьбы.

Но даже, если не удастся полностью освободиться от всех этих проявлений, самым благоприятным в судьбе больного остается возможность войти в «этнический интеграл» – возможность совместного участия в одной деятельности с психически здоровыми в результате преодоления последними своего «этноцентризма», о чем писалось в начале книги. Напомню, что для этого необходимо выполнение наставления доктора Рюля: не страшиться признать больного «себе подобным» и оказать ему «благодетельную помощь». Оказание такой помощи, основанной на любви к потерявшему свободу и единство своей личности, прошло красной нитью через историю отечественной психиатрии и не должно подменяться какими-либо соображениями выгоды.

ПРИЛОЖЕНИЕ – КЛИНИЧЕСКИЕ ИЛЛЮСТРАЦИИ

В приложении 5 клинических иллюстраций к тексту книги, каждая из которых показывает важные аспекты сопряженности шизофрении (обоснованности ее диагностирования, влияния особенностей психопатологии, личности и ситуации) с судьбами больных:

№ 1 – Типичный пример клинической несостоятельности диагностического догматизма.

№ 2 – Пример трагической судьбы больной, убившей свою дочь по фабуле неокульты, интегрированной в психотическое состояние.

№ 3 – Ошибочное диагностирование шизофрении у психически здорового адепта неокульты.

№ 4 – Реально сложный случай диагностирования в условиях судебно-психиатрической экспертизы.

№ 5 – Особая опасность религиозных фабул бреда с феноменом ксенопатии.

Все примеры приведены из личной практики автора.

№ 1 – Типичный пример клинической несостоятельности и диагностического догматизма

Больной К., 24 лет, аспирант, обвиняется в совершении убийства своего научного руководителя.

Наследственность отягощена: бабка по линии матери страдает шизофренией, мать – математик, с признаками шизотипического расстройства, но у психиатров не лечилась. Отец психически здоров. В детстве К. развивался с некоторым опережением сверстников. В 8 лет во время ДТП перенес черепно-мозговую травму с потерей сознания. После лечения в стационаре продолжил обучение в школе, успеваемость улучшилась в старших классах, отличался хорошими математическими способностями. По характеру был «формально общителен» – не чуждался коллектива, но друзей не имел и предпочитал проводить время за компьютером. С 14 лет начал замечать, что «в

общении с компьютером» у него устанавливается с ним «биоэлектрическая связь», при этом возникает чувство появления второго «Я», которое обладает «программатическими способностями» предопределять поступки и высказывания других людей. Сразу после окончания школы без труда поступил на физико-математический факультет.

На первом курсе стал чувствовать, что на его голову «наводят наводку», от этого трудно концентрировать внимание, «перебиваются мысли». Объяснял это тем, что в лабораториях, где он занимался, недостаточно экранированы приборы. С целью предохранения «от наводки» сделал металлическую сетчатую шапочку, которую проводом соединил с каблуком, а к нему прикрепил металлическую накладку для заземления. Эту шапочку надевал, когда работал с приборами. Некоторое время она помогала, но потом «электронное воздействие на голову» возобновилось, стал ощущать, что от этого «двоились мысли». «Чтобы понять данный феномен», начал изучать литературу по биоэнергетике. По этой теме сделал удачный обзорный доклад на студенческом кружке. Однако общая успеваемость снизилась. По совету отца проконсультировался у психиатра, который диагностировал астеническое состояние, связав его с перенесенной в детстве ЧМТ, и рекомендовал К. взять на год академический отпуск.

Во время этого отпуска К. стал чувствовать, что электронное облучение его головы усилилось, начал искать источник излучения, следить за автомашинами, которые паркуются напротив окон его квартиры, и определил, после парковки какой-то из них у него резко путаются мысли. Решил проверить содержимое этой машины и, разбив окно, проник в ее салон и пытался вынуть радиоприемник. Был задержан владельцем автомашины и обвинен в попытке кражи.

Учитывая, что попытка кражи была совершена во время рекомендованного психиатром академического отпуска, К. направили на судебно-психиатрическую экспертизу. При амбулаторном освидетельствовании отрицал криминальный характер проникновения в чужую автомашину, объяснял, что искал прибор, который вызывает путаницу мыслей, много рассуждал о биоэлектронике и современных возможностях дистанционного воздействия на мозг. Утверждал, что научной разработке этой проблемы посвятит свою жизнь. К. был установлен диагноз шизофрении (с предположительной давностью процесса с 14 лет), и он был направлен на лечение в психиатрическую больницу на общих основаниях. Назначено лечение стелазинном и га-

лоперидолом. Чувствовал заметное улучшение, «мысли стали собранными», мог часами сидеть за чтением специальной литературы, ощущение «воздействия на мозг» прекратилось. Через 4 месяца был выписан из больницы до окончания академического отпуска и продолжил обучение в ВУЗе.

После лечения успеваемость заметно улучшилась, блестяще защитил диплом и был оставлен в аспирантуре. Добился, чтобы тема кандидатской диссертации имела отношение к биоэнергетике. Уже на первом году обучения в аспирантуре написал на эту тему статью, опубликованную в зарубежном журнале. Гордился своими успехами, пытался все делать сам, без помощи научного руководителя. Вскоре заметил, что последний ревниво относится к его успехам и пытается его дискредитировать. Затем стал замечать, что научный руководитель «занимается плагиатом»: выдает за свои те научные идеи, которые ему не принадлежат. Эти идеи К. считал собственными разработками, о которых он никому не сообщал и даже не оставлял на компьютере, все держа в голове. Понял, что научный руководитель ворует эти идеи, сканируя его головной мозг электронным прибором. Стал временами чувствовать, как этим прибором научный руководитель подключается к его мозгу – в голове происходила «остановка мыслей», после чего «терялась главная идея». Начал в оскорбительной форме обвинять своего руководителя в плагиате, требовал общественного суда над ним. Создалась конфликтная ситуация, в которой, к удивлению К., он не находил поддержки со стороны других сотрудников кафедры. Это дало ему повод считать, что научный руководитель сформировал вокруг него «враждебный лагерь». С этим временем совпал юбилей у научного руководителя, и К. решил на банкете вывести его на чистую воду, открыв всем глаза не только на его плагиат, но и на преступный метод использования специального прибора для «кражи идей». Во время юбилейного банкета К. пытался реализовать свой замысел и после двух рюмок водки вместо поздравления начал свою обличительную речь, не стеснясь в бранных выражениях. Его пытались урезонить, в завязавшейся потасовке К. удалось схватить тяжелую пепельницу и с силой бросить ее в голову юбиляра. Удар пришелся в висок, пострадавший тут же потерял сознание и умер до приезда скорой помощи.

По обвинению в убийстве К. был помещен на стационарную экспертизу. В служебной характеристике указывается, что К. – способный, подающий надежды аспирант, но крайне амбициозный, уже счи-

тающий себя большим ученым и вообразивший, что результатами его открытий незаконно пользовался его научный руководитель. Этим он создавал на кафедре конфликтную обстановку. Его деяние объяснялось «пьяным буйством психопата».

Неврологическое состояние: правая глазная щель шире левой; слабость конвергенции с двух сторон. На ЭЭГ выявлены «нерезко выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности мозга регуляторного характера со снижением активности коры головного мозга». Заключение невропатолога: «Остаточные явления перенесенной в детстве ЧМТ».

Психическое состояние. «В ясном сознании, активно добивается бесед с врачом. Не отрицает содеянного. Объясняет его конфликтной ситуацией на кафедре и провокацией своего научного руководителя. Заявляя, что последний заслуживал наказания, но «убивать, конечно, было не нужно», «видимо, я сильно опьянел и не рассчитал свои действия». В беседе держится амбициозно, говорит, что его труды уже опубликованы за границей, а он «тот ученик, который быстро превзошел своего учителя». Этим объясняет ревность сотрудников и конфликтную ситуацию на кафедре. Отказывается сообщить о сути своей научной работы, ссылаясь на «гриф секретности». В отделении держится обособленно, заявляя, что он ученый, «а не какой-то там уголовник». Озабочен исходом уголовного дела, переживает за родителей, говорит, что «был невменяемым и готов несколько месяцев отлежать в больнице, а потом вернуться в аспирантуру». Свою «невменяемость» упорно пытается доказать тем, что «отключился» и что это с ним бывает после травмы головы. Свое прошлое привлечение к уголовной ответственности объясняет «техническим любопытством»: «Просто хотел посмотреть, что за устройство установлено в автомашине». «Эмоционально лабилен, бреда и галлюцинаций не выявлено, мышление последовательное, критическое отношение к содеянному и своему состоянию не нарушено».

Экспертное заключение: «Остаточные явления перенесенной в прошлом ЧМТ с психопатизацией личности», инкриминируемое деяние совершено в состоянии простого алкогольного опьянения. Установленный 5 лет назад диагноз шизофрении не находит клинического подтверждения. Вменяем.

Принятое экспертами заключение основывалось на анамнестических данных о перенесенной в детстве тяжелой ЧМТ с развившейся

психопатизацией личности (непомерная амбициозность, конфликтность, возбудимость), на результатах неврологического и ЭЭГ-обследования, а также на психологически понятных действиях К. в созданной им же конфликтной ситуации в состоянии простого алкогольного опьянения. Ранее установленный диагноз шизофрении отвергался на основании отсутствия специфического дефекта личности и «какой-либо продуктивной психопатологической симптоматики», что должно было бы обязательно, по мнению экспертов, быть при 10-летней давности процесса. В обосновании этого заключения легли и наличие адекватных эмоциональных проявлений, высоких интеллектуальных способностей, социального роста, а также мотивация ООД, вытекающая из черт личностной дисгармонии с пониманием своей вины, и установка на уход от уголовной ответственности.

Суд не согласился с экспертным заключением, данным в период предварительного следствия, и определил проведение повторной стационарной экспертизы, на которую К. поступил через 6 месяцев.

По сравнению с предыдущей экспертизой каких-либо изменений в неврологическом и психическом состоянии не произошло. Однако эксперты прицельно и тщательно провели расспрос К. о появившемся у него в 14-летнем возрасте чувстве второго Я, об особых «программатических способностях» предопределять действия других лиц, об «электронном воздействии» из автомашины, о причинах «экранирования» головы, об особом интересе к биоэлектронике, к аппаратуре, влияющей на мозг и вызывающей специфические ощущения путаницы и остановки мыслей, о «технологии» краж его научных идей. В результате проведенной экспертной работы был выявлен отчетливый параноидный синдром, из фабулы которого вытекала бредовая мотивация ООД. Это показало, что приведенные первичной СПЭК контраргументы диагноза шизофрении оказались несостоятельными, хотя и соответствовали реальности, если не считать главного – наличия достаточно яркого проявления феномена ксенопатии.

Еще выдающийся немецкий психиатр А. Kronfeld (1940) писал: «Характерно, что шизофрения обычно не проявляется при совершенно нейтральных вопросах и ответах из повседневной жизни. Она выступает лишь, когда затрагиваются аффективные комплексы и личные переживания больного». Именно этот «комплекс» и эти личностно значимые

переживания не раскрыли эксперты при первичном освидетельствовании. Только при повторной СПЭК после того, как К. было предложено провести собственный анализ всех его необычных ощущений с последовательным изложением не столько их содержания, сколько объяснения возможной «технологии» воздействия на мозг, представилось возможным верифицировать диагноз, установить влияние выявленной психопатологии на конкретное поведение больного и причины совершенного ООД.

Данное наблюдение иллюстрирует, что проблемы в диагностике шизофрении создают не только особый полиморфизм ее психопатологии, но и, несомненно, сохранные, интеллектуальные и эмоциональные, возможности больных, которые могут дезориентировать экспертов и предстать как контраргументы диагноза этого психоза. Остановка диагностического поиска на фактах перенесенной ЧМТ, возникшем состоянии астенизации и наступившей личностной дисгармонии, облегченное объяснение ООД алкогольным опьянением и реальной конфликтной ситуацией представляются типичной «логикой» диагностических ошибок по принципу *post hoc ergo propter hoc*.

№ 2 – Пример трагической судьбы больной, убившей свою дочь по фабуле неокульты, интегрированной в психотическое состояние

Поскольку догмы всех тоталитарных сект представляют собой «псевдологические истины», имеющие глобальный и непреодолимый характер, то у принявших их адептов они явно искажают адекватность смысловой ориентировки личности в своем бытии и в ситуации действия и, соответственно, могут интегрироваться с психопатологическими расстройствами эндогенного происхождения, создавая существенный риск грубого нарушения социального поведения вплоть до совершения ООД.

Представленное ниже клиническое наблюдение показывает тесное переплетение психопатологии шизофрении с фабулой псевдорелигиозного учения одной из таких сект. Речь пойдет о трагической судьбе больной шизофренией, оказавшейся в путях секты «Светоносцев Мира».

Больная М., 41 год, обвиняется в убийстве своей 6-летней дочери. Росла и развивалась, не отставая от сверстников. В школу

пошла с 7 лет. Всегда была общительной, активной, педантичной, целеустремленной, безвозмездно оказывала помощь другим. Во всем стремилась быть первой, ревностно относилась к школьным оценкам. Со школьных лет увлекалась спортом, имеет второй разряд. С отличием закончила и среднюю школу, и техникум с красным дипломом, работала по специальности, училась на вечернем отделении политехнического института. В 1982 г. вышла замуж, но через 2 года инициировала развод из-за алкоголизма мужа.

В 1986 г. стала ощущать «усталость от жизненных неурядиц», потеряла тонус, появились чувство какой-то внутренней «измененности и неопределенности», сомнения «в линии своей жизни», стала задумываться над своей судьбой. Чтобы собраться с мыслями и отдохнуть, уехала в деревню. М. в надежде «получить ориентиры в жизни» обращалась к гадалке. На обратном пути домой в поезде случайно познакомилась со священником, заинтересовалась его рассказами на исторические темы и об основах православия. Появилось чувство существования Бога, который может дать ей защиту в жизни.

В 1987 г. вторично вышла замуж, однако, через 6 месяцев развелась из-за скандалов с мужем, который жестоко избил ее. Опасалась, что муж убьет ее, скрывалась от него, уволилась с работы, сняла квартиру, поменяла место жительства.

В 1989 г. заключила третий брак. В 1990 г. родилась дочь. Беременность протекала без патологии, роды в срок. В возрасте 1 месяца у ребенка развилась желтуха новорожденных, стали нарастать симптомы энцефалопатии. Много времени посвящала ребенку. Появилось чувство непроходимой усталости, раздражительность, конфликтность. Была недовольна своим состоянием, мужем, считала, что он стал циничен, пренебрежителен по отношению к своей семье. Появились частые головные боли. В течение 3 месяцев ощущала резкое снижение работоспособности, апатичность, большинство времени проводила в постели. В 1991 г. у дочери выявили патологию почек.

С этого времени появились мысли о наведенной на семью порче, о том, что люди из окружения мужа занимаются энергетическим вампиризмом. Стала интересоваться нетрадиционной медициной, биоэнергетикой, собиралась таким образом вылечить дочь. Со временем обнаружила у себя способность с первого взгляда определять, кто из целителей может ей помочь, а кто принесет

вред. В этом же году решила, что муж ей изменяет, якобы отлучаясь в командировки, он тайно посещает любовницу. Сделала аборт, чтобы «не творить детей от этой твари». Подозревала секретаршу мужа. Ходила к ней, угрожала навести порчу. Выгнала мужа из дома.

В 1992 г. поехала в Москву в школу Юрия Лонго. Окончила месячный начальный курс, получила диплом колдуна-бакалавра, продолжать обучение не захотела, поняв, что Лонго черный колдун. В этом же году стала заниматься в Московской академии нетрадиционной медицины Федоренко. Полученные знания применяла в жизни, лечила дочь травами и гомеопатией. Кроме того, обучалась то у экстрасенса, то у целителя-колдуна, то на курсах трансцендентной медитации.

Все это время муж помогал материально, давал достаточно средств на воспитание дочери, но М. в 1993 г. добилась развода. В конце 1993 г. муж пробовал восстановить отношения, часто навещал дочь. Однажды он пригласил М. в фешенебельный ресторан. В его поведении многое казалось ей подозрительным, когда он отлучился из зала, один из посетителей ресторана пригласил ее на танец. В его речи услышала фразу: «Далеко не уйдете!». Поняла, что нужно спасаться, потащила вернувшегося мужа к машине. Заметила идущих за ними людей, одному из них брызнула из газового баллончика в лицо. Неожиданно выскочили какие-то люди, жестоко избили мужа, причинив ему увечье. После случившегося жизненная ситуация казалась ей безвыходной.

В 1995 г. в поисках «духовной опоры» согласилась с приглашением познакомиться с новым культом «Светоносцы Мира». Увлечлась учением этой секты. Изучала религиозную литературу под руководством опытной наставницы. С конца 1996 г. начала интенсивно использовать Интернет, чтобы войти в контакт с находящимся в США центром секты и установить личные связи с «приближенными». Нашла себе постоянного партнера по переписке, возникло чувство мысленной связи с ним. На этом фоне в 1997 г. развилось состояние непрерывного беспокойства, испытывала чувство неудовлетворенности собой, окружающими. Стала подозрительной, считала, что все друг друга обманывают. По указанию наставницы начала особо усердно вникать в смыслы «Велений» и заниматься медитацией. Тогда впервые услышала звучащий в голове добрый, нежный и теплый голос бога Эль-Мория. Ощутила состояние восторга и счастья от

осознания того, что она приходится божьей дочерью. Голос говорил о справедливости, о нравственности, о деньгах, о политике, о взаимоотношениях человека с богом, о наступлении эры Водолея и необходимости борьбы с силами зла, сатаной. Стала действовать по велению мыслей, вкладываемых ей в голову богом. Была счастлива от осознания того, что вместе с богом борется за процветание человечества. Расклеила на дверях квартир своего дома объявления угрожающего характера, подписываясь как «мать Эль-Мория». Разбила соседке дверной глазок «со встроенной видеокamerой». Тогда же в своей квартире начала «строить рай» из уличных камней, представляя себя властелином земли, женой Эль-Мория – вознесенного владыки, бога, который способен материализоваться в теле любого земного мужчины. В таком состоянии бригадой скорой помощи была впервые госпитализирована в психиатрическую больницу. В стационаре находилась 2 месяца. В результате активной терапии нейролептиками продуктивная симптоматика редуцировалась. Выписана с диагнозом: «Органический аффективный психоз» в августе 1997 г.

После выписки продолжила посещение секты, читала там новые послания «Светоносцев Мира», переведенные на русский язык в которых, в частности, говорилось о необходимости «дать решительный бой сатане». Члены секты приветствовали ее усердие, рекомендовали еще глубже вникать в предписания «Велений». На этом фоне с января 1998 г. вновь стала слышать голос бога, звучащий внутри головы. Голос поведал, что «по всемирному календарю Рериха» 22 марта наступает новая эра. Следила за приближением этой даты. За три дня до наступающего события, услышала голос, который сообщил: «Если хочешь, чтобы людям было хорошо - начинай». В ночь с 21 на 22 марта не спала, «весь организм был поглощен борьбой между добром и злом». Затем «бог показал», кто живет в ее дочери. В виде цветных картинок увидела сцены своего зверского убийства от руки девочки, как та вывернет ей руки, отрежет стопы и кисти, отрубит голову, чтобы Господь не возродил ее на небе. Во время беседы с «богом» на кухню вошла дочь, как казалось М. «в образе дьявола». Поняла, что дочь пришла ее убивать, и что предотвратить свою гибель можно только тем, что сама «убьет дьявола в теле дочери». Голос бога Эль-Мория отдавал приказы: «Убей, убей, убей». Тогда, ударив дочь между глаз горячей свечой, связала ей платком руки и ноги, била, пыталась

задушить. Когда дочь перестала двигаться, зажгла свечу, провозгласив себя богиней любви Валентиной. Вдруг опять увидела «дьявола в виде воскресшей Насти». «Тогда началась последняя кровавая битва». Была дочь по голове и телу деревянной вешалкой, молотком. Затем перетащила труп в комнату, переломала руки в кистях, сняла одежду, стригла волосы на голове и положила тело на полу в виде креста, лицом вниз. В какой-то момент почувствовала, что давно не слышала «ласкового, как колокольчик голоса дочери». Попыталась оживить дочь молитвами, совершала религиозные ритуалы.

Когда 24 марта ее в таком состоянии застали соседи, она сразу была госпитализирована в психиатрическую больницу. Там в течение первых 2 недель находилась в остром психотическом состоянии: то делала какие-то нелепые движения телом и руками, то рвала и разбрасывала вещи, то сидела на кровати в вычурных позах для «энергетической подзарядки». Была напряжена, подозрительна. Все это время находилась в состоянии неустойчивого аффекта, с преобладанием повышенного фона настроения, перемежающегося с периодами его снижения, плаксивостью. Затем стала преобладать апатия с амбивалентностью и неадекватными эмоциональными реакциями в оценке содеянного: то сожалела, плакала, говорила, что должна теперь наложить на себя руки или уйти в монастырь, то с радостью заявляла, что душа дочери спасена, а сатана убит. Просила отпустить ее домой заплатить за квартиру, то с явным удовольствием рассказывала о контактере из интернета. Себя называла только Валентиной - женой бога Эль-Мория. Гордо заявляла, что совершила подвиг, убив сатану в теле дочери, будучи уверенной, что через несколько дней произойдет ее воскрешение. Через неделю лечения нейролептиками, отметила исчезновение ощущения, что ее телом кто-то управляет. Через 2 недели пребывания в стационаре, после увеличения дозы галоперидола постепенно снизилась актуальность бредовых идей. Стала сомневаться в возможности воскрешения дочери, отметила исчезновение голоса «бога», который слышала ранее внутри головы. В течение следующей недели начало формироваться критическое отношение к своему состоянию и совершенному убийству дочери. Часто вспоминала о дочери, много плакала, обвиняла себя в содеянном, просила отпустить на могилу дочери.

В таком состоянии М. была освидетельствована СПЭК, которая пришла к заключению, что она страдает шизофренией и невменяема.

Родственники со стороны мужа, подозревая М. в симуляции, были не согласны с этим заключением и потребовали его пересмотра. Ей была проведена повторная ССПЭ, которая подтвердила первое заключение.

С ноября 1999 г. М. находилась на принудительном лечении. Психическое состояние. Знает, что находится в психиатрической больнице на лечении. Охотно делится переживаниями. При воспоминании о содеянном наворачиваются слезы, понимает болезненный характер своего состояния в тот период. Эмоционально высказывает опасения повторных обострений. Надеется, что аккуратный прием лекарств позволит избежать их. Продуктивной психотической симптоматики нет. Расстройств мышления и эмоционально-волевых нарушений не отмечается. М. общается с сохранными больными, много читает, находится в курсе всех литературных новинок. На свиданиях с матерью доброжелательна, интересуется здоровьем родных. Подтягивает по математике приходящего на свидания племянника. Однако категорически отказывается от активных попыток ее навестить наставницами из секты. Считает, что они «запутали» ей голову. По мере пребывания на лечении все более свободно рассказывает о вовлечении в секту и своих переживаниях, приведших к трагическому событию.

Согласно описанию М., «в группе «Светоносцы Мира», создана очень интересная концепция формирования души человека. У меня самой были какие-то поверхностные знания обо всем понемногу: об астрологии, о целительстве и т. п. Но когда я стала читать литературу «Светоносцев Мира», я подумала: «О да, ведь это как раз то, что мне нужно – здесь есть ответы на все вопросы». Там связь даже не просто с астрологией, а с космической астрологией, причем эта информация от Пророка, которая живет в Америке. Там существует очень мощная группа с 1984 или 1986 г. Каждому предписывают читать «Веления» по три часа в день минимум. Допустим, я читаю эти «Веления» 23 марта для того, чтобы скорректировать свою карму, то есть избавиться от негативов, накопленных в прошлом воплощении. Понимаете, как это интересно? Вы можете на что-то повлиять, что-то изменить. Ты не просто приходишь в Православную Церковь, молишься, причащаешься и ждешь чего-то, а берешь руль в свои руки и становишься, как бы хозяином своей судьбы. Единственное условие – читать «Веления». Разве это не здорово? Это же элементарно

просто и заманчиво. Когда, находясь уже в психиатрической больнице, я переоценивала свое состояние, я задавалась одним вопросом: как же я не уловила нюанса агрессии в этих «Велениях». Ты как бы обращаешься к светлой иерархии (Архангелу Михаилу) и не просто просишь, а требуешь помощи. Ты не маленький человек, а ты сам чуть ли не владыка и в твоих руках не просто судьба, а чуть ли не судьба всего человечества; ты не простой смертный, а что-то можешь изменить, и даже не изменить, а всю эту нечисть разогнать. Ты требуешь у этих светлых сил, чтобы они связали этого стража порока, который является символом зла. Чтобы его убрали и освободили землю. Когда читаешь «Веления», у тебя развивается эгоистический стержень. Все «Веления» заканчиваются словами: «Я и Эль-Мория – одно». Постепенно и мне стало казаться, что я и Эль-Мория – одно, что я – его пламенный близнец, его невеста и, как говорится, пошло-поехало. Тем более в моем окружении, появился астролог, который подбирал мне специальную литературу. Я иногда пишу стихи и мой астролог (женщина) говорила мне: ну надо же, у тебя стихи как у Эль-Мория; посмотри, у тебя же с ним один стиль, ты подумай, ведь пламенный близнец у Эль-Мория находится на земле. Я тебя познакомлю с одной «яснослышащей». Привела ко мне в дом какую-то женщину, которая стала набиваться ко мне в подруги. Звонила мне, писала какие-то записки и говорила, что она в контакте с Эль-Мория и это он пишет мне эти записки. В записках были какие-то объяснения в любви и т. п. И вот я читаю «Веления», представляю, что моя сущность контактирует с Богом. У меня связь с вознесенным владыкой Эль-Мория. Дальше пошли подтверждения, что я его пламя-близнец (а, значит, и жена). И вот я – жена самого Эль-Мория, появилась мания величия, что я не просто так на земле, а для того, чтобы очистить атмосферу на земле и люди стали бы чистыми. Я искала сатану и вышла в бой с темными силами, поскольку я – пламенный близнец самого Эль-Мория. Я должна была сразиться с самим сатаной, а он находится на земле в каком-то облике и мешает людям жить. Я должна найти сатану и убить его. Два или три дня я громила и выкидывала вещи. А когда я достигла апогея в своем состоянии, помню, что я зашла на кухню и дочка подбежала ко мне, стала что-то говорить и у меня возникла мимолетная картинка, что у нее вместо лица свиное рыло и для меня это явилось доказательством

того, что сатана в ней. И тут я поняла, какую на меня возложили задачу. По концепции Эль-Мория, божественная сущность не умирает, я должна убить только тело, потому что в тело спрятался сатана, он материализовался через мою дочь. Если я убью тело, то божественной сущности моей дочери не будет никакого вреда, а спасу ее от сатаны, выполню свою миссию и спасу людей».

То, что М. страдает шизофренией, в особых доказательствах не нуждается. Проблема данного наблюдения сложнее: как в психопатологическую линию развития эндогенного процесса вплелась и стала стержневой фабула квазирелигиозного учения. При всей нелепости этого учения М. восприняла его (как и другие адепты секты) полностью, без критики, и, что самое главное, оно не нашло фабульного психопатологического видоизменения. Стало быть – это не ее индивидуальное бредовое творчество как позитивный синдром, а индуцированное бредовое образование.

В анамнезе М. с 1986 г. прослеживается появление и развитие личностного схизиса, что позволяет отнести начало эндогенного процесса к тому времени. До этого – высокая адаптационная активность и продуктивность: успехи в спорте, дипломы с отличием, хорошая работа, инициативность, стеничность, лидерство в семейной жизни. Без видимых внешних причин в этом году у М. появляется ранее ей незнакомое чувство «усталости от жизни», возникают первые деперсонализационные расстройства в широком спектре.

С. Scharfetter (1985) среди широкого спектра расстройств самосознания выделяет, в частности, расстройства витальности (снижение или исчезновение истинности, реальности своего существования), активности (ощущение ослабления физической активности, с затруднением мышления, ослаблением физических возможностей), целостности (с нарушением восприятия себя как единого целого, появлением ощущения раздвоенности **Я**), границ самосознания (характеризуется ослаблением, а иногда и исчезновением различия между реальностью и воображением, между существующей личностью в действительности и личностью воображаемой) и идентичности самосознания. Все эти расстройства, характерные для исподволь начинающегося шизофренического процесса, развиваются во взаимосочетании и определяют конкретное поведение М.

Больная теряет уверенность в жизни, в своем **Я**, появляются и нарастают чувства «внутренней измененности и неопределенности», своей незащищенности. Тогда же впервые возникают тенденции к метафизическим переживаниям, к мистическому искательству смысла своего **Я** в мире. Больная пытается понять себя, она ищет ответы у гадалки и православного священника, обращается к колдунам, экстрасенсам, астрологам. Тревожная неопределенность отражается в изменениях социального функционирования. В 1987 г. выходит замуж, но через 6 месяцев убегает из дома, увольняется с работы, скрывается, опасаясь мужа. В 1989 г. третий раз выходит замуж, но и этот брак воспринимается как неудачный: муж – циник, он пренебрежителен по отношению к своей семье. Появляется резкое снижение работоспособности, апатичность, проводит большую часть времени в постели. Тревожная неопределенность в отношении к мужу трансформируется во враждебность к нему с развитием идей ревности с последующими явно бредовыми интерпретациями: с этого времени (1991 г.) появились мысли о наведенной на семью порче, о том, что люди из окружения мужа занимаются энергетическим вампиризмом.

Отмеченный в этот период интерес к нетрадиционной медицине, биоэнергетике скорее всего исходит от бредовых идей порчи и энергетического вампиризма, хотя мотивация подобным образом вылечить дочь может и не представлять парадоксальной. Однако обнаруженные М. у себя способности с первого взгляда определять, кто из целителей может ей помочь, а кто принесет вред – уже явно вне психологии.

В современном менталитете «научной мистики» интерес к оккультизму, астрологии уже не является парадоксальным. Поэтому поступление М. в школу Юрия Лонго, получение ей диплома колдуна-бакалавра может быть естественным продолжением линии жизни, но явно непонятно, что «озарило» М. будто Лонго черный колдун. Она меняет учителей, то обучалась у экстрасенса, то у целителя-колдуна, то на курсах трансцендентной медитации – все это должно быть объяснено нарастанием расстройств самосознания, неудовлетворенностью поиска смыслопонимания ощущаемого нового **Я**.

Вскоре происходит явно психотический эпизод. Когда в 1993 г. муж пригласил ее в фешенебельный ресторан, то его поведение показалось

ей подозрительным. Когда от постороннего человека вдруг услышала фразу: «далеко не уйдете!», охватил страх, поняла, что нужно спастись, одному из «преследователей» брызнула из газового баллончика в лицо.

В дальнейшем у М. продолжают развиваться явления деперсонализации, недопонимания своего **Я**. Постоянное восприятие идей оккультизма способствует закреплению у больной магического мышления и создает предпосылки к некритичному восприятию различного рода религиозно-мистических воззрений.

В 1995 г. именно в поисках «духовной опоры» она согласилась познакомиться с новым культом «Светоносцы Мира» (хотя при отмеченных предпосылках она могла оказаться и в другой тоталитарной секте), увлеклась их учением, читала религиозную литературу под руководством опытных наставниц, постепенно погружаясь в псевдомир, где разворачивалась борьба между добром и злом, Богом и сатаной. «Веления» императивно заставляли М. включиться в эту «войну». Она получала якобы реальные ответы от бога Эль-Мория, в виде записочек, приносимых адептами секты.

Постепенно М. почувствовала себя в центре этой борьбы, что одобрялось другими адептами. На этом фоне в 1977 г. у нее развернулся острый психотический приступ, вся фабула которого индуцирована манихейским учением тоталитарной секты «Светоносцы Мира» – она репродуцируется в высказываниях, заполняет своим содержанием псевдогаллюцинации, определяет аффективные расстройства и поведение больной.

Ремиссия носила медикаментозный характер, на фоне послабления псевдогаллюцинаций М. продолжала посещение секты, изучала там новые послания «Светоносцев Мира». В январе начался рецидив психоза: вновь стала внутри головы слышать голос бога, этот голос сообщил дату начала новой эры. За три дня до обозначенной даты услышала голос, который сообщил: «Если хочешь, чтобы людям было хорошо – начинай». В ту же ночь развился острый психоз с манихейской фабулой (ключевым событием которой является наступление Армагеддона) учения секты и с соответствующими яркими зрительными и императивными («убей, убей, убей») галлюцинациями, которые и привели к убийству дочери. Психопатологическая картина последнего

приступа еще более отражает учение секты о необходимости войны с сатаной и победы над ним.

После стационарирования в течение первых 2 недель отмечался выраженный феноменологический полиморфизм смеси явно психотических расстройств с фабулой сектантского учения (называла себя Валентиной – женой бога Эль-Мория, гордо заявляла, что совершила подвиг, убив сатану в теле дочери, была уверена, что через несколько дней произойдет ее воскрешение - с радостью заявляла, что душа дочери спасена, а сатана убит).

Лечение нейрорептиками постепенно купировало психотические расстройства и в дальнейшем, когда стало проявляться критическое отношение к голосу «бога» и к содеянному (с эмоционально адекватным отношением к случившемуся и с опасениями повторных обострений), М. категорически отказалась поддерживать какие-либо связи с адептами секты. Отрыв от индукторов квазирелигиозного учения постепенно привел к достаточно критическому переосмыслению этого учения с вполне откровенным и полным рассказом о том, как она оказалась в секте и преобразилась от общения с богом Эль-Мория.

В данном клиническом примере феноменологический полиморфизм обуславливается сочетанием психопатологических симптомокомплексов, характерных для текущего шизофренического процесса, с фабулой ритуальной борьбы против сатаны, как основной идеи мистического учения религиозной тоталитарной секты, под воздействием которой оказалась М.

№ 3 – Ошибочное диагностирование шизофрении у психически здорового адепта неокульты

Как отмечалось в тексте книги, активный прозелитизм современных неокультов может обуславливать значительные изменения личности и социального поведения, которые могут имитировать клиническую картину шизофрении.

Я., 33 года. Обвинялся по ст. 228 УК РФ в хранении наркотического вещества. Сведений о наследственной отягощенности нет. Рос и развивался без отклонений. В школе учился успешно, затем поступил в МГУ. Окончил геологический факультет. Начал работать по специ-

альности, поступил в заочную аспирантуру, защитил кандидатскую диссертацию, женился.

После одной из командировок в Красноярский край, по словам жены, вернулся «каким-то странным: не было радости встречи, ни о чем не спрашивал, всячески пытался уклониться от любого разговора». Не вышел на работу, объясняя, что «теперь это не интересно, поскольку узнал новый смысл жизни», не захотел встретиться с кем-либо от сотрудников, даже не брал телефонную трубку. Перестал принимать от жены пищу, ел очень мало и только самим приготовленные из каких-то овощей отвары без масла и хлеба. Сильно похудел. Начал носить какую-то вычурную, стилизованную под древнерусские покровы одежду. Уединился в своей комнате, все время проводил за чтением книг, которых жене не показывал. Иногда говорил ей, что в Сибири он общался с самим «единым сыном отца небесного, который появился от слияния бога единого, духа жизни и энергии матушки-земли». Заявил жене, что если она признает, что «человечество вошло в новое состояние Эпохи Любви, Истины и Света», и если она сама захочет увидеть реального бога и стать его дочерью, то он «восстановит контакты» с ней. При этом поставил еще одно условие: продать квартиру в Москве, деньги отдать слугам истинного бога и уехать в Сибирь на «землю обетованную». Вскоре Я. ввиду странного внешнего вида был задержан на улице милицией для установления личности, при обыске был «найден» пакетик марихуаны, что послужило причиной возбуждения уголовного дела.

При стационарной судебно-психиатрической экспертизе Я. в контакт с врачами, по существу, не вступал, заявлял, что он психически здоров, в экспертизе не нуждается, а марихуану ему подкинули милиционеры, и он это докажет в суде. В то же время в отделении был достаточно общителен, но беседы с другими пациентами вел только на религиозные темы. Ходил по отделению, проповедуя: «Помните! Обман во имя себя – невероятное горе. Обман во имя человека, во имя развития души его – благо!». На вопрос о таком поведении заявлял, что он должен быть проповедником, так как стал другим человеком после того, как «озарился в магическом круге общения с богом». Уверял, что видел живого бога, ныне живущего в Сибири, и что все его проповеди исходят от бога, учение которого он слышал сам. В этом боге произошли «слияние Бога Единого, духа Жизни и энергии Земли-Матушки» и

что он «есть Великий Отец душ человеческих, осуществляющий переход Человечества в новое состояние Эпохи Любви, Истины и Света». О планах на будущее говорил, что мечтает снова попасть в «магический круг». Во время пребывания на экспертизе заболел бронхитом, но категорически отказался от назначенного лечения, заявив, что «плоть сама себя должна лечить». Какой-либо критики к своим высказываниям и поведению не обнаруживал.

Экспертная комиссия на основании анамнестических данных о выраженных изменениях межличностных отношений и поведения, а также наблюдаемого статуса, оцененного как бредового, установила, казалось бы, вполне обоснованно, диагноз шизофрении и рекомендовала Я. признать невменяемым.

Во время повторной стационарной экспертизы поведение и высказывания Я., по существу, были такими же, как при первичной экспертизе. Однако при прицельных расспросах о том, не является ли его изменившееся поведение и новое мировоззрение результатом приобщения к религии, довольно легко с этим согласился. Рассказал, что во время командировки в Сибирь у него было время посетить Минусинск и побывать в «Городе Солнца», о котором он много слышал. Рассказал, что был поражен не столько красотой этого «Города Солнца», сколько «чистотой духовности его обитателей, и особенно личностью самого Виссариона, основавшего этот город. Ему подарили книгу «Малая крупца» с заповедями Виссариона и указаниями, что есть современный мир и как надо в нем жить. Все перемены в своей жизни (разрыв отношений с женой, уход с работы, призывы к новой вере и т.д.) объясняет прямыми указаниями, данными в этой книге. Увиденное и особенно встреча с Виссарионом и его проповеди произвели «неизгладимое» впечатление, он задержался в этой общине, общался с адептами секты и под их влиянием понял, что нужно начинать новую жизнь. После этого он принял «крещение» в святом озере на новой «земле обетованной» и получил во время «крещения» специальный пояс и освященный Виссарионом крестик. Стал читать книги, написанные «апостолами» Виссариона. После этого он вернулся в Москву новым человеком, жена, старые друзья и сослуживцы стали для него чужими. Он дал «завет» продать квартиру в Москве, деньги отдать общине и переехать на постоянное жительство в «Город Солнца». Видя заинтересованность врача в своем

рассказе, предложил ему ознакомиться с хранящимся у него «Обращением Высшего Разума Вселенной ко всем жителям Земли в связи с переходом в эру Водолея». В преамбуле этого обращения утверждается: «Это послание явлено на Землю через Виссариона. Виссарион – есть Слово Божие во плоти и крови, вновь пришедшее на Землю во спасение рода человеческого...». Далее вперемежку с использованием христианской лексики в этом обращении «Высшего Разума Вселенной» говорится, что с октября 1990 г. на Земле началась Новая Эра. На смену эпохе Реинкарнации пришла Космическая Мутация. «В человеческом организме произойдут такие изменения, которые приведут тело в новое состояние и позволят ему перейти на энергию Космоса». «Сначала будет проводиться на Земле Космическая мутация, после чего в клетку тела будет заложен код с программой вида человека Шестой цивилизации, которая придет на смену Пятой цивилизации, заканчивающей свое существование в 2003 году». «... После катаклизмов планета будет частично разрушена, произойдет смещение земной коры во многих местах планеты. Это связано с перемещением земной оси и полюсов». Я. внимательно следил за реакцией врача на содержание «Обращения» и, когда тот назвал это нелепицей, был удивлен. На вопрос, как он, геолог, кандидат наук, может во все это верить, ответил, что в это верит «вся интеллектуальная элита», окружающая Виссариона. Утверждает, что он сам ничего не придумал, а учение Виссариона привело к переосмыслению своей жизни, что теперь, следуя «указаниям Учителя», продаст квартиру в Москве и переедет, как все уверовавшие, что Виссарин – бог, в «Город Солнца». Все попытки вызвать у Я. критическое отношение хотя бы к утверждениям Виссариона о «смещении земной коры в связи с перемещением земной оси и полюсов» оказались безуспешными, он ответил, что раньше и сам считал бы это бредом, но раз это «утверждает сам бог, то так и будет: богу все возможно». За исключением этих «религиозных» высказываний Я. обнаружил сохранность критического отношения к своему положению. Собирается активно защищаться в суде, намерен собрать свидетелей из числа единомышленников, которые докажут, что у учеников Виссариона никаких дел с наркотиками «просто не может быть». Вместе тем проявляет адекватную реакцию возмущения на «провокации милиционеров», подкинувших ему какой-то наркотик. Расстройств восприятия нет. Эксперимен-

тально-психологическое исследование нарушений мышления не установило.

Экспертная комиссия дала заключение об отсутствии у Я. какого-либо психического расстройства.

Как видно из представленного описания, все, что при предыдущей экспертизе было оценено как признаки шизофрении, оказалось не психопатологическим, а заимствованным из учения секты, под влияние которой попал Я.

В данном случае это была Церковь Последнего Завета (ЦПЗ), организованная Виссарионом (Сергеем Торопом). Религиозная доктрина Виссариона соединила в себе евангельские притчи с теософией Блаватской, философией Рерихов, русским космизмом, аскетизмом йоги и фантазиями Даниила Андреева. После посещения Виссарионом Израиля «Обетованная Земля» была «перенесена» им в Сибирь – место новых откровений и благословений.

Намерение Я. сменить место жительства не является беспричинным – среди адептов ЦПЗ широко практикуются, по предписанию Виссариона, продажа квартир в престижных городах с передачей денег общине и переезд на поселение в «Землю Обетованную» – в «город Солнца» на берегу таежного озера Тиберкуль – в «Новый Иерусалим». Диета Я. также не может выглядеть психопатологически вычурной – последователи Виссариона не только «строгие вегетарианцы», из рациона питания у них исключены даже дрожжевой хлеб и растительное масло. Отказ от лечения бронхита при первой экспертизе – прямое исполнение заповеди Виссариона: «плоть должна сама себя излечивать». Члены ЦПЗ не обращаются к врачам, они занимаются самолечением по методу «очистки» организма.

Высказывания Я. о «слиянии Бога Единого, Духа Жизни и энергии Земли-Матушки» в Виссарионе, который «есть Великий Отец душ человеческих, осуществляющий переход Человечества в новое состояние Эпохи Любви, Истины и Света» – по существу цитирование «апостолов» Церкви Последнего Завета. Анализ всех высказываний Я., которые на первой экспертизе оценивались как нелепые, бредовые, в сопоставлении с учением Виссариона показали их полное соответствие положениям его доктрины. ЦПЗ учит, что Иисус Христос не Бог, а Божественное Слово, тогда как Виссарион – сын божий, мессия, един-

ственный путь, спаситель, он есть Истина, дающий жизнь, он – вторая реинкарнация Христа. Главным в ритуалах этой церкви является «магический круг» (о котором говорил Я. при первой экспертизе), когда верующие, взявшись за руки, под специально подобранную музыку совершают определенные движения. Сила воздействия такого ритуала на адептов настолько велика, что иные падают без чувств и их относят в сторону, а вера в «божественность» Виссариона после этого становится непоколебимой (Дворкин А.Л., 2000; и др.). У Я. кроме этой веры, которая является прямым результатом воздействия учения ЦПЗ, какого-либо объяснения его изменившегося мировоззрения и поведения найдено не было, что и послужило основанием для экспертного заключения о психическом здоровье.

№ 4 – Особо сложный случай диагностирования в условиях судебно-психиатрической экспертизы

В представленном наблюдении речь пойдет об анализе различных судебно-психиатрических оценок состояния подэкспертного в течение пяти с половиной лет пребывания его под наблюдением психиатров после ареста:

- «шизоидное расстройство личности», вмняем, «развитие временного расстройства психической деятельности сложной клинической структуры с психогенной истерической симптоматикой и защитным поведением», принудительное лечение до выхода из указанного состояния;
- «ядерная психопатия диссоциального типа (состояние декомпенсации), следует дифференцировать с шизофренией с сюрсимуляцией», продолжить принудительное лечение;
- «психопатическая личность шизоидного круга, расстройств психотического уровня (в том числе психогенного) нет, имеющие место несоответствующие психической норме поступки и высказывания не укладываются в закономерности какого-либо известного психического заболевания и являются осознанно предъявляемым творчеством защитно-установочного плана», принудительное лечение отменить и направить в распоряжение судебно-следственных органов;
- необходимость дифференцирования между «шизоидной психопатией и психопатоподобной формой малопродвинутой шизофренией

(«шизотипическое расстройство») сюрсимуляция, сомнение во вменяемости;

- «смешанная психопатия» и перенесенное «реактивное состояние сложной клинической структуры с психогенной истерической симптоматикой и признаками защитного поведения, которое закончилось выздоровлением с сохранением симулятивных тенденций»;

- «малопрогрессирующая шизофрения, протекающая в форме стертых аффективных приступов с формированием картины псевдопсихопатии», «гротескное симулятивное поведение», невменяем;

- «шизотипическое расстройство», ст. 22 УК РФ («ограниченная вменяемость»), психогенное усугубление шизотипического расстройства (шизофренический процесс), принудительное лечение как заболевшему после привлечения к уголовной ответственности хроническим психическим расстройством.

Большой Н., 34 года, в 1996 г. был арестован по обвинению в шпионже и измене Родине. В 2002 г. проходил повторную ССПЭ в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

Наследственность психопатологическиотягощена. Беременность у матери протекала с токсикозом 1-й и 2-й половины. Первые 3-4 года жизни был спокойным, тихим, послушным. Затем стал жестоким, агрессивным, мучил животных, наносил родителям повреждения, от чего получал удовольствие. Начали наблюдаться перепады настроения. В это время появилась «страсть к металлолому»: приносил с помоек все металлическое и складывал под кровать. При попытках воспрепятствовать этому приходил в ярость, нецензурно бранился. В школе учился на «отлично». С 5 класса стал постоянно испытывать «огромный дискомфорт» при общении с людьми, поэтому друзей не имел, называл себя «одиноким волком». Был неряшливым, всегда ходил в старой одежде. Питался от семьи отдельно: жарил лепешки на металлическом листе в своей комнате. Ненавидел своего младшего брата, когда тому исполнилось 3 года, стал жестоко избивать его, грозил заточками. В возрасте 13 лет складывал всякий мусор на балконе, затем поджег его. В последующем стал воровать вещи брата и родителей, предлагая их затем купить своему дяде, вместо объяснений «бессмысленно скалился». В своей комнате, где проводил все время, врезал три замка и никого в неё не впускал, держал там топор и саблю. В старших классах оставался некоммуникабельным, стал выде-

латься своими необычайными способностями и неординарным мышлением. В 15 лет неожиданно обрил голову и стал «фанатично заниматься накачкой мышц». В это же время страсть к накопительству приобрела гротескный характер, продолжал воровать и продавать вещи из дома, которые складывал в специальный чемодан с особым замком, угрожал родственникам убийством, если они будут вмешиваться в его дела. С 16 лет появилось убеждение, что у него рак полового члена. Дома стал совершенно неуправляемым, «патологически неряшливым». Однако продолжал учиться только на «отлично» и в 17 лет поступил в элитный институт. Там первые два года отличался большим усердием, обнаружил особые способности к иностранным языкам. Прекрасно освоил компьютерную технику. Обращал на себя внимание своей замкнутостью, странностями. Например, мог прийти сдавать экзамен в ватных штанах, телогрейке и вязаной шапочке, не раздеваясь взять билет и без подготовки ответить на «отлично». В институт ходил в старой, затертой, не по размеру большей одежде, чем вызывал насмешки других студентов. Несмотря на большой материальный достаток семьи, стал подрабатывать дворником: чтобы заработать деньги и «быть ближе к пролетариату». На каникулах работал на стройке, на мясокомбинате, на пивзаводе. Воровал мясо, ящиками пиво и сразу за проходной продавал их. Украл у знакомой матери деньги и ценные вещи. Все это продолжал складывать в специальный чемодан с особым замком. Одновременно занимался литературными подработками, писал заметки в газеты, а потом начал писать детективные романы. Относился к этому серьезно, как к своему будущему.

После очередной домашней кражи, видя странное поведение сына, родители обратились за помощью к частному психиатру, который предположил у него психопатию со сложным синдромом (паранойяльность, эпилептоидность) или вялотекущую шизофрению с психопатоподобным синдромом. После лечения неуплептилом стал мягче, общительнее. Решил жениться. Однако в день регистрации в ЗАГС не явился, заперся в своей комнате и трое суток не выходил. Затем через закрытую дверь заявил матери, что кончает жизнь самоубийством, его с трудом удалось спасти.

Не без протекции по окончании института с красным дипломом был направлен на работу за рубеж. Работая секретарем в консульстве, с одной стороны показал себя грамотным специалистом, но с другой – обращал на себя внимание замкнутостью, неопрятностью и

крайней жадностью. В это время он опубликовал в одном известном журнале скандальную статью с малопонятными предложениями. После этого был переведен на работу дежурным референтом в другую страну. Там также со своими обязанностями справлялся хорошо, вел обособленный образ жизни, все свободное время писал криминально-сексуальные романы, которые публиковались на английском и русском языках. Оставался неопрятным и неряшливым, за что получал замечания, но на них реагировал «странным оскалом». Затем Н. был переведен на работу в Москву в министерство. И там зарекомендовал себя как способный сотрудник, однако вскоре он опубликовал роман, в котором в непристойном виде вывел образы руководства министерства. Не без участия отца, который в этом министерстве занимал высокий пост, скандал обошелся, дело кончилось простым понижением в должности, без поручения ответственных заданий. По показаниям сотрудников, он был «сдержан и циничен», внешне выглядел неряшливым как бомж, странным, талантливым, живущем в мире выдуманных им персонажей своих романов, и поэтому сотрудники относились к нему снисходительно, хотя видели, что он не соответствует своей должности. Относясь к работе равнодушно, Н. все время уделял написанию бульварных романов, в которых было много сцен насилия и секса. Отмечено, что он был «сексуально озабочен», но ни с кем не дружил и оставался замкнутым, гротескно высокомерным, хотя неожиданно начинал рассказывать анекдоты с нецензурной лексикой. Оставался крайне жадным, экономил на питании, а когда его угощали, то ел много и жадно, щелкал зубами, манерно вытягивал шею.

В 1995 г. Н. был завербован агентом иностранной разведки, который предложил за денежное вознаграждение передавать сведения, доступные ему по работе в министерстве. С помощью специальных технических средств он в течение года выполнял шпионские задания, получая за это деньги, на которые хотел издавать свои романы. В апреле 1996 г. был арестован, в предъявленном обвинении полностью признал себя виновным, давал достаточно подробные и последовательные показания об обстоятельствах своего преступления. В июне того же года состояние Н. резко изменилось. Начал писать многочисленные заявления в высшие инстанции страны, которые носили непоследовательный, сумбурный характер с употреблением нецензурных выражений. Отказался от услуг адвокатов, утверждая, что они агенты иностранной разведки, которые хотят «разрушить» его. Про-

сил ФСБ усилить его охрану и уберечь от покушений на его жизнь. Перестал писать матери, объясняя это тем, что у него установилась с ней «телепатическая связь, которая действует без сбоев», был убежден, что его отец «ликвидирован по указке сотрудников ФСБ, а в январе будет ликвидирована мать», утверждал, что следователь заодно с иностранными агентами, адвокатами организует «заговор» с целью его и убить. В октябре стал называть себя другим именем, поскольку он «великий русский писатель», которым почувствовал себя еще в 6 классе. В связи с нелепым поведением и суицидальными намерениями был направлен на судебно-психиатрическую экспертизу.

При первом стационарном освидетельствовании в начале 1997 г. продуктивному контакту был недоступен, выглядел неряшливо, на голове носил нелепый колпак, сделанный из газет, на котором была нарисована звезда Давида, на очках одно стекло заклеивал бумагой. На протяжении всех попыток беседовать с ним сидел в однообразной позе, взгляд был немигающим, изо рта вытекала струйка слюны. Иногда вдруг говорил, что ждет исполнения «приказа» следователя его убить, для защиты сделал заточку из зубной щетки, чтобы выколоть глаза нападающим. В целом поведение носило непоследовательный характер: наряду с негативизмом, отказом отвечать на вопросы и пуэрильным демонстрированием явного непонимания их смысла вдруг начинал говорить стереотипными фразами, что отца «убрали» и мать убьют – это дело «светлых рыцарей», а иногда становился вежливым, просил бумагу, чтобы писать роман. Отказывался от свиданий с матерью, утверждая, что у него с ней «телепатическая связь». В палате открыто онанировал, в циничной форме предлагал медперсоналу вступить с ним в половую связь.

В последующем, во время продленного срока пребывания на экспертизе, развилось депрессивное состояние, перестал писать романы, целыми днями лежал, держа голову над подушкой. Однажды неожиданно в кабинете врача стал танцевать, при этом лицо и туловище были абсолютно неподвижными, в такт музыки двигались только ноги. При экспериментально-психологическом исследовании наряду с грубо установочными тенденциями, направленными на преуменьшение мнестических и интеллектуальных способностей вплоть до полной несостоятельности, отмечались проявления негативизма. В ассоциативной сфере на фоне демонстративных проявлений, обращали на себя внимание своеобразные, вычурные образы, а также выхолощенные связи, легкость актуализации малозначимых признаков. От-

мечались также гротескность эмоциональных проявлений, вербальная расторможенность с постоянной вербальной актуализацией агрессивных и сексуальных импульсов.

В феврале 1997 г. ССПЭ пришла к заключению, что у N. выявляется шизоидное расстройство личности, не лишаящее его вменяемости, а после привлечения к уголовной ответственности развилось болезненное состояние сложной клинической структуры с психогенной истерической симптоматикой и защитным поведением. Было рекомендовано принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением до выхода из указанного болезненного состояния.

Во время пребывания на принудительном лечении N. был гипомимичен, монотонен, неопрятен, отмечались манерность, вычурность, эмоциональная холодность. Дальнейшей своей судьбой не интересовался, иногда высказывал опасения, что следователь присвоил авторство его романа, а персонал разворовывает его вещи. Говорил, что его отца убили, что он поддерживает «телепатическую связь» только с матерью, которая ему «постоянно врет». С персоналом был развязен, циничен, нецензурно бранился, «рассуждая об онанизме». Вместе с тем отмечено, что периодически он вел себя достаточно адекватно, давал правильные ответы при беседах на отвлеченные темы. Консультативный диагноз от 10.02.98 г.: «Ядерная психопатия диссоциального типа. Состояние декомпенсации, следует дифференцировать с шизофренией с сюрсимуляцией». В последующем время проводил за написанием романов и заявлений нелепого содержания, написал президенту страны о «марсианских поселениях». Был замкнут, негативистичен, эмоционально однообразен, в беседе демонстрировал грубое снижение памяти. В вещах N. была обнаружена написанная его рукой инструкция-шпаргалка, как надо себя вести, чтобы получить диагноз шизофрении. Дал бурную вегетативную реакцию при расспросах об этом. При психологическом исследовании выявлено установочное поведение.

24.04.98 г. при освидетельствовании было установлено, что N. является психопатической личностью шизоидного круга с защитно-установочным поведением («имеющие место несоответствующие психической норме поступки и высказывания не укладываются в закономерности какого-либо известного психического заболевания и являются осознанно предъявляемым творчеством защитно-установочного плана»). Было решено принудительное лечение прекратить.

Оставаясь в больнице, обвинял мать в краже его рукописи о шпионах, за которую он должен получить Нобелевскую премию, уверял, что слышит голос отца, который его винил в своей смерти, просил, чтобы сотрудники ФСБ 15 раз ударили дубинкой по могиле отца, чтобы он его не беспокоил. Утверждал, что главврач с помощью приборов манипулирует его сознанием. Продолжал писать нелепые заявления, в частности, обратился к Патриарху с просьбой «свободного входа проституток» в больницу. Отмечалось «дифференцированное поведение».

28-29.04.98 г. N. было проведено комплексное психолого-психиатрическое освидетельствование. Комиссией проводился дифференциальный диагноз между шизоидной психопатией и психопатоподобной формой малопрогрессирующей шизофрении (шизотипическое расстройство), отмечалось, что «грубо установочное гротескное поведение является сюрсимуляцией, представляющей собой бредоподобное фантазирование и отражающей не критичность и диссоциативность мышления». Было высказано сомнение во вменяемости.

15.10.98 г. вновь была проведена повторная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза. При первой беседе N. заявил, что его в детстве похитили, а истинные его родителями Голда Меир и Рональд Рейган, сам же он является женщиной. Походка была нарочито замедленной, шаркающей. Каждый вечер 20-30 минут танцевал, иногда обнажаясь, заявляя, что слышит музыку, а затем ложился под койку, как «приказывает авторитет». О себе говорил в женском роде, утверждал, что его в тюрьме изнасиловали, демонстрировал, как он ходит в туалет и мастурбирует при помощи тубика от зубной пасты. Заявлял, что главный врач хочет сделать его шизофреником, для этого манипулирует «специальным прибором», заставляя делать то, что он не хочет. В письме на имя главы правительства предлагал «готовить фарш из крыс, голубей и пенсионеров», что даст «обеспечение мясом всегда и гарантированно, вне зависимости от погоды и кормов». Эти заявления врачами оценивались как «черный юмор». Данная экспертиза диагностировала смешанную психопатию и перенесенное «реактивное состояние сложной клинической структуры с психогенной истерической симптоматикой и признаками защитного поведения, которое закончилось выздоровлением с сохранением симулятивных тенденций». Один из членов комиссии написал особое мнение: у N. «обнаруживается малопрогрессирующая шизофрения в форме стертых аффективных приступов с формированием картины псев-

допсихопатии», в настоящее время гротескное симулятивное поведение, степень нелепости которого свидетельствует о наличии дефекта мышления и эмоциональной сферы; невменяем.

В процессе дальнейшего следствия N. продолжал вести себя нелепо, называл себя английской писательницей, дочерью Р.Рейгана и Г.Меир Паулиной, которая убила В.Листьева. Просил по тепловому лучу передать стихотворение в издательство, избавиться от слезки по телевизору, от «фашистской блокады и кольца смерти» вокруг него и т.п. В одном из томов дела содержатся тысячи жалоб нелепого содержания, например: от «военнопленного писателя и конструктора систем вооружения 12 поколения» с просьбой оградить от фашистского заговора, организованного матерью, «которая хочет приемного брата сделать главным фюрером». Во время судебного процесса N. вел себя нелепо. Заявлял, что ранее убил пенсионера, просил «снять маску с лица», оградить от пыток, повторяя: «Я боюсь, я задыхаюсь», тут же со смехом просил принести «бутылочку водки «Абсолют». Называл себя гением чистой красоты, читал стихотворения, говорил, что должен заменить сатану, а дочь президента приехала к нему и объяснялась в любви. Многочисленные нелепые высказывания не были как-либо между собой связаны, хотя в большинстве из них сквозили идеи ущерба своему здоровью от «искалеченности цикла отправления естественных потребностей» до отравления препаратами, но он стал «неуязвим к колбасам и яблокам». О подписанных им в прошлом протоколах говорил, что они «подписаны кем-то, кто не является мною в условиях секретной лаборатории», а когда его допрашивают два человека, то «у кого-то из них наступает раздвоение - либо у них, либо у меня». Пояснил, что ранее носил треуголку для того, чтобы защититься от родителей-фашистов, которые манипулировали его головой и поведением: «излучение фашистов проникало в мозг и делало послушным их воле». Просил судью не подключаться к его голове «электронным обручем», так как ему плохо и он может умереть, а ему поручалась «важная мыслительная работа, которая гарантирует процветание России». На других заседаниях суда был крайне сексуально обнаженным в своих высказываниях.

Исходя из экспертных заключений о вменяемости N. и его симуляции при отсутствии психического заболевания, он был осужден на 11 лет лишения свободы. Однако затем дело было возвращено на новое судебное рассмотрение, во время которого продолжались нелепые высказывания N., и он был направлен на повторную экспертизу в Центр.

Психическое состояние N. при поступлении характеризовалось крайней напряженностью, негативистичностью, недоступностью контакту. На лице было выражение страха, он отказывался сдать анализ крови, опасаясь, что есть задание матери через иглу заразить его СПИДом. В последующие дни, оставаясь заторможенным, испуганным, на просьбу объяснить, что с ним, отвечал: «не знаю». Все это время лежал, отвернувшись к стене, пищу не принимал, был крайне неряшлив. Затем стал доступен контакту, сказал, что ощущает запах тухлой говядины, что запах «пускает мать», чтобы его отравить. Монотонным голосом, однообразно, с нелепой гримасой повторял, что у него рак «полового члена», и при этом доставал penis, без смущения показывая «рак», просил сделать срочную операцию. К концу первого месяца пребывания в Центре перестал отказываться от общения с врачом. В беседе ответы иногда не в плане заданного, высказывания нецеленаправленные, с соскальзываниями, некоторые высказывания спонтанны, временами он замолкал, терял нить беседы. При этом у него отмечались гримасы, парамимии, вычурный оскал, неестественная жестикуляция. Иногда по-детски доверительно начинал сообщать анамнестические сведения, но затем переходил на другие темы, употребляя нецензурные выражения и не реагируя на замечания. Крайне негативно относится к матери, говоря о ней, озлобляется, повышает голос. Считает, что мать воздействует на его мысли, «портит и путает» их. Уверен, что мать задалась целью «упрятать» его в «психушку и отравить», а затем воспользоваться его рукописью, за которую дадут Нобелевскую премию. С удовлетворением и улыбкой говорит, что рад смерти отца, так как он вместе с матерью пытался от него избавиться, на разъяснения, что отец жив, был в суде, реагировал саркастическим смехом, скалил зубы, отвечал, что в суд приходил «плохо загримированный самозванец – внешность и голос были не как у отца». При разговоре о его литературном творчестве оживляется, появляются горделивая осанка, величаявая жестикуляция. Утверждает, что он великий писатель, его «высокохудожественные книги больше, чем романы, больше, чем жизнь». Они меняют судьбы людей, саму суть человека, меняют даже его биополе, он сам, когда брал свою книгу, то чувствовал, как по ладоням проходил электрический разряд, «а это еще не открытая физикой сила». Уверен, что его книги имеют материальное воздействие, «меняют судьбу России, отчасти – Европы». При расспросах о правонарушении утверждал, что «все это пустяк», никаких секретов он не выдавал, а хотел лишь

войти в роль шпиона, чтобы затем более точно отразить это в своих романах. За время наблюдения у N. отмечались фазные аутохтонные аффективные колебания. В периоды подавленного настроения становился вялым, непродуктивным, подозрительным, говорил, что его травят, хотят смерти, отказывался от мытья, смены белья, лежал в постели в однообразной позе. В другое время на фоне несколько повышенного настроения становился словоохотливым, стремился поговорить с врачами на отвлеченные темы – о политике, литературе, но вскоре весь разговор сводил к сексуальным темам, при этом становился обнаженным, циничным, терял дистанцию, употреблял нецензурные выражения, начинал громко хохотать.

Повторно проведенные экспериментально-психологические исследования наряду с относительной сохранностью интеллектуальной сферы и наличием установочных тенденций фиксировали непоследовательность и даже бессвязность суждений.

Экспертная комиссия следующим образом оценила психическое состояние N. С детства у него прослеживается формирование шизотипического расстройства (F21, по МКБ-10). В период времени, относящийся к инкриминируемому деянию, эти расстройства не исключали вменяемости, но ограничивали его способность в полной мере осознавать общественную опасность своих действий и руководить ими («ограниченная вменяемость» в соответствии со ст. 22 УК РФ). В дальнейшем, после привлечения к уголовной ответственности, но не позже июня 1966г., у него произошло усложнение шизотипического расстройства с развитием сочетанной картины эндогенных, психогенных и сюрсимулятивных проявлений. В настоящее время на фоне нивелирования психогенных и сюрсимулятивных проявлений выявляется картина шизофренического процесса. Как заболевший хроническим психическим расстройством после инкриминируемого деяния, но до судебного разбирательства N. подпадает под действие ст.ст. 81 ч.1 УК РФ, 410 УПК РСФСР и нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрический стационар специализированного типа в соответствии со ст.ст. 97 ч. 1 п. «б» УК РФ.

В данном случае шизотипическое расстройство обосновывается психопатологической наследственной отягощенностью, наблюдаемыми с детства трудностями установления межличностных отношений, нарушениями социализации с игнорированием интересов и мнения окружающих, эмоциональной холодностью, враждебностью к близким, эксцен-

тричностью поведения, немотивированными сменами настроения. В подростковом возрасте у N. стали отмечаться более выраженные нарушения поведения: гротескная жадность и накопительство с обнаженными кражами и собиранием хлама, крайняя неряшливость, нелепость поступков. Это сочеталось с нарастающей агрессивностью к матери и брату, не корригируемой жестокостью, цинизмом, что обусловило обращение к психиатру, назначившему лечение, которое дало определенный эффект. Все это сочеталось с хорошим интеллектуальным развитием N., получением им отличного образования, практических навыков, с последующей успешной профессиональной деятельностью, которую сдерживали лишь его поступки, не соответствующие социальной нормативности и вызывающие своей гротескностью непонимание окружающих.

К периоду совершения инкриминируемого деяния шизотипическое расстройство у N. выражалось своеобразным, чудаковатым, эксцентричным поведением с игнорированием социальных норм, аффективной холодностью и неадекватностью, склонностью к эпатажу, ориентацией в оценке действительности и явлений общественной жизни только на собственные, субъективные, социально ненормативные критерии, пренебрежительным отношением ко всему, что выходит за круг его писательской деятельности.

Здесь можно утверждать, что эти проявления шизотипического расстройства у N. лишали его возможности в полной мере каузально адекватно атрибутировать роль и позицию своего **Я** в ситуациях действия. Это нарушение самосознания извращало возможность полноценности психологического процесса экспектации. По мнению выдающегося социального психолога Tamotsu Shibutani (1969), нормативный процесс экспектации выражается в способности адекватного понимания роли и позиции своего **Я** в системе социальных отношений на основе правильного восприятия и осмысления конвенциональных ролей окружающих в различных сферах коммуникаций. Идущее от расстройств шизотипического спектра инакопонимание конвенционального значения смыслов социальных ролей, поступков окружающих и ситуаций действия в целом извращает для большого смысл происходящего и, в соответствии с этим, инициирует его ответные действия, которые в зависимости от выраженности указанных расстройств обуславливают то или иное на-

рушение социального поведения. В данном случае у N. была нарушена возможность полноценной экспектации, полноценность целостного атрибутирования роли и позиции своего Я в конкретной ситуации противоправного деяния, что и дало экспертам основание рекомендовать суду применение ст. 22 УК РФ. Судя по фабуле дела, по признательным показаниям N., он мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, но в силу имеющегося шизотипического расстройства с указанными клиническими проявлениями не мог в полной мере целостно их осознавать.

Дальнейшее, после ареста, поведение N. явно не соответствует той «шпаргалке по шизофрении», которую он написал. В его поведении несомненно есть то, что выглядит нарочито-нелепым, явно симулятивным. Но это демонстрирование нелепости само по себе крайне нелепо, оно по содержанию отнюдь не имитирует клинические проявления шизофрении ни по фабуле, ни по манере поведения. Это грубо установочное гротескное поведение N. является сюрсимуляцией, представляющей некритичность на фоне общей диссоциативности мышления, дезорганизации психической деятельности, что достаточно полно подтверждается и его письменной продукцией.

Выявление в дальнейшем в психическом состоянии N. симптомов первого ранга, по K. Schneider, нарастающие расстройства мышления, эмоциональная парадоксальность и т.д. дают основание предполагать психогенно обусловленное трансформирование шизотипического расстройства в шизофренический процесс.

Вопрос об оценке психогенных расстройств у N. представляется достаточно сложным. Развитие после ареста, что наблюдалось и у N, состояния с недоступностью контакту, нелепым поведением, конечно, имеет психогенное происхождение. Но это далеко не всегда реактивный психоз в чистом виде и тем более симуляция. Это могут быть психогенные декомпенсации при расстройствах личности, сочетания психогении с шизофренией и психогенное провоцирование шизофрении, что и допускалось в данном случае.

Еще J. Verze (1929) выдвинул концепцию реактивной шизофрении, в рамках которой он пытался объединить широкий круг процессуально обусловленных состояний, тесно связанных по клиническим проявлениям и течению с психогенными факторами. Наряду с этим согласно

концепции А.В. Снежневского, взаимодействие патобиологических предпосылок - «шизофренного» pathos (то есть специфического диатеза) и психогенного патокинетического толчка может приводить к nosos. Такое понимание стрессовых факторов в возникновении шизофрении считается «широко распространенной гипотезой» (Kaplan H. I., Sadok B. J., 1996).

Эндогенные заболевания, особенно при их мягком течении, описывались рядом авторов как благоприятная «почва» для возникновения психогений (Смулевич А.Б. и соавт., 1978; Пантелеева Г. П., Борисова К.Е., 1982; Колесина Н.Ю., 1983; Морковкина И.В., 1983; Смулевич А.Б., 1987; и др.). В этом плане шизотипическое расстройство, как относящееся к части генетического «спектра» шизофрении, также может рассматриваться в качестве эндогенной «почвы», формирующей своеобразие психогенных расстройств, а сама психогения - как стрессовый фактор провоцирования шизофренического процесса.

Психотическое состояние у N. лишь временами, при развитии состояний депрессии и псевдодеменции, напоминало реактивный психоз в чистом виде. В целом же преобладала картина нелепого поведения с включением бредовых и даже кататонических расстройств, чередующихся с тем, что воспринималось врачами как явная симуляция и нарочитый «черный юмор». Однако за всем этим можно проследить нарастание упомянутых диагностических критериев шизофрении K. Schneider и фиксированных при экспериментально-психологическом исследовании расстройств мышления. Представляется диагностически значимым то, что все это более отчетливо выявлялось на фоне уже упорядоченного поведения и доступности больного контакту.

На протяжении всего пребывания N. под наблюдением психиатров его нарочито-нелепое поведение неоднократно ставило вопрос о симуляции, что требует специального обсуждения.

Как известно, удачные и катамнестически подтвержденные случаи симуляции шизофрении относятся к разряду казуистических, и обычно как таковые они описываются в специальной литературе. В противоположность этому неподтвержденные катамнезом заключения о симуляции не такая уж редкость.

Практика показывает, что в таких случаях из аргументов симуляции судебные психиатры чаще всего приводят следующие доводы: «Пове-

ление дифференцированное: днем в присутствии врачей ведут себя нелепо, вечером вне врачебного наблюдения – поведение правильное»; «предъявляемая симптоматика не укладывается в клиническую картину известных психических заболеваний», «она заимствована из современных научно-фантастических сюжетов». Эти доводы неоднократно приводились и при диагностических дискуссиях об оценке состояния N.

Вместе с тем еще E. Kraepelin обращал внимание на поразивший его факт: те больные, которые во время дневных обходов были в застывших позах, не вступали в контакт, вели себя вычурно нелепо во время вечерних обходов читали газеты, играли в шахматы, вели между собой беседы. Это было в психиатрической университетской клинике, не имевшей какого-либо отношения к экспертизе. Поэтому так называемое «дифференцированное поведение» - не слишком веский аргумент в пользу симуляции.

Другой аргумент – «не укладывается в клинику какого-либо известного психического заболевания». Этот аргумент противоречит основному клиническому догмату: «нет болезней, есть – больные». Речь идет не только об огромном полиморфизме психических заболеваний, их всевозможной сочетанности, зависимости от многообразия приводящих и сопутствующих факторов, в том числе и параклинических (возраст, социально-личностные особенности и др.), а ещё и о том, что сам допуск этого аргумента априорно исключает возможность описания новых, доселе неизвестных клинических вариантов. В связи с этим следует напомнить слова выдающегося российского патолога И.В. Давыдовского (1969): «качество врача в значительной степени определяется тем, в какой степени ему удалось освободиться от учебного схематизма и нозологического догматизма с закругленными картинами болезни, с унифицированными приемами в диагностике и лечении». Сказанное делает аргумент «не укладывается в рамки известных болезней» ничтожным.

Помимо того, что клиническая практика всегда может представить казуистический случай, который не укладывается в типологическую схему, ранее не наблюдался и не описывался, именно такие случаи во все времена развивали клиническую психиатрию. Они, с одной стороны, пополняли клинический багаж психиатрии, а с другой – создавали объективные сложности систематизации, на что наталкиваются все

попытки унифицировать классификации. Путь к выделению новых, ранее неизвестных клинических вариантов никогда не должен перекрываться, достаточно напомнить, что и шизофрения как самостоятельная нозологическая форма еще не отметила свой 100-летний юбилей. Наглядным примером развития клинической психиатрии служит введенная в МКБ-10 новая диагностическая рубрика «F21 Шизотипическое расстройство». Это расстройство «представляет собой мало изученную, но достаточно актуальную проблему как психиатрической науки, так и практики» (Акжигитов Р.Г., Волкова Н.П., 2001).

И, наконец, третий аргумент – «заимствование фабулы из научно-фантастических сюжетов» и представлений о психических расстройствах. Сам по себе этот аргумент также неубедителен. Психопатология всегда, как в кривом зеркале, отражает реально существующее информационное поле. На этом поле в настоящее время достаточно много информации, настолько заполняющей его научно-фантастическими, квазинаучными и квазирелигиозными представлениями, что реальность остается далеко позади. Включение в психопатологическую фабулу этих представлений не может быть аргументом симуляции.

Здесь уместно напомнить, что еще R. Krafft-Ebing, E. Kraepelin, K. Jaspers и другие выдающиеся психиатры полагали, что симуляция сама по себе уже есть признак психической неполноценности, что достоверно изобразить психоз здоровый человек не в состоянии, и даже отмечали, что «число симулянтов, которых врач наблюдает, обратно пропорционально врачебно-психологическим знаниям наблюдателя» (Mebius, Kop). У N. временами нелепое симулятивное поведение достигало особо гротеска, но в другое время оно полностью отсутствовало, на передний план выходили растерянность, страх и бредовые высказывания с элементами психического автоматизма и расстройства мышления. Все это дало основание для определения нарочито-нелепого поведения N. как сюрсимуляции у больного с начавшейся шизофренией.

№ 5 – Особая опасность религиозных фабул бреда с феноменом ксенопатии

С., 1961 г.р., проходил в 2000 г. ССПЭ в Центре им. В.П. Сербского в связи с обвинением в совершении ряда особо опасных деяний.

Заболевание началось примерно в возрасте 13-14 лет, когда стал замечать «косые» взгляды и усмешки одноклассниц, связывал их с якобы имевшейся у него особой «некрасивостью», чрезвычайно маленьким ростом. Был обеспокоен этим, чтобы улучшить свой внешний вид стал самостоятельно усиленно заниматься гимнастикой.

Примерно с этого же времени появилось желание «познать суть жизни», стал читать книги известных философов и экономистов (Гегеля, Маркса и других). С 16 лет у него появились «вспышки гнева» по незначительным поводам. После окончания 8 классов он поступил в радиомеханический техникум, который окончил «с отличием». С 1980 г. по 1982 г. успешно прошел службу в армии во внутренних войсках. В 1987 г. женился, от брака имеет дочь. Жена сообщала, что у него неоднократно были «вспышки гнева без какой-либо видимой причины», «ему требовалась какая-то разрядка», успокаивался после того, как наносил ей удары или ломал вещи в доме. У него отмечались проявления жестокости по отношению к жене и к ребенку (неоднократно избивал и душил ее, в том числе и в период беременности; отказался отвезти домой промокшего в озере ребенка), а также к животным (мучил, затем утопил в ведре крольчиху). В 1990 г. уволился с работы, некоторое время жил на средства ее родителей, затем забрал все имевшиеся в семье деньги, уехал в г. Вышний Волочек, где купил дом.

В 1991 г. на него «снизошло откровение»: он видел «вспышку» иконы и при этом потерял ориентацию во времени. С этого времени стал размышлять о смысле жизни, стал верить в Бога, читать религиозную литературу, понял, что «вся жизнь – есть промысел божий», что жил «неправильно: без Бога». После чего стал верующим человеком, читал религиозную литературу, посещал церковь. Стал проживать в селе Вышневолоцкого района, вначале разводил кур, работал рабочим на лесопилке, на базе отдыха, в последующем стал заниматься предпринимательской деятельностью.

С 1994 г. является директором частного трактира, проявил себя как грамотный организатор, отзывчивый человек: неоднократно оказывал материальную помощь интернату, воспитанникам детского дома, безвозмездно участвовал в восстановлении и строительстве церкви, привозил священнослужителей в деревни, где не было церквей, помогал в организации церковных служб. Являлся директором филиала Православного братства святителя Филарета Московского.

Вскоре стала отмечаться определенная гротескность в его религиозности: повесил в трактире иконы, заставил своих подчиненных

причащаться и исповедоваться в церкви, собирал людей в деревне и читал им Библию. В последние 1,5 - 2 г. стал очень замкнутым. В течение 1998 г. в трактир практически не заходил, делами не интересовался. Вместе с тем «иногда впадал в состояние, граничащее с безумием»: внезапно бросал все дела, ничем не интересовался, мог среди ночи уехать в неизвестном направлении, никого об этом не предупредив; иногда закрывался в доме и не выходил по несколько дней. Не подходил к телефону, заставлял жену первой брать трубку. «Полностью посвятил себя религии», ночью, легко одетым в сильные морозы на 2-3 часа уходил в лес молиться, продолжал для церкви делать значительные пожертвования. Вместе с тем отмечал, что «какой-либо системы в этих молитвах не было, все зависело от настроения» и у него нет «общепринятого христианства».

В 1998 г. ездил «для паломничества» в Иерусалим. После пребывания в Иерусалиме сказал жене, что там с ним «говорил Бог и теперь он знает что делать». После возвращения сказал, что ему «все надоело» и он хочет «поездить по стране». Стал часто говорить о необходимости «истребления евреев». После поездки в Новосибирск, купил полотно, начал писать лозунги, содержания которых никто не понимал. У него ухудшились отношения со священниками, он перестал их принимать дома.

Сообщил, что собирается продать трактир и на вырученные деньги закупить оружие для борьбы с «жидами». В беседах говорил, что собирается уничтожить евреев «в масштабах всей страны», а потом «взяться» за мусульман; планировал, что «когда начнется революция, они побегут по дороге Москва – Санкт-Петербург», тогда он их будет уничтожать в районе Вышнего Волочка. Предложил «повоевать», затем пояснил, что «нужно свергнуть правительство».

В ходе обыска у С. были изъяты его записи, озаглавленные: «Цель восстания», «Теория вооруженного восстания», «Памятка добровольца», «Обращение к народу». В записях указано, что целью восстания является «свержение жидовского ига и восстановление самодержавного православного царства», «подлежат немедленному уничтожению: все органы власти, органы МВД, ФСБ, налоговой полиции и инспекции, суд, прокуратура. В последующем необходимо «национализировать и взять под охрану продовольственные склады, АЗС и нефтебазу», блокировать автотрассу Москва – Санкт-Петербург, обратиться к народу и произвести мобилизацию всех желающих. Обнаружены инструкции, как «Сформировать царский опричный полк»,

«Организовать общегородские крестные ходы», «Отправить отряд на электричке в Тверь и действовать там», а «для определения своих использовать пароль: «Христос Воскресе» и ответ: «Воистину Воскресе».

Для реализации своей цели в марте 1999 г. заготовил несколько ящиков бутылок с «горючей жидкостью». В апреле ночью С. вместе со своим сподвижником Х. вошли под видом посетителей в дежурную часть Вышневолоцкого ГОВД и произвели из принесенного с собой огнестрельного оружия в находившихся в помещении сотрудников милиции не менее 8 выстрелов; в результате погибли 3 сотрудника милиции и один получил ранения. В последующем С. и Х. скрылись с места происшествия. С. через три месяца был задержан. В ходе следствия он сообщил, что не хотел «захватить власть», а планировал изменить ее, то есть изменить экономику, политику, идеологию, отношения между людьми. Отмечал, что «хотел дать толчок, а там – посмотрел бы, что получилось». По мнению С., идеальной формой государственного устройства является самодержавие; в качестве идеологии необходимо использовать догмы, изложенные в Евангелии. Сообщил, что планировал насильственное изменение власти с помощью вооруженной группы людей, находящихся у него в подчинении. Для достижения этих планов необходимо было захватить оружие в милиции. Отметил, что вначале они планировали с помощью оружия заставить сотрудников милиции подчиниться, связать их, но Х. оказался нерешительным и тогда он достал ружье и стал стрелять по сотрудникам милиции.

С. рассказал, что в 1998 г. во время поездки в Иерусалим «видел как люди зла и тьмы борются» со священным огнем. Понял, что «в мире происходит постоянная борьба добра со злом в мистическом плане». Тогда он решил «бороться со злом». Хотел на Пасху, когда будет сходить огонь «что-то сделать в России». В «день схождения огня» вместе с Х. решил завладеть оружием, которое находилось в отделе внутренних дел, освободить заключенных, сжечь здание налоговой полиции. Сообщил, что после этого он планировал обратиться к народу с просьбой о поддержке. После того как «все получилось не так как хотели», Х. убежал, а он побежал вслед за ним, так как «одному не справиться с задуманным». В последующем скрывался в лесу.

Во время амбулаторного судебно-психиатрического освидетельствования С. сидел в однообразной позе, не смотрел на собеседников, был гипомимичен, не проявлял интереса к беседе, на вопросы

отвечал кратко, односложно, «с оттенком высокомерия в голосе». На простые вопросы, требующие конкретных ответов, начинал пространно рассуждать на околорелигиозные темы. Сообщал, что врачам «все равно ничего не понять, так как в них нет Бога». Эксперты отмечали у него монотонность голоса, эмоциональную нивелированность; порой он застывал в однообразных позах, у врачей создавалось впечатление, что он к чему-то прислушивается, однако какого-либо диагноза установлено не было.

При стационарной СПЭ в Центре им. В.П. Сербского С. был формально правильно ориентирован, но цель проводимого обследования понимал недостаточно. Держался несколько напряженно, настроенно. Вместе с тем настроение было несколько повышено; часто появлялись неадекватная улыбка, своеобразные гримасы. В целом же мимика маловыразительна, обеднена. В беседу вступал легко, но интереса к ней по существу не проявлял. На вопросы отвечает громким, но маломодулированным голосом, в целом в плане заданного. Порой использует усложненные, витиеватые речевые обороты. Жалоб на состояние здоровья не предъявляет, считает себя психически здоровым человеком. Склонен к пространному рассуждательству на религиозные темы. Многословно, витиевато, но достаточно нечетко, расплывчато рассказывает о положениях христианства. При этом не демонстрирует глубокого знания. Часто, но порой не к месту, приводит цитаты из Библии. Спонтанно говорит о том, что его «избрал», «призрел Господь на выполнение задачи». На уточняющие вопросы отвечает неохотно, формально, стремится не раскрывать своих переживаний, отрицает ранее сказанное. С некоторой бравадой, приняв горделивую позу, сообщает: «Вам все равно не понять». В ходе длительных бесед удалось выяснить, что примерно в 1991 г. он почувствовал «какой-то толчок», «понял», что живет неправильно, стал верить в Бога. Считает, что с этого времени он резко изменился по характеру, утратил прежние интересы, полностью сменил систему ценностей. Отмечает, что теперь не деньги занимают главное место в его жизни, а «истинные ценности русского народа». Рассказывает, что во время молитв «мысленно» обращается к Богу с вопросами и иногда получает «как бы исподволь» его ответы. Поясняет, что все «мысленные» ответы Бога поступают в душу, и лишь некоторые из них затем «переходят» в мозг. Отмечает, что иногда «в голове» внезапно появляются «мысли Бога». При целенаправленных расспросах сообщает, что иногда Бог его «наказывает заслушивание», при этом появляется

сильный немотивированный страх, «чехарда», «безумие» в голове, утрачивается ориентировка в месте и времени. Поясняет, что возникает ощущение, что все это «делается» извне. Рассказывает, что в период посещения Иерусалима Бог «дал понять», что надо делать в стране для «торжества божьей идеи на Земле». Инкриминируемые ему деяния не отрицает. Однако рассказывает о них спокойно, не меняя интонации. Придерживается своих показаний в материалах дела. Не считает свои действия бессмысленными и безрезультатными, с некоторой бравадой отмечает, что он «все-таки сделал переполох». Подчеркивает, что он «не убийца», так как, несмотря на то, что тела потерпевших погибли, их души «вознеслись к Господу». Добавляет, что «кроме того» необходимо «возлюбить ближнего как самого себя», «я их возлюбил, а для меня лучше умереть, чем жить без Бога – значит я не убийца». Обеспокоенности сложившейся судебно-следственной ситуацией не высказывает. Убежден, что «все будет хорошо» и Бог его «не оставит». В отделении малообщителен, не нарушает режим. Мышление малопродуктивное, резонерское. Суждения паралогичны. Эмоционально неадекватен, выхолощен. Критическая оценка своего состояния и сложившейся судебно-следственной ситуации отсутствует. При экспериментально-психологическом исследовании на фоне в целом негативного отношения испытуемого к исследованию, стремления не раскрывать значимых переживаний, дистанцированности, формальности, напряженности, настороженности выявляются нарушения мотивационно-эмоциональной сферы в виде субъективизма, своеобразия восприятия, склонности к формированию аффективно заряженных некорректируемых построений и концепций, тенденции к интерпретации мотивов действий окружающих и поступающей информации в свете этих построений, недоверчивое, пренебрежительное отношение к другим людям с переоценкой собственной личности. Его отличают сниженное чувство эмпатии, способности к сопереживанию, эмоциональная холодность, измененность, а также агрессивность. Отмечается отсутствие ситуационно-обусловленной тревожности. В ряде случаев выявляется выраженный субъективизм отдельных решений, тенденция к субъективной интерпретации стимульного материала, эмоционального и содержательного контекстов сюжетных картин. Порой при передаче условных смыслов наблюдается снижение целенаправленности суждений с некоторой смысловой нечеткостью. Опосредующие образы отличаются формальностью, отдельные субъективны вплоть до отдаленности. При

работе с эмоционально нагруженным стимульным материалом отмечается формальность, слабодифференцированность решений, отсутствие тонких нюансированных ответов при описании переживаний и чувств. Наблюдается эпизодическое привнесение в материал заданий ощущения недоброжелательства со стороны окружающих, а также проекция собственных агрессивных тенденций.

Диагноз шизофрении у С. не может вызвать сомнения. Как видно из анамнеза заболевание у него имеет довольно характерную картину сочетания психопатологии с социально нормативным поведением (дисморфофобия, философическая интоксикация, психопатоподобная эксплозивность и – окончание техникума на отлично, успешная служба в армии, устройство семьи). Лет через 15 от начала заболевания ксенопатический «толчок» пробудил «чувство Бога», стал приводить к изменению самосознания религиозной направленности, что вначале выразилось в социально позитивной деятельности, но затем стала приобретать гротескный характер.

Однако религиозность в результате усложнения клинической картины с развитием синдрома Кандинского-Клерамбо, все далее отходила от ортодоксального православия и трансформировалась в идеи насильственной реформации общества. Ксенопатическое «общение» с Богом, хотя и «путало мысли» мысли привело к формированию нелепой опасной фабулы своего особого предназначения в обществе, попытка реализации которой уже в самом начале привела к человеческим жертвам, общие же планы этой фабулы носили широко масштабный гомоцидный характер.

Понятно, что С. было рекомендовано принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением. Практика показывает, что психопатологическая составляющая религиозности в таких случаях поддается лечению, и больные по выходу из психотического состояния обращаются к Богу с покаянными молитвами, осуждая себя за совершенные убийства.

НАУЧНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ АВТОРА ПО ОБСУЖДЕННЫМ ПРОБЛЕМАМ

1. Шизофренический процесс, осложненный длительной алкогольной интоксикацией // Практика судебно-психиатрической экспертизы. Сб. № 3. - М., 1961. - С. 32-40.

2. О диагностических трудностях при распознавании шизофрении // Практика судебно-психиатрической экспертизы. Сб. № 7. М., 1962. - С. 13-20.

3. О трудностях распознавания вялотекущих случаев шизофрении в условиях судебно-психиатрической экспертизы // В кн.: Шизофрения ее значение и оценка в судебно-психиатрической практике. М. 1962. - С. 15-16.

4. О психопатоподобных состояниях при вялом течении параноидной формы шизофрении // Практика судебно-психиатрической экспертизы. Сборник № 9. М., 1964. - С. 20-26.

5. Об особенностях судебно-психиатрической экспертизы в некоторых случаях медленно текущей шизофрении // В кн.: Проблемы клиники судебно-психиатрической экспертизы, патофизиологии и иммунологии. № 3, в. XV, М., 1964. - С. 335 - 346.

6. Судебно-психиатрическая экспертиза медленно текущей шизофрении // Журн. Судебно-медицинская экспертиза. № 3. М., 1965. - С. 44-49.

7. Профилактика противоправных действий больных шизофренией с вялым течением процесса // Тезисы докладов "Конференции, посвященной вопросам профилактики общественно опасных действий психически больных". М., 1966. - С. 35-36.

8. Профилактика опасных действий и некоторые вопросы дифференциальной диагностики при шизофрении // В кн.: Материалы научно-практической конференции, посвященной вопросам проведения принудительного лечения в психиатрических больницах специального типа. М., 1967.- С. 54-57 (совм. с: Ильинский Ю.А.)

9. Некоторые вопросы дифференциальной диагностики шизофрении (применительно к судебной психиатрии) // В кн.: Вопросы психоневрологии. Южно-Уральское книжное издательство. 1968. - С. 84-91 (совм. с: Ильинский Ю.А.)

10. Вопросы клинико-психопатологического анализа диагностически трудных случаев шизофрении // В кн.: Вопросы судебной психиатрии. М., 1969. - С. 25-26 (совм. с: Ильинский Ю.А.).

11. О возможности использования 16-ти факторного личностного теста Кэттела // В кн.: Научные труды ВНИИФК. Т. I. М., 1970. - С. 209 - 212.

12. Анализ диагностических расхождений при пограничных состояниях, ранее диагностированных как шизофрения. // В кн.: Проблемы судебной психиатрии. Вып. XX. М., 1971. - С. 229 - 241 (совм. с: Лунц Д.Р., Мальцева М.М., Тальце М.Ф., Турова З.Г.)

13. К дифференциальному диагнозу между шизофренией и психопатией // Практика судебно-психиатрической экспертизы. Сборник № 19. М., 1972. - С. 40-46.

14. О психопатоподобных реакциях у больных шизофренией // Практика судебно-психиатрической экспертизы. Сборник № 20. М., 1972. - С. 15-20.

15. О некоторых особенностях больных шизофренией с социально обусловленной деформированностью преморбида // В кн.: Профилактика общественно опасных действий, совершенных психически больными. М., 1972. - С. 41-43.

16. К вопросу о дифференциальном диагнозе между шизофренией и психопатией // В кн.: Вопросы клиники, патогенеза и терапии психических заболеваний. М., 1972. - С. 59-62.

17. Психопатоподобные расстройства при шизофрении // Журнал Судебно-медицинская экспертиза. № 1. М., 1973. - С. 48-51.

18. К уточнению понятия "психопатоподобный" у больных шизофренией // Журн. Невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Т. 73. Вып. 7. 1973. - С. 915 - 918.

19. О психопатоподобном "оформлении" психотических синдромов у больных шизофренией // В кн.: Тезисы докладов научно-практической конференции, проводимой Институтом им. Сербского и Владимирской областной психиатрической больницей. Владимир. 1973. - С. 11-15.

20. К дифференциальному диагнозу между хроническим алкоголизмом у психопатических личностей и осложненной хроническим алкоголизмом шизофренией // В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. Т. I, М., 1973. - С. 174 - 177.

21. К вопросу об изменениях личности как диагностическом критерии при шизофрении // В кн.: Вопросы общей психопатологии и соци-

альной адаптации психически больных. Труды МНИИП МЗ РСФСР. Т. 67. М., 1973. – С. 140 – 146.

22. О дополнительных трудностях социальной реадaptации больных шизофренией, заболевших в период формирования личности // Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Материалы Пленума правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров. Л., 1973. – С. 172 – 175.

23. Материалы катamnестического исследования лиц, признанных в Институте им.Сербского невменяемыми // В кн.: Труды ВНИИ судебной психиатрии им.В.П.Сербского. М., 1973. – С. 36 — 54 (совм. с: Печерникова Т.П., Шостакович Б.В.).

24. К клиническим критериям распознавания шизофрении // Материалы V научной конференции невропатологов и психиатров ЛитССР. Каунас. 1974. – С. 145 -147.

25. Анализ конфликтных ситуаций, возникающих в микросоциальной среде больных шизофренией, в плане профилактики общественно опасных действий // В кн.: Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. М., 1974. – С. 53 – 58. (совм. с: Гендин Я.Л.)

26. О псевдокомпенсаторном действии хронического алкоголизма на апатико-абулические расстройства у больных шизофрении // В кн.: Клинические и организационные вопросы судебной и общей психиатрии. Калуга. 1975. – С. 101 – 105.

27. Динамика психопатоподобных расстройств при шизофрении как критерий дифференциального диагноза между психопатией и шизофренией // В кн.: Клинические и организационные вопросы судебной и общей психиатрии. Калуга. 1975. – С. 73 - 74.

28. О консультативных заключениях, даваемых психиатрами-экспертами в судебно-психиатрической практике // Вопросы организации судебно-психиатрической экспертизы. Сб. научных трудов. М. 1975. – С. 86 - 94.

29. Об одном из вариантов подготовки к симулированию шизофрении // Практика судебно-психиатрической экспертизы. Сборник № 25. М. 1975. – С. 13 – 16.

30. Клинические принципы диагностики шизофрении (к оценке нейтральных симптомов) // Материалы VI Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. Т. III. М. 1975. – С. 312 – 316 (совм. с: Шостакович Б.В. и Герасимов С.В.).

31. Анализ случаев ошибочной диагностики у больных шизофренией // Судебно-психиатрическая экспертиза. Сборник № 26., № 26. М., 1976. – С. 9 – 16.

32. Клинико-катamnестическое исследование больных, находившихся на так называемом обязательном лечении // В кн: Актуальные вопросы социальной и судебной психиатрии. М., 1976. – С. 41-52 (совм.с: Шостакович Б.В. и др.).

33. Об экспертных оценках по данным катamnестического исследования лиц, признанных невменяемыми // В кн.: Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии. М., 1976. – С. 12 -19 (совм.с: Печерникова Т.П.).

34. Структура и динамика психопатоподобных синдромов у больных шизофрении // Вопросы социальной и клинической психоневрологии. Т. 17. М., 1977. – С. 44-52.

35. Психопатологическое и “сохранное” в личности больного шизофренией // Там же – С. 85-93 (совм. с: Сухарева Т.М., Маринец Г.Е.).

36. Анализ и использование психиатром-экспертом объективных данных о личности испытуемого // Судебно-психиатрическая экспертиза. Сборник № 28. М., 1977. – С. 57- 65.

37. Деонтологические принципы в период принудительного лечения психически больных // В кн.: Проблемы медицинской деонтологии. М., 1977. – С. 145 - 149.

38. Психотерапевтический аспект проведения судебно-психиатрического освидетельствования // В кн.: Вопросы психотерапии. М., 1977. – С. 44-48.

39. Психогении как фактор, затрудняющий своевременное распознавание шизофрении // Судебно-психиатрическая экспертиза. № 29. М., 1977. – С. 37-42.

40. Синдром оппозиционной напряженности у больных шизофрении // Новые данные о патогенезе, клинике и лечении нервных и психических заболеваний. Тезисы докладов на Пленуме правления Всесоюзного научного общества невропатол. и психиатров. Кишинев. 1977. – С. 133 – 137.

41. Судебно-психиатрическое значение особенностей личности психически больных // В кн.: Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии. М., 1977. – С. 17-28.

42. Деонтология и лечение больных шизофренией в специальных

психиатрических больницах // В кн.: Клинические и организационные вопросы судебной психиатрии. Орел. 1978. – С. 65-69.

43. К вопросу о диссимуляции у больных параноидной шизофренией // Там же. – С. 143 - 145 (совм. с: Ломоватский Л.Е.).

44. Анализ некоторых аспектов изменений личности при шизофрении // “Шизофрения. Алкоголизм.” Материалы 1 съезда невропатологов и психиатров Узбекистана. Ташкент. 1978. – С. 191 - 195.

45. К прогнозированию адаптационных возможностей больных шизофренией при решении вопроса о прекращении принудительного лечения // В кн.: Проблемы принудительного лечения психически больных. М., 1978. – С. 63-72 (совм. с: Варшавская Г.Д., Калюжный А.С., Ломоватский Л.Е.)

46. Распознавание шизофрении, осложненной психогениями // В кн.: Актуальные вопросы психиатрии (клинические и социальные аспекты шизофрении и алкоголизма). М., 1978. – С. 104 – 109 (совм. с: Шостакович Б.В., Герасимов С.В.)

47. Психогенные шизофреноподобные состояния у дебильных личностей и их отличие от шизофрении // Психогенные (реактивные) заболевания. Вып. 1. М., 1979. – С. 81 - 85.

48. К вопросу о социально-личностных изменениях больных шизофренией // В кн.: Актуальные вопросы социальной психиатрии. Материалы учебно-методического семинара. Валдай. 1979. – С. 62-71.

49. Диссимуляция у больных параноидной формой шизофрении // В кн.: Клинические и организационные вопросы судебной и общей психиатрии. Калуга. 1979. – С. 178 -181 (совм. с: Ржонец Р.В., Ломоватский Л.Е.).

50. К клинико-социальному анализу социального поведения больных шизофренией // Там же. – С. 165 - 169.

51. О необходимости учета социально-личностных факторов при проведении принудительного лечения больных шизофренией // В кн.: Вопросы профилактики общественно опасных действий психически больных и организация принудительного лечения в психиатрических больницах специального типа. М., 1979. – С. 18-23.

52. Судебно-психиатрическое значение некоторых вариантов постпсихотического развития личности больных шизофренией // В кн.: Личностные изменения и предупреждение общественно опасных действий при психозах и алкоголизме. Хабаровск. 1979. – С. 67-70.

53. Клинические варианты сочетания шизофрении и алкоголизма // В кн.: Теоретические и организационные вопросы судебной психиатрии. М., 1980. – С. 30-38 (совм. с: Ростовцева Т.И, Мальцева М.М.).

54. Влияние личностных особенностей больных шизофренией с бредом ревности на их поведение в семье // В кн.: Актуальные вопросы судебной психиатрии (профилактика общественно опасных поступков). М., 1980. – С. 43-53 (совм. с: Калюжный А.С.).

55. К уточнению понятия диссимуляции // Ж. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Т.80. вып. 8. 1980. – С. 1208-1211 (совм. с: Ломоватский Л.Е.).

56. Течение алкоголизма у больных шизофренией // В кн.: Вопросы социальной и судебной психиатрии. Вологда. 1981. – С. 37-39.

57. О практике клинических обоснований вменяемости при шизофрении // Материалы VII Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. Т.3. М., 1981. – С. 331 - 334.

58. Распознавание симуляции бреда // Судебно-психиатрическая экспертиза (особенности психиатрической оценки шизофрении). М., 1981. – С. 20-28.

59. Анализ причин повторных общественно опасных действий больных приступообразной шизофренией // В кн.: Клинико-социальные аспекты профилактики общественно опасных действий психически больных. М., 1981. – С. 54-61 (совм. с: Варшавская Г.Д.).

60. Динамика диссимуляции больных параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении // В кн.: Принудительное лечение психически больных (клинические и организационные аспекты). М., 1981. – С. 9 – 16 (совм. с: Ломоватский Л.Е.).

61. Анализ структуры личности больных шизофренией в плане их социальной опасности // В кн.: Клинико-социальные аспекты профилактики общественно опасных действий психически больных. М., 1981. - С. 17-27.

62. Диссимуляция у больных параноидной шизофренией // Методические рекомендации. Изд. МЗ СССР. М., 1982. - 74 с.

63. Судебно-психиатрическое значение психопатоподобных состояний при шизофрении // В кн.: Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической практике. М., 1982. – С. 108 - 115.

64. Значение деонтологического подхода к больным, находящимся на принудительном лечении // В кн. Психогенные заболевания и проблемы деонтологии в судебно-психиатрической практике. М., 1982. – С. 42-50.

65. Психогенные психопатоподобные реакции у больных шизофренией // В кн.: Психогенные (реактивные) заболевания на измененной “почве”. Вып. 2. Воронеж. 1982. – С. 76-79.

66. К уточнению понятия хронической душевной болезни в плане медицинского критерия невменяемости // В кн.: Проблемы вменяемости в судебной психиатрии. М., 1983. – С. 10-19.

67. Комплексная оценка социальной опасности больных шизофренией // В кн.: Шизофрения (судебно-психиатрическое значение). М. 1983. – С. 67-77 (совм. с: Мальцева М.М., Василевский В.Г.)

68. Анализ повторных поступлений на принудительное лечение // В кн.: Актуальные вопросы принудительного лечения психически больных, совершивших общественно опасные действия. М., 1983. – С. 35-40 (совм. с: Котова Т.А.).

69. Пути совершенствования профилактики общественно опасных действий психически больных // В кн: Организационные вопросы судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения. М., 1984. – С. 12-19 (совм. с: Мальцева М.М. и др.).

70. Роль личности в опасном поведении психически больных // В кн.: Вопросы соотношения биологического и социального в психиатрии. М., 1984. – С. 83-93.

71. Новые аспекты дифференциального диагноза, связанные с патоморфозом шизофрении // В кн.: V советско-финляндский симпозиум по вопросам психиатрии. М., 1985. – С. 130 - 139.

72. Шизофреноподобные особенности личности непроцессуального генеза. В кн.: Актуальные вопросы неврологии, психиатрии и нейрохирургии. Рига. 1985. С. 113-116.

73. Судебно-психиатрическое значение патоморфоза психических заболеваний // В кн.: Патоморфоз психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. М., 1985. – С. 21-29.

74. Принудительное лечение и динамика факторов риска повторных общественно опасных действий. В кн.: Принудительное лечение в системе профилактики общественно опасных действий психически больных. Благовещенск. 1985. С. 16-20.

75. Судебно-психиатрический аспект функционального диагноза и индивидуализированные программы профилактики общественно опасных действий психически больных // В кн.: Профилактика общественно опасных действий психически больных. М., 1985. – С. 16-24.

76. Психически больной и социальная среда // Юбилейный сборник трудов Курской психиатрической больницы. Курск. 1986. – С. 46-51.

77. Новые проблемы дифференциального диагноза в психиатрии // Материалы III съезда невропатологов и психиатров Белоруссии. Минск. 1986. – С. 337 - 338.

78. Вопросы персонологии и судебная психиатрия // В сборнике научных трудов института психиатрии им. Асатиани МЗ ГССР. 1986. – С. 17-21.

79. Структура и динамика факторов риска опасного поведения психически больных // В кн.: Теоретические и клинические проблемы современной психиатрии и наркологии. М., 1986. – С. 116 - 119.

80. Понятие “временное расстройство душевной деятельности” как медицинский критерий невменяемости // В кн.: Кратковременные расстройства психической деятельности в судебно-психиатрической практике. М., 1986. – С. 3 – 13.

81. Профилактика повторных общественно опасных действий психически больных. Методические рекомендации. Изд. МЗ СССР. М., 1986. 51 с. (в соавт. с: Мальцева М.М., Василевский В.Г.).

82. Общественно опасные деяния психически больных (анализ формирования опасных тенденций и причины их реализации) // В кн. Труды I Съезда психиатров социалистических стран. М., 1987. – С. 351– 357.

83. Динамика факторов риска совершения ООД психически больными (катамнестическое исследование) // В кн. “Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике”. М. 1987. – С. 25 – 33. (в соавт. с: Криворучко Ю. Д., Наку А.А., Симбирцев А.Л.).

84. Деонтологические аспекты применения мер медицинского характера // В кн. “Меры медицинского характера в системе профилактики ООД психически больных”. М., 1987. – С. 84 - 100.

85. Распознавание диссимуляции в практике осуществления мер медицинского характера // Там же. – С. 100 - 114.

86. Деонтология в судебно- психиатрической практике. Методические рекомендации. Изд. МЗ СССР. М., 1987. – 28 с.

87. Шизофрения, осложненная наркоманией // В кн.: Материалы

2-го Съезда невропатологов и психиатров УзССР. Ташкент, 1987. – С. 86-89, (в соавт. с: Василевский В.Г).

88. Постпсихотическое развитие личности // В кн.: “Профилактика общественно опасных действий психически больных”. Тезисы Всесоюзной конференции. Калуга. 1988. – С. 63-66 (в соавт. с: Велигорский А.В.).

89. Системно-структурный подход как когнитивный базис судебно-психиатрического исследования // Материалы УШ Всесоюзного съезда невропатологов, психиатров и наркологов. М., 1988. – С. 349 -353.

90. Принципы проведения принудительного лечения. Методические рекомендации. Изд. МЗ СССР. М. 1988. (в соавт. с: Котов В.П., Мальцева М.М.).

91. Вопросы качества психиатрической помощи // В кн. Вопросы качества психиатрической, неврологической и наркологической помощи. МНИИП МЗ РСФСР. М., 1989. – С. 39-42.

92. Роль личностного фактора в системе реабилитационных мероприятий в отношении больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия // В сб. Вопросы реабилитации психически больных, совершивших общественно опасные действия. М., 1989. – С. 26 - 34 (в соавт. с: Велигорский А.В.).

93. К вопросу о дифференциальном диагнозе шизофрении, осложненной наркоманией // Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике. М., 1990. – С. 26-34 (в соавт с: Герасимова С.М., Разумовская С.П.)

94. Системно-структурный анализ расстройств поведения как метод диагностики в психиатрии // Вопросы диагностики в судебно-психиатрической практике. М., 1990. – С. 9-18.

95. Психопатология в аспекте права // Правовые вопросы судебной психиатрии. М., 1990. – С. 56-65.

96. Первичное выявление токсикоманий и наркоманий в судебно-психиатрической практике // Актуальные вопросы наркотических средств и наркологии. М., 1990. – С. 53-61.

97. Проблемы дифференциального диагноза и прогноза заболевания при сочетанной психической патологии // Сочетанные психические расстройства различного генеза в судебно-психиатрической практике. М., 1991. – С. 3-12.

98. Понятие патологического влечения к наркотическим средствам и его основные клинические аспекты // Проблема расстройств влече-

ний в судебно-психиатрической практике. М., 1991. – С. 11-17. (в соавт. с: Клименко Т.В.).

99. Дифференциальная диагностика шизофрении и резидуально-органических поражений головного мозга при атипичной клинической картине. Методические рекомендации. Изд. МЗ СССР. М., 1991.- 22 с. (в соавт. с: Осколкова С.Н.).

100. Анализ сочетаний наркоманий и пограничных состояний (судебно-психиатрический аспект) // Сочетанные психические расстройства различного генеза в судебно-психиатрической практике. М., 1991. – С. 46-54 (в соавт. с: Герасимова С.М., Разумовская С.П.).

101. Причины и распознавание гашишизма у больных шизофренией // Клинический патоморфоз психических расстройств в динамике алкоголизма и наркомании. Материалы Дальневосточной зональной научно-практической конференции. Хабаровск. 1991.- С. 37-41(в соавт. с: Расулов А.Г.).

102. Клиника и дифференциальный диагноз параноидной шизофрении, сочетанной с гашишизмом // Проблемы контроля наркотических средств и профилактика наркоманий. М., 1992. – С. 80-92 (в соавт. с: Расулов А.Г.).

103. К вопросу о концептуальном подходе к некоторым психопатологическим формам // Актуальные вопросы наркологии и психиатрии. Кишинев. 1992. – С. 60-64 (в соавт. с: Осколкова С.Н.).

104. Гашишизм и шизофрения. Психопатология и динамика их сочетанности // Журнал Вопросы наркологии. №№ 3-4. М., 1992.- С. 39-43 (в соавт. с: Расулов А. Р.).

105. Общемедицинские, правовые и нравственные аспекты психиатрии в современной России. Сущность проблемы // Журнал «Врач», № 10, М., 1993 – С. 51-53. (в соавт. с: Осколкова С.Н.).

106. Теоретические основы проблемы невменяемости // Актуальные проблемы общей и судебной психиатрии. - М., 1993. – С. 70-86.

107. Особенности диагностических подходов в психиатрии // Журнал «Врач», № 11, М., 1993. – С. 38-40(в соавт. с: Осколкова С.Н.).

108. Из прошлого советской психиатрии // Журнал «Врач». 1994. № 11. – С. 34-37.

109. Теоретические аспекты причин социально опасного поведения психически больных // Проблемы судебно-психиатрической профилактики. М., 1994. – С. 33-42.

110. Психопатологическая сущность ограниченной вменяемости // Судебная и социальная психиатрия 90-х годов. Материалы международной конференции. Т.1. Киев-Харьков-Днепропетровск. 1994. – С. 91-93.
111. Структура причин опасного поведения психически больных // Там же. – С. 46-48.
112. К дискуссионным вопросам истории судебной психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им.В.М. Бехтерева. СПб.1994. № 3. – С. 71-75.
113. Динамика психопатологических фабул при эндогенных психозах в дифференциально-диагностическом аспекте // «Клиническая и социальная динамика при эндогенных заболеваниях». «Актуальные проблемы эндогенной патологии». Материалы конференции с международным участием Томского научного центра НИИ психического здоровья 4 октября 1994г. Томск. – С. 8-16.
114. Социокультуральные влияния на содержание психопатологии // Социокультуральные проблемы современной психиатрии. М., 1994. – С. 60-66.
115. Социокультуральный фон в России конца XX века и его феноменологическое отражение в психопатологии // Социальная и клиническая психиатрия. Том 4, вып.2. М., 1994. – С. 135 – 139
116. Серийные убийства в общей структуре совершаемых убийств // Серийные убийства и социальная агрессия. Тезисы докладов конференции 20-22 сентября 1994г., Ростов-на-Дону - Москва. 1994. – С. 58-59.
117. Социокультуральные влияния на содержание психопатологии // Социокультуральные проблемы современной психиатрии (Кербиновские чтения). М., 1994. – С. 60-62.
118. Вопросы качества психиатрической помощи // Журнал невропатол. и психиатрии им.С.С.Корсакова. № 4, М., 1994. - С. 103-105. (в соавт. с: Осолкова С.Н.).
119. Секреты перевернутой страницы истории советской психиатрии // «Российская юстиция». № 1. М. 1994. – С. 24-30.
120. Actual problem and new faktors differential diagnosis in psychiatry // Changes in Psychiatry. XXXVIII Zjazd Psychiatrow Polskich. Wroclam. 1995. – С. 77-78 (в соавт. с: Клембовская Е.В.).
121. Роль тоталитарных сект как нового патогенного фактора // Материалы XII Съезда психиатров России. М., 1995. – С. 77-88.
122. Принципы составления экспертной системы критериев ограниченной вменяемости // там же – С. 482 – 483. (в соавт. с: Осолкова С.Н.).
123. Тоталитарные секты в современной России // Записки криминалистов. Изд.»Юрикон». Московская государственная юридическая академия. Вып. 5. М.1995. – С. 183 – 193.
124. Тоталитарные секты и их влияние на здоровье // Журн. «Врач». № 7. Москва. 1995. – С. 39-41.
125. Подсознательные формы коллективного реагирования и поведения в новых «конфессиональных» группах на современном социокультуральном уровне // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья. Под ред.Т.Б. Дмитриевой и Б.С.Положего.М., 1996. – С. 29-38.
126. Квазирелигиозные учения и психическое здоровье // «Безопасность и здоровье нации в аспекте преступности». Издание: Криминологическая Ассоциация. НИИ Проблем управления законности и правопорядка. М., 1996. – С. 76-81.
127. Духовные подмены. Общество. Преступность. //“Духовность. Правопорядок. Преступность”. Материалы научно-практич. конференции МВД РФ 28 марта 1996. М. 1996. - С. 218 – 222.
128. Методологические аспекты проблемы ограниченной вменяемости // Ограниченная вменяемость. Под редакцией Т.Б. Дмитриевой. М. 1996. – С. 18-28.
129. Opposition-tension of Schizophrenic Patients // X World Congress on Psychiatry. Madrid 23-28.08.96. - Т. 2. – С. 375.
130. К вопросу о разработке экспертной системы судебно-психиатрической оценки // Журнал невропатологии и психиатрии. 1996. № 2. – С. 65-67, (в соавт. с: Осолкова С.Н.).
131. Профессиональная этика судебного психиатра. Авторская лекция // Журнал «Врач». № 10. М. 1996. – С. 5 – 7.
132. Концептуальный подход к пониманию нормы и психического здоровья // Социальная и судебная психиатрия: история и современность М.,1996. – С. 32-37.
133. Комплексная судебная нарколого-психиатрическая экспертиза // Глава 3 Пособия для врачей «Комплексные судебно-психиатрические экспертизы». М., 1996. – С. 59-74(в соавт. с: Клименко Т.В.).
134. Трудные испытания в истории Центра // Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им.В.П. Сербского. Очерки

истории (Сборник трудов). Под ред. Т.Б. Дмитриевой и Ф.В. Кондратьева. М., 1996. – С. 135 – 144.

135. О систематике эндогенных психозов в свете диагностических критериев МКБ-10 // Журнал невропатологии и психиатрии им.С.С. Корсакова № 10, М. 1997. – С. 4 – 10, (в соавт. с: Тиганов А.С., Пантелеева Г.П., Вертоградова О.П., Цуцельковская М.Я.).

136. Основания для назначения судебно-психиатрической экспертизы по уголовным делам // Назначение и проведение судебно-психиатрической экспертизы. Пособие для врачей. Под ред. проф. Б.В. Шостаковича. М., 1997. – С. 8 – 16, (в соавт. с: Василевский В.Г.).

137. Обоснование методов проведения СПЭ и клинических критериев невменяемости, вменяемости и ограниченной вменяемости в современных условиях // Там же. – С. 36- 51, (в соавт. с: Осолкова С.Н.).

138. Дианетика, сайентология, нарконон - вред духу, душе и телу// Журнал «Врач». №.1. М., 1997. – С. 37 – 39.

139. Подсознательные формы коллективного реагирования и поведения в новых «конфессиональных» группах на современном социокультуральном фоне // Журнал практического психолога. 1997. № 4. С. 94 – 102.

140. Религиозность душевнобольного // Журнал «Врач». № 3. М., 1997. – С. 42 – 45.

141. Новая проблема социально-психологической экологии в России // Сборник «Культуральные и этнические проблемы психического здоровья». Вып. II. Москва-Ижевск. 1997. – С. 39 – 43.

142. Новая этико-правовая сфера деятельности психиатра // «Реформы службы психического здоровья: проблемы и перспективы». Раздел: «Право, этика, философия». Материалы Международной конференции 21-22 октября 1997 г. Москва. – С. 164.

143. Психиатрический аспект последствий деятельности современных культовых новообразований // «Российский психиатрический журнал». № 2. М., 1997. – С. 25 – 30.

144. Этика в психиатрии // Глава монографии «Биомедицинская этика». М., Медицина, 1997. – С. 59 – 97, (в соавт. с: Тихоненко В.А. и др.).

145. Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства // Глава 3 Справочного руководства «МКБ-10 в судебной психиатрии». М., 1997. – С. 45 – 60, (в соавт. с: Осолкова С.Н.).

146. Новые и спорные вопросы судебно-психиатрической оценки при шизофрении // «Российский психиатрический журнал». № 1, 1997. – С. 27 – 31, (в соавт. с: Осолкова С.Н.).

147. Социальные факторы в судебной психиатрии // Очерки социальной психиатрии, гл. 4. М., 1998. – С. 244 – 271, (в соавт. с: Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л.).

148. Ограниченная вменяемость при шизофрении // Глава 3 монографии “Современное уголовное законодательство и судебная психиатрия”. М., 1998. – С. 45 – 71.

149. Судебно-психиатрические оценки при шизотипическом расстройстве // Материалы международной конференции психиатров. М., 1998. – С. 143 – 144.

150. Дополнения к главе 7 «Шизофрения» // Перевод с английского, дополненный руководства Н.И. Kaplan & В. J. Sadok «Клиническая психиатрия». Изд. ГЭОТАР МЕДИЦИНА М., 1998. – С. 114 -117.

151. Дополнение к главе 8 «Бредовые и другие психотические расстройства» // Там же. – С. 132, 134 - 138, 140.

152. Approaches to Evaluating Psychiatric Aid Quality // 5th World Congress on «Innovation in Psychiatry - 1998». London, May 1998. A6-13. – С. 13.

153. Фактор религиозности в аспекте причин и профилактики убийств // «Серийные убийства и социальная агрессия». Материалы 2-й Международной научной конференции. Ростов-на-Дону. 1998. – С. 136 - 138.

154. Еще раз о проблеме культовых новообразований в психиатрическом аспекте // Российский психиатрический журнал. № 4. 1998. – С. 78-80.

155. Фабула шизоаффективного психоза и постпсихотическое развитие личности // В кн. «Аффективные и шизоаффективные психозы (современное состояние проблемы)». М., 1998. – С. 39 – 43, (в соавт. с: Абдурагимова З.Г.).

156. Медико-социальные последствия деструктивной деятельности тоталитарных сект. - Аналитический обзор. Изд. МЗ РФ, ГНЦССП им. В.П. Сербского. Москва. 1998. – 60 с.

157. Современные проблемы судебной психиатрии // Глава коллективной монографии «Шизофрения и расстройства шизофренического спектра». М., 1998. – С. 167 -178, (в соавт. с: Шостакович Б.В.).

158. Ограниченная вменяемость при шизофрении // Коллективная монография «Современное уголовное законодательство и судебная психиатрия. М. 1998. – С. 63-85.

159. Судебно-психиатрические аспекты качества жизни психически больных // Российский психиатрический журнал. № 4, М., 1999. – С. 10–15.

160. F20 - F29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства // Глава 3 Пособия для врачей “МКБ-10 в судебно-психиатрической практике”. М., 1999. – С. 62 – 96, (в соавт. с: Осколкова С.Н.).

161. Современные культовые новообразования («секты») как психолого-психиатрическая проблема. - Изд. Московского Патриархата. 1999. – 55 с.

162. Шизофрения и убийства: многоаспективный анализ взаимосвязи // Материалы научно-практической конференции «Психиатрия на рубеже тысячелетий». Ростов-на-Дону. 1999. – С. 435 - 439.

163. Глоссарий терминов к агрессивному поведению при психических расстройствах. - ГНЦ им.В.П. Сербского. Под ред.Т.Б. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича.М., 1999. - 44 с., (в соавт. с: Шостакович Б.В., Печерникова Т.П., Осколкова С.Н. и др.).

164. Факторы агрессивности больных шизофренией. // Агрессивное поведение лиц с психическими расстройствами (диагностика, судебно-психиатрическая экспертиза, профилактика). Пособие для врачей. М. 2000. С. 23-46 (в соавт. с: Осколковой С.Н. и др.).

165. Мистические фабулы убийств лицами с психическими расстройствами // Механизмы человеческой агрессии. Сборник научных трудов ВНИИ МВД России. М., 2000. – С. 68-82.

166. Вопросы судебно-психиатрических экспертиз по делам, связанным с влиянием «сект» на психическое здоровье адептов // XIII Съезд психиатров России (материалы съезда). М. 2000. – С. 207 – 208.

167. Границы психиатрии в оказании помощи адептам культовых новообразований («сект») // Там же. – С. 207.

168. Сравнительная характеристика бредовых фабул религиозного содержания за последние 100 лет // Там же. – С. 56 (в соавт. с: Лещина Ю.А.).

169. Scizophrenia and aggressiveness: New aspects of the problem // 6th World Congress on «Innovations in Psychiatry - 2000». London. – С. 39 – 40 (в соавт. с: Осколкова С.Н.).

170. Влияние деятельности «сект» на здоровье и дееспособность адептов с психическими расстройствами //»Практика судебно-психиатрической экспертизы». Сборник № 38. Под редакцией Т.Б.Дмитриевой. М., 2000. – С. 179 -193 (в соавт. с: Харитоновна Н.К., Королева Е.В., Шамирова М.В.).

171. Проблема религиозных культовых новообразований («сект») в психолого-психиатрическом аспекте // Аналитический обзор. М., 2000. – 100 с.

172. Теоретические и практические аспекты функционального диагноза шизофрении в судебной психиатрии // Коллективная монография «Функциональный диагноз в судебной психиатрии» М., - 2000. – С. 31-59 (в соавт. с: Осколкова С.Н.).

173. Значение качества жизни психически больных для судебной психиатрии // Материалы международной конференции “Качество жизни в психоневрологии”. Санкт-Петербург. 2000. – С. 21-25.

174. Психиатрический и правовой аспекты оказания психиатрической помощи адептам культовых новообразований («сект») с психическими расстройствами // Сборник научных трудов, посвященных 100-летию кафедры психиатрии и наркологии СПб им. ГМУ им. акад. И.П. Павлова. СПб.2000. – С. 172-173.

175. Информациологический подход к анализу социального поведения психически больных // Сборник научных работ “Психиатрия и общество”. М. 2001. Гэотар-мед. – С. 126 -137.

176. Социальные факторы и шизофрения // Руководство по социальной психиатрии под ред. Т.Б.Дмитриевой и Б.С.Положего. 2-е изд. - М.; “Медицинское информационное агентство”, 2009. – С. 223 -247.

177. Социальные факторы в судебной психиатрии // Руководство по социальной психиатрии. М. 2001. – С. 315-339 (в соавт. с: Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л.).

178. Социальная психиатрия и перспективы ее развития в трудах С.С.Корсакова // Российский психиатрический журнал. № 2. 2001. – С. 4 -7 (в соавт. с: Дмитриева Т.Б.).

179. Психопатологические дефекты социализации и социальное поведение // Актуальные вопросы клинической, социальной и судебной психиатрии. СПб. 2001. – С. 79-81.

180. Problems of Socialization after seizures of Schizophrenia in the Period of Adolescence // International Congress Of the WPA. Madrid, Num.Extraordinario 1.Vol.29. Septiembre 2001. - С. 145.

181. Сюрсимуляция при шизотипическом расстройстве и психогенное провоцирование шизофренического процесса // Практика судебно-психиатрической экспертизы № 40. М. 2002. – С. 5-10.

182. Шизофрения и агрессия: новые ракурсы проблемы // Коллективная монография «Агрессия и психическое здоровье» под ред. акад. Т.Б. Дмитриевой и Б.В.Шостаковича. СПб. Юридический центр Прес. 2002. – С. 132 -173 (в соавт. с: Осколкова С.Н., Василевский В.Г.).

183. Вопросы профилактики агрессивных действий больных шизофренией // Там же. – С. 400 - 404 (в соавт. с: Осколкова С.Н., Василевский В.Г.).

184. Инфляция нозологических критериев шизофрении // Актуальные вопросы охраны психического здоровья населения. Краснодар, 2003. – С. 107-110.

185. Проблемы распознавания шизофрении в судебно-психиатрической практике // Практика судебно-психиатрической экспертизы. Сборник № 41. М. 2003. – С. 5-17.

186. Значение субъективной оценки психически больными своего качества жизни для их социального поведения // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты. Тез. докл на конференции 5-7 октября 2004. М. – 2004. – С. 416.

187. Проблемы дифференциального диагноза. Имитаторы шизофрении // Практика судебно-психиатрической экспертизы. Сб. № 42. М. – 2004. – С. 5 – 18.

188. Континуум детерминант преступности // Преступность в России: причины и перспективы. Материалы Международной научно-практической конф. (ВНИИ МВД России, 27 апреля 2004 г.). М. – 2004. – С. 81 – 84.

189. Концепция качества жизни для судебной психиатрии // Судебная психиатрия. Под ред. Т.Б. Дмитриевой. М. 2004. – С. 66 –85.

190. Агрессия как мультифакторный социальный феномен // 1-й Национальный конгресс по социальной психиатрии: «Психическое здоровье и безопасность общества». М. 2004. – С. 69.

191. Шизофрения – круговорот нерешенных проблем // Судебная психиатрия. Под ред. Акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. Вып.2.М., 2005. – С. 79-103.

192. Значение качества жизни больных шизофренией в профилактике агрессивных опасных действий // Аналитический обзор. М., 2005. – 48 с.

193. Ограниченная вменяемость при экспертных оценках шизофрении и шизотипическом расстройстве // Ограниченная вменяемость. Коллективная монография. Второе дополненное и переработанное издание под ред. Т.Б.Дмитриевой и Б.В.Шостаковича. М., 2005. – С. 19-32 (в соавт. с: Осколкова С.Н.).

194. «Одержимость бесам» как особый феномен психического расстройства // Практика судебно-психиатрической экспертизы. Сборник № 44 под ред. Акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. М., 2006.

195. История отечественной судебной психиатрии // Руководство по судебной психиатрии. Под редакцией Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича и А.А. Ткаченко. М. – «Медицина». – 2004. – С. 40-54. (в соавт. с: Дмитриева Т.Б.).

196. Судебно-психиатрическая экспертиза при шизофрении, шизотипическом расстройстве и хронических бредовых психозах // Там же. – С. 165 – 192.

197. Деонтология в судебной психиатрии // Там же. С. 81 – 88 (в соавт. с: Шостакович Б.В.).

198. Агрессивное криминальное поведение больных шизофренией в отношении родственников (клинико-психопатологический, личностный и социально-ситуационный анализ) // Пособие для врачей. М. – 2005. - 47 с. (в соавт. с: Осколкова С.Н.).

199. Расстройства самосознания у больных шизофренией в проекции на их социальное поведение // Материалы конференции, посвященной 110-летию Кишиневской Республиканской больницы. Кишинев, 2005. - С. 55 – 59.

200. Трудные испытания в истории Центра // Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им.В.П.Сербского: Очерки истории / Под ред. Т.Б. Дмитриевой и Ф.В. Кондратьева. Издание второе, дополненное. - М.: РИО ФГУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2006. – С. 175 -183.

201. Особенности диагностирования шизофрении у больных, совершивших общественно опасные действия // Пособие для врачей. М., 2006. – 52с.

202. Виды социально значимого поведения, связанные с религиозностью человека (судебно-психиатрические аспекты). Пособие для врачей. М., 2006. – 79 с.

203. Парапсихология, археопсихиатрия и религия (информационно-логическая гипотеза) // Психиатрия и религия на стыке тысячелетий. Сб. научных трудов. Т.4. Харьков, 2006. - С. 42-44.

204. Социально-релевантные расстройства самосознания в системе факторов социального поведения лиц с психической патологией // Второй национальный. Конгресс по социальной психиатрии «Социальные преобразования и психическое здоровье». М. 2006 – С. 34-35.

205. Единство науки и практики в формировании психосоциальной концепции применительно к психически больным, совершившим опасные действия // Орловские психиатрические чтения. Вып. 3. Орел – 2006. – С. 30 - 39.

206. Особенности самосознания больных шизофренией (к проблеме мотиваций агрессивного поведения психически больных) // Агрессия и психические расстройства. Под редакцией Т.Б.Дмитриевой, Б.В.Шостаковича, А.А. Ткаченко. Том 1. М., 2006. С. 80 – 103.

207. Криминальная агрессия – актуальная проблема судебной психиатрии // РПЖ. 1. – 2006. – С. 17 – 20.

208. Необходимость анализа динамики самосознания психически больных в период проведения им принудительного лечения // Сборник научных трудов: «Проблемы профилактики общественно опасных действий психически больных». Москва –Троицкое, 2007. - С. 30 – 32.

209. Трансформация морально-нравственных оценок в клинко-психопатологические критерии на фоне новой социално-культуральной нормативности // Б.В.Шостакович и проблемы современной психиатрии. Сборник научных работ / Под редакцией академика РАМН Т.Б. Дмитриевой. – М.: ФГУ «ГНЦССП Росздрава», 2008. - С. 30 – 42.

210. Экспансивный бред или бредоподобное фантазирование? // Клиническая и судебная психиатрия в научном наследии профессора Т.П. Печерниковой // Сборник работ /Под ред. академика РАМН Т.Б. Дмитриевой и д.м.н. А.Ю. Березанцева – М.: ФГУ «ГНЦССП Росздрава», 2009. – С. 101 – 117.

211. Социально-психиатрические последствия религиозного сектанства // Руководство по социальной психиатрии / Под ред.Т.Б. Дмитрие-

вой и Б.С. Положего. – 2-е изд. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2009. – С. 143 – 157.

212. Социальные факторы и шизофрения // Там же. – С. 223 – 241.

213. Социальный фактр в судебной психиатрии на уровне макросоциальных измерений// Там же, в соавторстве с Т.Б. Дмитриевой и К.Л. Иммерман. - С. 339 – 350.

214. Социальный фактр в судебной психиатрии на уровне микросоциальных измерений// Там же, в соавторстве с Т.Б. Дмитриевой и К.Л. Иммерман. - С. 350 – 353.

215. Социальный фактр в судебной психиатрии на уровне социально-личностных измерений// Там же, в соавторстве с Т.Б. Дмитриевой и К.Л. Иммерман. - С. 354 – 359.

216. Проблемы социальной психиатрии и религиозность населения // Социальная психиатрия. Вып. 4./ Под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: ФГУ «ГНЦССП Росздрава», 2009. – С. 139 – 166.

217. Душевные и духовные болезни – как их понимают врачи-психиатры // Коллективная монография «Православие и проблемы биоэтики». Московский патриархат, Церковно-общественный совет по биоэтике - М.: ООО «Форма Т», – 2009. – С. 38 - 62.

218. Социальная динамика самосознания как фактор диагностических коллизий // Тезисы конференции Медико-социальные приоритеты сохранения психического здоровья населения России (клиническая общая, детская и судебная психиатрия) 2-5 июня 2009. Петрозаводск, 2009. – С. 47.

219. Взгляд на будущее социальной психиатрии // Тезисы доклада для Третьего национального конгресса по социальной психиатрии «Социальная психиатрия будущего». 27-28 ноября 2008. Москва, 2009. – С. 67.

ЛИТЕРАТУРА ДРУГИХ АВТОРОВ

Авруцкий Г.Я. Некоторые закономерности лекарственного патоморфоза шизофрении // Вопросы психофармакологии. - 1976. - С. 5-17.

Агафонов С.Н. Неудовлетворенность больных шизофренией качеством своей жизни как фактор совершения агрессивных общественно опасных действий // Материалы XIII Съезда психиатров России. – М., 2000. – С. 199.

Агафонов С.Н. Значение исследования качества жизни больных шизофренией для профилактики агрессивных общественно опасных действий // Психическое здоровье населения России. – М.: ГНЦ СиСП им. Сербского, 2001. – С.102-103.

Агафонов С.Н. Влияние проблем качества жизни больного шизофренией на реализацию им агрессивных общественно опасных действий // Практика судебно-психиатрической экспертизы. – М.: ГНЦ СиСП им. Сербского, 2001. – Сб. № 39. – С.102-103.

Агафонов С.Н. Совершение больным шизофренией агрессивных общественно опасных действий и роль в этом проблем качества жизни // Российский психиатрический журнал. – 2001, №3. – С.34-38.

Агрессивное поведение лиц с психическими расстройствами (диагностика, судебно-психиатрическая экспертиза, профилактика): Пособие для врачей / Под ред. Т.Б. Дмитриевой и Б.В. Шостаковича. – М.: ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2000. – 48 с.

Азеркович Н.Н., Наталевич Э.С. Организационные вопросы профилактики ООД психически больных // Организационные вопросы судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения. – М., 1984. – С. 39-47.

Акжигитов Р.Г., Волкова Н.П. – Шизотипическое личностное расстройство: вопросы диагностики, клиники и лечения на примере клинического случая // Рос. психиатр. журн. № - 6. - 2001. - С. 51- 54.

Акифьев А.П. Генетика и судьбы. – М.: Центрополиграф.- 2002. - 240 с.

Антонян Ю.М., Дмитриева Т.Б., Горинов В.В., Шостакович Б.В. Психопатологические и криминологические аспекты агрессивного по-

ведения лиц с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. – 1999. – №4. – С.4-9.

Айхенвальд Л.И. – Материалы к судебно-психиатрической экспертизе // Современная психоневрология. 1926. – Т. 2. - №1. – С. 1-31.

Аккерман В.О. Выступление в прениях // Труды II Всероссийского съезда судебно-медицинских экспертов. М. - 1926.

Аккерман В.О. – К вопросу о судебно-психиатрической оценке криминальных душевнобольных и больнично-невыносливах психопатов // Моск. Мед. журнал. – 1926. - № 10. – С. 27 – 40.

Александровский Ю.А. Диагностика социально-стрессовых расстройств // Актуальные вопросы военной и экологической психиатрии. СПб 76 1995. С.16 - 17.

Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства//Русский мед. журнал. 1996. Т.3, № 11. С.689 - 694.

Андрусенко А.А. и соавт. Социально-трудова адаптация больных шизофренией, начавшейся в подростковом возрасте. Методические рекомендации. Пермь.- 1998. - 13 с.

Андрющенко А.В., Пинаева Е.В., Никишова М.Б. Шизофренические реакции как клинически гетерогенные состояния (к проблеме «болезненной зависимости»)//Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. М., - 1999. - С.109 - 126.

Ануфриев А.К., Рудяков А.И. К оценке общественной опасности психически больных при назначении и отмене принудительного лечения // Клинические аспекты социальной реадaptации психически больных. – М., 1976. – С.121-130.

Асадулаева С.М. Катamnестическое исследование больных шизофренией, после окончания принудительного лечения // Российский психиатрический журнал № 6 М.2005. С.32-37.

Бачериков Н.Е., Елизаров Ю.А. Использование изменений адаптации организма больных атеросклеротическими и пресенильными психозами в диагностике, терапии и профилактике. Методические рекомендации. Харьков.- 1978. - 15 с.

Баркер А. (Barker E.) Новые религиозные движения// Спб. – РХГИ. – 1997. - 282 с.

Бондарев Н.В. Взаимодействие служб психического здоровья с лечебно-профилактическими учреждениями в оказании помощи постра-

давшим от деятельности религиозных деструктивных культов // Материалы конференции. – СПб.: СПбГМУ, 2004. – С. 9-11.

Бруханский Н.П. Группа схизофрений // Судебная психиатрия. - М., 1928. - С. 189-206.

Бруханский Н.П. – Антисоциальные душевнобольные, психопаты и принудительное лечение // Московский медицинский журнал. 1925. – № 3.

Бруханский Н.П. – Судебная психиатрия. - М. – 1928.

Бруханский Н.П. – Психиатрическая экспертиза в связи с вопроса законодательства // Моск. Мед. журн. – 1926. - № 3. – С.47-50.

Бунеев А.Н. О вменяемости (К постановке вопроса) // Журн. Невропатологии и психиатрии. - 1931. - № 5. – С. 104 – 108.

Бунеев А.Н. Психогенные реакции и их судебно-психиатрическая оценка проблемы судебной психиатрии. вып.V М., 1946 - С. 159-179.

Былим И.А. Первый приступ шизофрении: проблемы и решения // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева № 3.2009. – С. 9 – 15.

Варганян М.Е. Этиология и патогенез // Руководство по психиатрии. Т.1. М., 1983. С. 390 - 394.

Варганян М.Е., Орловская Д.Д. Этиология и патогенез // Руководство по психиатрии. Под ред. А.С.Тиганова. – Т. 1. – М.: Медицина, 1999. - С. 510 – 523.

Введенский И.Н. Судебно-психиатрическая оценка реактивных состояний. Проблемы судебной психиатрии. М., 1938. С. 5 - 44.

Волков Е.Н. Преступный вызов практической психологии: феномен деструктивных культов и контроль сознания (введение в проблему) // Журнал практического психолога. 1996. № 2. – С. 87 – 93.

Волков Е.Н. Основные модели контроля сознания (реформирования мышления) // Журнал практического психолога. - 1996. № 5. – С. 86 – 95.

Волков Е.Н. Консультирование жертв манипулирования психикой: основные принципы, особенности практики // Журнал практического психолога, 1997, № 1, с. 102 – 109.

Воловик В.М. Клинические предпосылки и медико-социальные условия ранней реабилитации больных шизофренией // Материалы IV Международного симпозиума по реабилитации психически больных. – Л., 1974. – С.25-30.

Воловик В.М., Вид В.Д. «Психологическая защита» как механизм компенсации и ее значение в психотерапии больных шизофренией // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. Л.,1976. С. 26 - 28.

Воловик В.М. К клинике приспособительных состояний при шизофрении // Новое в теории и практике реабилитации психически больных. Л., 1985.- С. 26-32.

Галант Ив. О взглядах М.Блейлера на шизофрению // Журн. невропатол. и психиатр. 1990, Т.60, вып.1. С. 127.

Ганнушкин П.Б. Избранные труды. – М.: Медицина, 1964. – 291 с.

Гатауллин М.М. Соотношение государственных, общественных и частных видов психиатрической помощи в России во второй половине XIX - начале XX столетия (организационно-клинический аспект): Автореф. дисс... докт.мед.наук.- СПб., 1998. - 66 с.

Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии. - Т. 1. - Киев: Сфера, 1997.

Григорьевских В.С. О шизоформных реактивных психозах // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. М., - 1999.- С. 241 - 243.

Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Шашкова Н.Г. Социальное функционирование и качество жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 1994.- № 4.- С. 38-45.

Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Социальная психиатрия и социальная работа в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т.8, №4. – С.5-20.

Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т.8, №2. – С.35-41.

Гурович И.Я., Шашкова Н.Г., Висневская Л.Я., Худавердиев В.В. Особенности клиники и социальной адаптации больных шизофренией на этапе стабилизации (по материалам амбулаторной практики) // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. М., - 1999. - С.77 - 96.

Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Колчин А.В. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1995. Т.5, №4. – с.87-92.

Гурьева В.А., Макушкин Е.В. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних. Руководство по судебной психиатрии. М.: Медицина, 2004, с.139-157.

Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Раннее распознавание шизофрении. М. - 2002.

Гурьева В.А., Макушкин Е.В. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних. Руководство по судебной психиатрии. М.: Медицина, 2004, с.139-157.

Давыдовский И.В. – Раздел “Индивидуальное в патологическом” монографии “Общая патология человека”. М.- Медицина. – 1969. – С. 28 –30.

Дворкин А.Л. Сектоведение. Н.Новгород. Изд. братства во имя св. князя Александра Невского. - 2000. – 893 с.

Дмитриев А.С., Котов В.П., Мальцева М.М. Этапы стационарного принудительного лечения и типология больных психиатрии // Руководство по судебной психиатрии /Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А.А. Ткаченко. – М., Медицина, 2004. - С. 473 – 479

Дмитриева Т.Б. Предмет и задачи судебной психиатрии // Руководство по судебной психиатрии /Под ред. Т.Б.Дмитриевой, Б.В.Шостаковича, А.Ткаченко. – М., Медицина, 2004. - С.16 – 21.

Дмитриева Т.Б. Социальная психиатрия как самостоятельный раздел общей психиатрии// Психическое здоровье населения России. - Москва-Ижевск, 1994. - 247 с.

Дмитриева Т.Б. Социальная и судебная психиатрия как два самостоятельных направления современной клинической психиатрии: общие и отличное //Психиатрия и общество. Сборник научных работ – Материалы конференции, посвященные 80-летию ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. – ГЭОТАП-МЕД. М., - 2001. - С. 3 – 18.

Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Социальная психиатрия: экскурс в историю, предмет, задачи, методы// Очерки социальной психиатрии. М., 1998. С. 6 - 42.

Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. ВОЗ. – 2001. – 215 с.

Дробижев М.Ю., Выборных Д.Э. К вопросу о шизофренческих реакциях у больных с актуальным соматическим заболеванием//Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. М., - 1999. - С.252 - 256.

Друзь В.Ф., Олейникова И.Н. Социальное функционирование и качество жизни одиноких пожилых больных шизофренией //Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. М., - 1999. - С. 257 - 260.

Елкин С.П. Влияние экзогенных факторов на выздоровление и течение параноидной шизофрении//Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. М., - 1999. - С. 263 -265.

Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. М.,1965. 312 с.

Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. – М., 1986. – 100 с.

Зурабашвили А.Д. Проблемы шизофрении в аспекте персоналогии// Вестник АМН СССР. 1971. № 5. С. 6 - 8.

Зурабашвили А.Д. К проблеме саногенеза шизофрении// Вопросы психоневрологии. Вып 9. Баку, 1982. С. 30 - 37. цит. стр.31

Зурабашвили А.Д. Вопросы морали в психиатрии// Вопросы методологии в психиатрии (материалы симпозиума). М. 1984. С. 17 - 25.

Иванова М.Е. Факторы, определяющие динамику социальной адаптации у больных шизофренией (по данным отдаленного катамнеза)// Практика судебно-психиатрической экспертизы. – Сб. № 42., 2004. – С. 89-95.

Иванова М.Е. Отдаленный катамнез больных шизофренией, совершивших повторные общественно опасные деяния//Российский психиатрический журнал, № 2, 2006. – С. 19 – 22.

Кабанов М.М. О злоупотреблениях в психиатрии в бывшем СССР//Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1992. № 4. С.114 - 123. (цит.118)

Кабанов М.М., Свердлов Л.С. Проблемы отечественной психиатрии в контексте современного социального развития// Социальная и клиническая психиатрия. 1992, № 1. С. 56 - 62.

Кабанов М.М. Реабилитация психически больных в меняющемся мире// Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1995. 3-4. С. 175 - 182.

Кандинский В.Х. О пседогаллюцинациях (1890). – М.: Медицина, 1952. – 152 с.

Каннабих Ю.К. История психиатрии. - М., Медгиз, 1929. - 520 с.

Канторович Я.А. – Законы о безумных и сумасшедших с приложением свода разъяснений по кассационным решениям Сената. // Спб. - 1899.

Кафаров Т.А. Психопатология самосознания в патокинезе шизофрении// Автореф. Дисс. докт. - М. – 2000. – 44 с.

Кафаров Т. А. Феноменология и систематика расстройств самосознания на манифестном этапе шизофрении. Социальная и клиническая психиатрия. М., 2000, т.10, №2, с. 72-74.

Кербиков О.В. О группе шизофрений, текущих без изменения характера // Современные проблемы шизофрении. – 1933. С. 97 - 101.

Кербиков О.В. Предисловие. // Судебная психиатрия. Под ред. Г.В. Морозова. «Медицина». М., 1965. – С. 3 – 4.

Киров Я.И. – О постановке судебно-психиатрической экспертизы // Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. Харьков. 1936. С.55-59.

Козырев В.Н. Патоморфоз шизофрении и некоторые аспекты организации психиатрической помощи // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. М., - 1999. - С.197 - 205.

Ковалевский П.И. Руководство к правильному уходу за душевнобольными // Харьков, 1880. 237 с.

Канторович Я.А. —Законы о безумных и сумасшедших с приложением свода разъяснений по кассационным решениям Сената. // Спб. - 1899. – 128 с.

Киров Я.И. – О постановке судебно-психиатрической экспертизы // Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. Харьков. 1936. С.55-59.

Кони А.Ф. – Психиатрическая экспертиза и действующие законы // Труды 3-го съезда отечественных психиатров. Спб. – 1911. – С. 19-38.

Константиновский И.В. - Русское законодательство об умалишенных, его история и сравнение с иностранными законодательствами. Спб., 1887.

Коркина М.В. в соавт. Нервная анорексия. М.: Медицина, 1986, 174 с.

Корсаков С.С. Курс психиатрии. М. – 1901.- 1112 с.

Котов В.П., Мальцева М.М. Основные направления деятельности психоневрологических диспансеров по профилактике общественно опасных действий психически больных // Меры медицинского характера в системе профилактики общественно опасных действий психически больных. – М., 1987. – С.44-74.

Котов В.П., Мальцева М.М. Опасные действия психически больных. – М., 1995. – 240 с.

Котов В.П., Мальцева М.М. Правовые основы применения принудительных мер медицинского характера психиатрии // Руководство по судеб-

ной психиатрии /Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А. Ткаченко. – М., Медицина, 2004. - С. 455– 464.

Котов В.П., Мальцева М.М., Шапкин Ю.А., Яхимович Л.А. Виды принудительных мер медицинского характера и показания для их применения психиатрии // Руководство по судебной психиатрии /Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Б.В. Шостаковича, А. Ткаченко. – М., Медицина, 2004. - С.464 – 473..

Краснушкин Е.К. Криминальные душевнобольные и психопаты и их признание // Второе Всероссийское совещание по вопросам психиатрии и неврологии. – М., 1924. – С 40 – 42.

Краснушкин Е.К. – Что такое преступник? // «Преступники и преступность». Сб. – 2. - М. –1926. – С. 6-33.

Краснушкин Е.К. – Судебно-психиатрические очерки. М. – 1926.

Кудрявцев И.А. О причинах патоморфоза реактивных психозов. Ж. невропат. и психиатрии им. С.С. Корсакова 1985, № 11. - С. 1666-1670.

Кудрявцев И.А. Клинико-психологический анализ особенностей мотивации ООД больных шизофренией с психопатоподобными состояниями // Психопатии и психопатоподобные состояния в судебно-психиатрической практике. – М., 1986. – С.5-37.

Кудрявцев И.А. Ранняя патопсихологическая диагностика инициальных проявлений психических заболеваний в судебно-психиатрической клинике. Ранняя диагностика психических заболеваний. Киев, 1989. С. 212-223.

Кудрявцев С.В. Конфликтологический анализ криминогенных ситуаций // Насилие, агрессия, жестокость. Криминально-психологическое исследование: Сб. научных трудов. – М., 1989. – С.98-112.

Кузнецова Е.И. К вопросу о мотивации правонарушений, совершенных больными шизофренией // Актуальные вопросы клинической и судебной психиатрии. – Л., 1970. – С.121-126.

Куликов Л.В. Психологические механизмы манипулирования сознанием в деструктивных культах // Антисаентология. – Изд. ГМТУ, СПб. – 1999.–С. 8 – 21.

Кутырев В.А. К терапии смыслоутраты: Primum vivere deinde philosophare // Независимый психиатрический журнал. - Вып. IV. - 1994. – С. 26-33.

Лахтин М.Ю. – Из прошлого русской психиатрии в России. М. – 1911.

Лебедева Н.С. Исходы острых атипичных психозов в процессе принудительного лечения // Российский психиатрический журнал - М.: Медицина, 2003. № 1. - С. 24-26.

Лебедева Н.С. Сложности диагностики шизофрении при ее сочетаниях с экзогенными факторами // Практика судебно-психиатрической экспертизы. - М., 2003. - Сб. № 41. - С. 18-28.

Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание, личность. - М., 1975.

Лещинский А.Л., Паперный Г.С. Симуляция психических заболеваний // Вопросы судебно-психиатрической экспертизы. Харьков. - 1936. С. 96-105.

Майерс Д. (Myers D.) Социальная психология. СПб, «Питер», 2004. - 794 с.

Мальцева М.М., Котов В.П. Механизмы общественно опасных действий психически больных // 8-й Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. - М., 1988. - С. 357-359.

Мальцева М.М., Котов В.П., Карпов А.С. О критериях дифференцированного применения принудительных мер медицинского характера // Профилактика общественно опасных действий психически больных. - Калуга, 1988. - С.14-18.

Меграбян А.А. Роль изучения личности в формировании теоретических основ психиатрии // Психология и медицина. - М., 1978. - С. 112 - 120.

Мелехов Д.Е. О Классификации шизофренического типа реакций // Труды психиатрической клиники 1 МИИ. 1934; 4: 87-97.

Мелехов Д.Е. Трудовая терапия и трудоустройство в системе организации психиатрической помощи // Труды Ин-та им. П.Б. Ганнушкина. - М., 1939. - Вып. IV. - С.159-176.

Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М. 1963. 198 с.

Мелехов Д.Е. Психиатрия и проблемы духовной жизни // Психология судьбы. Сборник статей по глубинной психологии. Екатеринбург. 1996. - С. 43 - 123.

Мельниченко Н.И. Клинико-генетический и социально-психологический анализ эндогенных заболеваний // Автореф. дисс. докт. мед. наук. М., 1964. 34 с.

Морковкина И.В. - К проблеме реактивного бредаобразования при малопрогрессирующей шизофрении. // Журн. невропатол. и психиатр. 1983. - Т. 83. № 1. - С. 86 - 93.

Морозов В.М. Микросоциология и психиатрия // Журн. неврол. и психиатр. - 1964. - Вып.2. - С.146-156.

Морозов Г.В., Лунц Д.Р., Фелинская Н.И. - Основные этапы развития отечественной судебной психиатрии. Медицина. - М. - 1979. - 335 с.

Наджаров Р.А. Формы течения шизофрении // Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование. М., 1972. С 31 - 76.

Наджаров Р.А., Тиганов А.С., Смулевич А.Б., Шахматов Н.Ф., Иванов Вл. Шизофрения // Руководство по психиатрии. Т.1.М., 1988. С.420-484.

Незнанов Н.Г. Особенности формирования деструктивной агрессии у больных шизофренией // там же. - С.318 - 320.

Новомбергский Н.Н. - Материалы по истории медицины в России, Т. 4. - Томск. - 1907.

Новомбергский Н.Н. - Государево слово и дело. Т. - 1. - М. - 1911.

Орлов Р. - Вопросы судебной психиатрии (об институте им. Сербского). Против правового нигилизма и пренебрежения к социалистическому закону. // Журн. «Сов. Юстиция». - 1938. - № 13. - С. 15 - 19.

Оршанский И.Г. Судебная психопатология для врачей и юристов. СПб. - 1900. - 168 с.

Печерникова Т.П., Доброгаева М.С., Мартыненко В.П. Значение мотивации ООД психически больных для их социальной реабилитации: Тезисы докладов 6-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. - М., 1975. - Т. 1. - С.416-419.

Печерникова Т.П., Шостакович Б.В., Валитов Р.С., Стяжкин В.Д. О повторных поступлениях в психиатрические больницы на принудительное лечение // Организационные вопросы судебно-психиатрической экспертизы и принудительного лечения: Сб. научн. трудов. - М., 1986. - С.104-110.

Пионтковский А.А. Уголовное право РСФСР. Часть общая. - М. - 1924. - 235 с.

Пионтковский А.А. - Советское уголовное право. Т.1. - Общая часть. М.-Л. - 1929. - 372 с.

Полетаев Н.А. Об основах вменения по началам положительной философии. – Спб. – 1890. – 430 с.

Полное собрание Законов Российской Империи. №№ 1597, 7872, 19846, 25876, 34438.

Полищук Ю.И. Психические расстройства, возникающие у людей, вовлеченных в деструктивные религиозные секты // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 1995. № 1, С. 14 – 20.

Полищук Ю.И. Влияние деструктивных религиозных сект на психическое здоровье и личность человека // Журнал практического психолога. - 1997, № 1. - С. 93 – 97.

Полищук Ю.И., Гурвич В.Б., Зозуля Т.В., Сердюк М.А. Этапная дифференцированная психотерапия в комплексе лечения больных малопрогредиентной шизофренией // Восьмой Всесоюзный съезд невропатол., психиатров и наркологов. Т.2. М., 1988. С. 373 - 376.

Положий Б.С. Психические расстройства, связанные с социальным стрессом: новая проблема Российской психиатрии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 1996. 2. С. 15-17.

Положая З.Б. Клинико-эпидемиологическая характеристика психически больных, совершивших общественно опасные действия в разные периоды развития общества: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1999.

Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. - М.: Экспертное бюро- М, 1997.

Ротштейн В.Г., Кулик М.С. Новый этап в психиатрическом образовании пациентов и членов их семей // Психиатрия и психофармакология. № 3. Том 11, 2009. - С. 46 – 47.

Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – М., - 1946. – 704 с.

Сегалов Т.Е. – Невменяемость // Энциклопедия государства и права. – Т. 2. – М. - 1930. – Стлб. 968 – 969.

Семичев С.Б. Концепция предболезни и клинической психиатрии: Автореф.дисс.... докт.мед.наук.- Л., 1982. - С. 10 – 11.

Сербский В.П. – Судебная психопатология. // Законодательство о душевно-больных. – Вып. 1. – М. - 1895. – 224 с.

Сербский В.П. - Судебная психопатология. М. – 1900. – 481 с.

Сербский В.П. - О судебно-психиатрической экспертизе // В кн.: Труды 2-го съезда отечественных психиатров (Киев, 1905г.). Киев. – 1907. – С. 122 - 144.

Сербский В.П. К вопросу о раннем слабоумии/ Журнал Невропат. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1902. Кн. 1 – 2. С. 33- 61.

Сербский В.П. Руководство к изучению душевных болезней. М., 1906.- С. 56-64.

Скворцов Л.С. Культура самосознания. Человек в поисках истины своего бытия.//М., Изд. полит. литер. -1989. – 318 с.

Скобло Г.В. Клинико-генетическое исследование шизофрении в условиях инбредности//Автореф. дисс. канд. мед. наук. М.1979. 16 с.

Скородумов А.А. Социально-психологические предпосылки вовлечения в религиозные секты // Вестник психосоциальной и коррекц. реабилитационной работы.

Смулевич А.Б., Вартамян Ф.Е., Завидовская Г.И. и др. Некоторые проблемы патоморфоза шизофрении, связанного с применением психотропных средств// Вестник АМН СССР. 1971. 5:79-83.

Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Мазаева Н.А. – К проблеме психогенных дебютов малопрогредиентной шизофрении// Журн. Невропатол. и психиатр. – 1978. - Вып. 6. - С. 876 – 884.

Смулевич А.Б., Наджаров Р.А. Лечение, реабилитация, организация помощи больным//Руководство по психиатрии. Т.1. М., 1983. С. 398 - 411

Смулевич А.Б. - Малопрогредиентная шизофрения и пограничные состояния. М. – «Медицина». – 1987. - 236 с.

Снежневский А.В. О клинических закономерностях течения психиатрических болезней. //Вестник АМН СССР. 1962. 1:7-13.

Снежневский А.В. Симптоматология и нозология// Шизофрения, клиника и патогенез. М.- “Медицина”- 1969.- С.5 – 28.

Снежневский А.В. Nosos et pathos schizophreniae//Шизофрения, мультидисциплинарное исследование. М., 1972. С. 5-15.

Солохина Т.А., Ротштейн В.Г., Ястребов В.С. Качество жизни потребителей психиатрической помощи // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. М., - 1999. - С.206 - 220.

Сорокин П.А. Социальная и культурная динамика. – СПб.: Издательство Русского гуманитарного Института, 2000. - 1054 с.

Сорокин П.А. Американская сексуальная революция. М.: Проспект, 2006. – 151 с.

Таганцев – Курс русского уголовного права. Часть общая. Кн.1. Учение о преступлении. – Спб. – 1874. – 284 с.

Тиганов А.С. Шизофрения// Руководство по психиатрии. М.- “Медицина” - 1999. - Т. 1.- С. 407 - 555.

Тихенко С.И. – Невменяемость и вменяемость. — Киев. - 1927. – 104 с.

Трайнин А.Н. – Уголовное право. Общая часть. – М. – 1929. – 511 с.

Трахтеров В.С. – Невменяемость по проекту УК СССР// Журн. «Сов. юстиция». – 1937. - № 18. – С. 22 – 26.

Трахтеров В.С. - Формула невменяемости в советском уголовном праве // Харьк. юр. институт. Учен. зап. – Вып. 1 – М. - 1939. – С. 26 – 47.

Трахтеров В.С. – К вопросу о критериях невменяемости (к разработке проекта УК СССР) // Харьк. юр. институт им. Л.М. Кагановича. Учен. зап. - Вып. 3. – Харьков. – 1948. – С. 111- 129.

Халецкий А.М. - Вопросы вменяемости в советском законодательстве // Соц. законность. – 1939. - № 7. – С. 30 – 36.

Харитоновна Н.К., Королёва Е.В., Малкин Д.А., Экспертиза по определению сделкоспособности жертвы псевдорелигиозного культа // Практика судебно-психиатрической экспертизы. Сб. № 41, М., ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2003. С. 329 – 340.

Хассен С. (Hassen S.) Освобождение от психологического насилия. Деструктивные культы: контроль сознания, методы помощи. СПб, «Издательский дом Нева», 2001.

Хвыля-Олинтер А.И. Органы внутренних дел в борьбе против правонарушений нетрадиционных религиозных движений - тоталитарных сект.//Духовность. Правопорядок. Преступность. Материалы научно-практической конференции МВД РФ. - М., 1996. - С.126-130.

Хохлов Л.К. О патоморфозе психических заболеваний//Журн. невропатол. и психиатр. N 1. М., 1977. С. 67 -72.

Хохлов Л.К. О нозологическом диагнозе в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. - 1994. - Т. 4, №2. - С. 126-133.

Хьелл Л., Зиглер Д. (Hjelle L.A., Ziegler D., J.) Теории личности. «Питер». СПб. – 2000. – 606 с.

Чуркин А.А. Основные тенденции распространенности шизофрении в современном мире //Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. М., - 1999. - С.183 - 196.

Чуркин А.А. Социальные аспекты организации психиатрической помощи и охраны психического здоровья // Руководство по социальной психиатрии. Под ред Т.Б. Дмитриева и Б.С. Положего. 2-е изд. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. - С. 483- 498.

Чуркин А.А. Социальные факторы и инвалидность вследствие психических заболеваний. Там же. – с. 498 - 516.

Циркин С.Ю. О закономерностях развития психической патологии / / Социальная и клиническая психиатрия. - 1994. - Т. 4, №2. - С. 105-120

Шишков С.Н. – Понятие судебной психиатрии и история ее развития//Судебная психиатрия. Учебник под ред. А.С.Дмитриева и Т.В.Клименко. М. – Юрист. – 1998. – С. 8 – 31.

Шмуклер А.Б. Проблема использования понятия «качество жизни» в психиатрии// Соц. и клин. психиатрия. М., 1996. № 1. С. 100 - 104.

Шостакович Б.В. О роли социальных факторов в патоморфозе психогенных расстройств. Психогенные (реактивные) заболевания на измененной «почве». Материалы научно-практической конференции в г. Воронеж. 21-22 октября 1982 г. Выпуск 2. Воронеж 1982 г. - С.36-39.

Шостакович Б.В. Теоретические основы судебно-психиатрического диагноза //Суд.-мед. экспертиза. 1987.- № 2.- С. 38 - 42.

Шостакович Б.В., Кондратьев Ф.В. - Современные судебно-психиатрические проблемы шизофрении //Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. М., - 1999. С.163 - 178.

Штернберг Э.Я. с соавт. Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте. М. 1981. 191 с.

Шумаков В.М., Соколова Е.Д., Жуковский Г.С., Свириновский Я.Е., Винокуров А.В. Определение риска общественно опасных действий психически больных с учетом комплекса факторов // Профилактика общественно опасных действий психически больных. – М., 1986. – С. 46-52.

Шумаков В.М. Общественно опасные действия больных шизофренией // Судебно-медицинская экспертиза. – М., 1969, №2. – С.37-40.

Щербина Е.А. и соавт. К вопросу о функциональном диагнозе в психиатрии// Ж. невропатол. и психиатр. 1989.- № 12.- С. 110-112.

Юзвизин И.И. Основы информатиологии. – М., 2000. – 515 с.

Юрьева Л.Н. История, Культура. Психические и поведенческие расстройства. – К.: Сфера. 2002. – 314 с.

Якупова Г.А. – О вреде экстрасенсов// Психиатрия на рубеже тысячелетий. Материалы научно-практической конференции. Ростов-на-Дону. – 1999. – С. 584-586.

Янушевский И.К. К вопросу о компенсации шизофренического дефекта в условиях военного времени // Проблемы современной психиатрии. АМН СССР. М., 1948. 365-373.

Ястребов В.С. Характеристика трудовой деятельности больных с шизофренией при длительных внутрибольничных ремиссиях (синдром монотонной активности). В кн.: «Актуальные вопросы организации психиатрической помощи, лечения и социальной реабилитации психически больных». М., 1978, с.215-218.

Ястребов В.С., Михайлова И.И., Гонжал О.А., Митихин В.Г. Программа дестигматизации в психиатрии: методические рекомендации. Научн. центр психического здоровья РАМН. М. Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. – 19 с.

Ястребов В.С. Терроризм и психическое здоровье //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2004. – №6. – С. 4-8.

Aaronson N.K., Cull A., Kaasa S., Sprangers M. The European Organisation (or Research and Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in oncology // Int. J. Ment. Health.– 1994.–Vol. 23. – P.75-96.

Amering M., Hofer E., Windhaber J., Wancata J., Katschnig H. // Bedürfnisorientierte Psycho- und Soziotherapie in einer Tagesklinik. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie. – 1996. – Sonderheft 1: 2.

Amir M.//Europ.Psychiat. 1994. Vol.9, Suppl.1. P. 69s.

Anderson C.A., Ford C.M. Affekt of the game player: short-term effekts of highly and midly aggressive video games//Personality and Social Psychology Bulletin. 12. 1986. P. 390 - 402.

Andrejasich C. Quality of Life Res. 1997; 6; 7/8: 615.

Atkinson M., Zibin S.H., Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology // Am. J. Psychiatry. – 1997. – 105. – P. 99-105.

Baker F., Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support system // Evaluation and Program Planning. – 1982. – 5. – P.69-79.

Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall. – 1977.604 P.

Barry M.M., Crosby C., Bogg J. Methodological issues in evaluating the quality of life of long-stay psychiatric patients. – J. Mental Health. – 1993. – 2. – P.43-56.

Barry M.M., Crosby C. Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders // Br. J. Psychiatry. – 1996. – 168. – P.210-216.

Barry M. Well-being and life satisfaction as components of quality of life in mental disorders // Quality of life in mental disorders. Edited by Katschnig H., Freeman H., Sartorius N. Chichester: John Wiley & Sons. - 1997.

Bayanzadeh S.A. A study of the quality of life of out-patients schizoprenics// 5-th World Congress on innovations in psychiatry. London, 1998. - P. 31.

Becker M., Diamond R, Sainfort F. A new patient focused index for measuring quality of life in person with severe and persistent mental illness // Qual. Life Res. – 1993. – 2. – P. 239-251.

Berkowitz L. Some effects of thoughts on anti- and prosocial influences of media events: A cognitive-neoassociation analysis. Psychological Bulletin. 95. 1984. P. 140 - 427.

Berze J. – Psychologie der Schizophrenie. // Psychologie der Schizophrenia. Berlin. – 1929. - Teil I. - S. 3 – 72.

Bobes J., Gonzalez M.P. Quality of Life in schizophrenia // Quality of Life in Mental Disorders. – Chichester: John Wiley & Sons. – 1997.

Bobes J., Gutierrez M., Gibert J., Gonzalez M.P., Herraiz L., Fernandez A. Quality of life in schizophrenia: Long-term follow-up in 362 chronic Spanish schizophrenic outpatients undergoing risperidone maintenance treatment // European-Psychiatry. – 1998. – 13/3. – P.158-163.

Benedetti G., Bleuler M., King H., Mielke F. Entwicklung der Schizophrenielchre seit 1941//Benno Schwebe. - Basel-Stuttgart.1960.

Benedetti G., Kind H., Wenger P. Forschungen zur schizophreni- elchre 1961-1965. Übersicht (T. 1, 2). Fortschritte der Neurol.u. Hsych. 1. 33. 1967.

Bensheim H. Die K.-Z/ Neurose Rassisch Verfolgter Ein Beitrag zur Psychopathologie der Neurosen// Nervenazzt 1960, 31, S. 462-469.

Bleuler M. (Галант Ив. О взглядах М.Блейлера на шизофрению) // Журн.невропатол. и психиатр. 1960, Т.60, вып.1. С. 127.

Bleuler M. A 23-year longitudinal study of 208 schizophrenic and impression in regard to the nature of schizophrenia. In Rosenthal D., Kety S. The transmission of schizophrenia. 1968, Oxford: 3 - 8.

Bleuler M. Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. - Stuttgart: Georg Thieme, 1972.

Breier A., Strauss T.S. Self-control in psychotic disorder // Arch. gener. Psychiatr. 1983, 40, N 10. S.1141- 1145.

Browne S., Garavan J., Gervin M., Roe M., Larkin C., O'Callaghan E. Quality of life schizophrenia: Insight and subjective response to neuroleptics // Journal-of-Nervous-and-Mental-Disease. - 1998. - 186/2. - P.74-78.

Bullinger M. Indices versus profiles – advantages and disadvantages // Quality of life assessment: key issues in the 1990-s. Edited by Walker S.R., Rosser R.M. – Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. – 1993. – P. 209-220.

Calman K.C. Quality of life in cancer patients — an hypothesis // J. Med. Ethics. - 1984. - 10. - P. 124 - 127.

Cantor N., Kihlstorm J.F. Social intelligence: The cognitive basis of personality. In P.Shaver (Ed.). Self, situation, and social behavior (pp. 15-34). Beverly Hills/ CA: Sage/ -1985.

Cantor N., Mischel W., Schwartz J.C. A prototype analysis of psychological situations. Cognitive Psychology, 14, 1982. - P. 45 – 47.

Carr-Hill R. Allocating resources to health care: is the QALY (Quality Adjusted Life Year) a technical solution to a political problem? // Int. J. Health Serv. – 1991. – 21. – P 351-363.

Cella D.F. Quality of life outcomes: measurement and validation // Oncology.-1996. – Vol. 11.– P.233–246.

Cheadie A.J., Freeman H.L., Korner J. Chronic Schizophrenic Patients in the Community // Brit.J.Psychiat. 132, March. S.221-227.

Christian J., De la démence précoce des jeunes gens // Annales médico-psychologiques, T. X, mars-avril 1899, 43-69, 200-216, mai-juin, 420-436, septembre-oktobre, 177-188.

Ciampi L. – Catamnestic Long-term Study of the Course of Life and Aging in Schizophrenic // Schizophr. Bull.– 1980. – Vol. 6. – P.606-618.

Clement M.V., Kohl L., Beau C.H. A supporting group for schizophrenic patients // 5-th World Congress on innovations in psychiatry. London, 1998. - P. 76.

Cochrane R., Bal S.S. Migration and schizophrenia of five hypotheses // Soc.Psychiatry. 1987. 22, N 4. S. 181 - 191.

Greenblatt V., Becerra R.M., Serafetinides E.A. Social networks and mental health: An overview. // «Amer. J. Psychiatr.». 1982, 139, N 8. S. 977-984.

Davison K., Bagley C. Schizophrenic-like psychoses associated with organic disorders of C.N.S. - a review of the literature // Current Problems in Neuropsychiatry (ed.R.N.Herrington). - Ashford: Headley Brothers, 1969.

De Jong A., Giel R., Slooff C.J., Wiersma D. Social disability and outcome in schizophrenic patients // Brit. J. Psychiatry. 1985, 147, N 12. S. 631 - 636.

DeSisto M.J., Harding C.M., McCormick R.V., Ashikada T., Brooks G.V. // Brit.J.Psychiat. 1996, 1997. 33 - 341.

Deschner Karlheinz. (Дешнер К.) Криминальная история христианства. Книга первая. Пер. с нем. - М.; ТЕРРА, 1996. - 464 с.

Deutsch A. Tenacity of Attachment to a cult leader: A psychiatric Perspective. Am. J. Psychiatry, 137. 1980. – P. 1569 –1573.

Eaton W.W., Thara R., Federman B., Melton B., Liagn K.Y. // Arch. Gen.Psychiat. 1995. 52. 127-134.

Eitinger L. Psychiatrische Folgezustände bei früheren Konzentrationslagergefangenen T. noske Laegeforen 1961, 81, S.805 - 808.

Emmons R.A., Diener E., Larsen R.J. Choice and avoidance of everyday situations and affect congruence: Two models of reciprocal determinism. J. of Personality and Social Psychology, № 51. – 1986. - P. 815-826.

Endicott J., Harrison W., Blumenthal R. Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: a new measure // Psychopharm. Bull. – 1993. – 29. – P.321-326.

Endler N.S. Persons, situations, and their interactions. In A.I. Rabin, J. Aronoff, A.M.Barclay, R.A. Zucker (Eds.) Further explorations in personality. - New York: Wiley. –1981. – pp. 114-151.

Eron L.D., Huesmann L.R., Debow E., Romanoff R., Yarter P. Aggression and its correlate over 22 years // Children aggression and violence: Sources of influences, prevention and control. 1987. New York: Plenum. P. 84-116.

Evans C. Cognitive behavioral therapy with older people. // Advances in Psychiatric Treatment. – 2007. – Vol. 13. – P.111–118.

Ey H. – Etudes psychiatriques. - Paris. – 1954. – 787 p.

- Еу Н. (Эй А.) Шизофрения. - Киев: Сфера, 1998.
- Fazel S., Hope T., O'Donnell I Hidden psychiatric morbidity in elderly prisoners. // *British Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 179. – P.535–539.
- Fenton W.S., McAlashan T.N. *Am. J.Psychiat.* 1994. 151. 351 - 356.
- Fiske S.T., Linville P.W. What does the schema concept buy us? *Personality and Social Psychology Bulletin*. 51. – 1980. - p.543-557.
- Fiske S.T., Taylor P.W. *Social cognitions*/New York: McGraw-Hill. - 1991.
- Finzen A., Hoffman-Richter U. Stigma and quality of life in mental disorders // *Quality of life in mental disorders*. Edited by Katschnig H., Freeman H., Sartorius N. Chichester: John Wiley & Sons. – 1997.
- Fitzpatrick R: A sociological perspective on health-related quality of life research. In *Advances in medical sociology, volum 5: quality of life in health care*. Edited by Albrecht GL, Fitzpatrick R, Greenwich, Connecticut: Jai Press Inc.– 1994. – P.1-24.
- Frankl V. (Франкл В.) *Человек в поисках смысла*. М., 1990. 336 с.
- Friston K.J.& Frith. *Schizophrenia: A disconnection syndrom?* 1995. N-Y. Hove: Lawrence Erlbaum. - 897 p.
- Gaebel W., Pietzcker A., Baumgartner A. 3 year follow-up of schizophrenic patients - outcome dimensions and neuroleptic treatment // *Pharmacopsychiatry*. - 1986. - Vol. 19. - P. 208-209.
- Galanter M. *Cults and Zealous self-help movements: A psychiatric perspective*. *Am. J. Psychiatry*. № 147. - 1990. -P. 543 – 551.
- Garrabe J. *Histoire de la Schizophrhrenie*/Ed. Seghers. Paris. 1992. (История шизофрении. Ред. изд. на русском языке: М.М. Кабанов и Ю.В.Попов. Москва – Санкт-Петербург. 2000. – 303 с.)
- Gelder M., Gath D., Mayou R. *Oxford Textbook of Psychiatry*. Second Edition. T.1. Oxford - New Yerk – Melb
- Gelder M., Gath D., Mayou R. *Oxford Textbook of Psychiatry*. Second Edition. T.1. Oxford - New Yerk - Melbourne. 1989.
- Greist J.H., Jefferson J.W. *Pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder* // *British Journal of Psychiatry*. - 1998. - Suppl. 35. - P. 64-70.
- Gupta S., Kulhara P. Verma S.K. *Quality of life in schizophrenia and dysthymia* // *Acta-Psychiatrica-Scandinavica*. – 1998. – 97/4. – P.290-296.
- Guyatt G.H., Feeny D.H., Patrick D.L. *Measuring health-related quality of life* // *Ann. Int. Med.* – 1993. – 118. – P.622-629.
- Harding C.M., Zubin J., Strauss S. *Chronicity in schizophrenia: revisited* // *British Journal of Psychiatry*. - 1992. - Vol. 161 (suppl. 18). - P. 27-37.
- Hawari D. *Is knowledge of religion necessary for psychiatrist?// 5-th World Congress on innovations in psychiatry*. London, 1998. - P. 53.
- Heckhausen H. *Motivatuon und Handeln*. Berlin – Helledberg – New York, 1980. – 763 s.
- Hegarty J.D., Baldessarini R.J., Tohen M. et al. *One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome studies* // *American Journal of Psychiatry*. - 1994. - Vol. 151. - P. 1409-1416.
- Hobbs Donald A., Blank J. *Sociology and the Human Exrerience*. – John Wiley & Sons, Inc., New York – London – Toronto 1975. – P.100.
- Hoff A.L., Riordan H., O'Donnell D. et al. *Anomalous lateral sulcus asymmetry and cognitive function in first-episode schizophrenia* // *Schizophrenia Bulletin*. - 1992. - Vol. 18. - P. 257-272.
- Huber G., Gross G., Schuttler R. et al. *Longitudinal studies of schizophrenic patients*// *Schizophrenia Bulletin*. - 1980. - Vol. 6. - P. 592-605.
- Hunt S.M., McEwen J. *The development of subjective health indicator* // *Sociol. Health Illness*. – 1980. – 2. – P.231-246.
- Hwu H.G., Tan H., Chen C.C., Yeh L.L. *Brit. J. Psychiat.* 1995. 166: 61-67.
- Jambon B. *Zopiclone: From Clinical Practike to Quality of Life*. - Copenhagen, 1994. P. 11.
- Jaspers K.(К. Ясперс). *Смысл и назначение истории М.*,1991. - 473 С.
- Lehman A.F., Postardo L., Rachula L.T.// *Quality of Life Research*.-1993.-Vol. 2.- N 5.- P. 327-333.
- Jobe T., Harrow M. *Long-term outcome of patients with schizophrenia: A review*. *Can J Psychiat*; 2005; 50: 892 – 900.
- Johnstone E.G., Owens D.G.C., Frith C.D. et al. *The relative stability of positive and nega tive features in chronic schizophrenia* // *British Journal of Psychiatry*. - 1987. — Vol. 150. - P. 60-64.
- Jung C.G. *Psychologie de l'“inconscient*.// 5 edit., Geneve: Libr. Univ. Georg et Cie S.A., - 1983. - 507 p.
- Jung C.G. (Юнг К.Г.) *Архетип и символ*. М., Renaissance. 1991. 304 с.
- Kaplan H.I., Sadok B.J. (Каплпнн Г.И., Сэдок В.Дж.) – Шизофрения

// Pocket Handbook of Clinical Psychiatry (Клиническая психиатрия, перевод с англ. дополненный) // М. - "Медицина". - 1998. - С. 111-128.

Kay S., Fiszbein A., Opler L. The Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. - 1987. -13(2). - P. 261 -276.

Kelly G. A theory of personality: The psychology of personal constructs. New York: Norton. - 1963.

Kelly G. Clinical psychology and personality. In B.Maher (Ed.). Clinical psychology and personality: The selected papers of Georget Kelly. New York: Wiley. - 1969.

Klages W. Der menschliche Antrieb. Psychologia und Psychopathologie. G.Tnieme Verlag. Stuttgart. 1967.

Kretschmer E. Manuel théorique et pratique de psychologie médicale/ Trad. Fr., Payot, Paris, 1927.

Kretschmer E. (Кречмер Э.) Строение тела и характера: Пер. с нем. - М. - Л., 1930. - 304 с.

Krisch H.- Die Interpretation schizophrener Symptome als Funktionsalban. // Ztschr. F. g. Neurol. u. Psychiat. - 1932. -138. - - S 109.

Kuipers L. Soc.Psychiat. Psychiat. Epidemiol 1993; 28; 5: 207-210.

Lehman A.F., Ward N.C., Linn L.S. Chronic mental patients: the quality of life issue // Am. J. Psychiatry. - 1982. - 139. - P.1271-1276.

Lehman A.F. A quality of life interview for the chronically mentally ill // Evaluation and Program Planning. - 1988. -11. - P.51-62.

Lehman A.F., Slaughter J.G., Myers C.P. Quality of life experiences of the chronically mentally ill // Evaluation and Program Planning. - 1992. - Vol. 15. - P.7-12.

Lehman A. Instruments for measuring quality of life in mental illness // Quality of life in mental disorders. Edited by Katschnig H., Freeman H., Sartorius N. Chichester: John Wiley & Sons. - 1997.

Lehman A.F., Postardo L., Rachula L.T.// Quality of Life Research.- 1993.-Vol. 2.- N 5.- P. 327-333.

Levine S.T. Radical departures. Psychology Today, 18 (August). 1984. Pp. 20 - 29.

Linszen D. , Dingemans P., Lenior M. Early intervention and a five year follow up in young adults with a short duration of untreated psychosis: ethical implication. Schzophr. Res., 2001; 51: 55- 61.

Malm U., May P.R.A., Dencher S.J. Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: a checklist // Schiz. Bull. - 1981. - 7. - P.477-487.

Markus H. Self-knowledge: An expanded vie. Journal of Personality. 51. - 1983. S. 543-565.

Markus H. Self-schemata and processing information about self. Journal of Personality and Social Psychology. 35. - 1977. 63-78.

Merton K. Robert. [The self-fulfilling prophecy // Classic contributions to social (Ed. By Edwin P.Hollander and Raymond G.Hunt) - Oxford University Press, New York - London - Toronto , 1972. - P. 260 - 266)(21)

McDougal W. Psychopathologia funktioneller Störungen. Leipzig, 1931.

McGorre PJ, Henry L., Power P. Suicide in early psychosis: could early intervention work? Kosky R, Eshkevari H. (eds.) Suicide prevention: the global context. NY: Plenum Press, 1998; p.103 - 110.

Minkoff K., Stern R. Paradoxes faced by residents being trained in the psychosocial treatment of people with chronic schizophrenia // Hosp. commun. Psychiatry. 1985, 36. N 8, S. 859-864.

Mischel W. Introduction to personality (2 ed.). New York: Holt< Rinehat and Winston, - 1973.

Magnan V., Serieux P. Le delire chronique a evolution systematique. Paris: Gauthier Villars / Georges Masson, 1893.

Meehl P.E. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia // American Psychology. - 1962. - Vol. 17.-P. 827-838.

Murphy H.B. M. "Ethnopsychiatria, les psychoses". Encycl. mmd. Chirur., Paris, Psychiatrie, 4, 1978, 37725 A 10.

Mortensen P., Juel K. Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients. Br J. Psychiat, 1993; 163:183 - 189.

Mortensen P., Suicide among schizophrenic patients: occurrence and risk factors. Clin Neuropharmacology 1995; 18: 1-8.

Muller Max & Chr. Лечение шизофрении//Клиническая психиатрия (под ред.Н.W.Grüle, R.Jung, W.Mayer-Gross, M.Muller). Перевод с издания 1960 г. М., 1967. С. 25 - 58.

Leongard K. (Леонгард К.) Акцентуированные личности. - Киев, 1981. - 390 с.

Nilsson L. L., Levander S. Quality of life and schizophrenia: No subjective

differences among four living conditions // *Nordic Journal of Psychiatry*. – 1998. – 52/4 – P.277-283.

Norman R.M.G., Malla A.K., McLean T., Voruganti L.P.N, Cortese L., McIntosh E., Cheng S., Rickwood A. The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 2000. – 102/4. – P.303-309.

Oliver J.P.J. The social care directive: development of a quality of life profile for use in community services for the mentally ill // *Social Work and Social Sciences Review*. – 1991 - 3(1). – P. 5-45

Oliver J., Huxley P., Bridges K., Mohamad H. Quality of life and mental health services. - London: Routledge. - 1996.

Orley J., Kuyken W. Quality of life assessment: international perspectives // *Proceedings of the Joint Meeting organized by the World Health Organization and the Foundation IPSEN in Paris, July 2-3, 1993*. - Heidelberg: Springer. - 1994.

Orley J.//*Europ.Psychiat*. 1994. Vol.9, Suppl.1. P. 69.

Owens D.G., Johnstone E.C. *Brit. J. Psychiat*. 1980 1936: 384 - 395.

Ozer D.J. Consistency in personality: A methodological framework. New York: Wiley. – 1986.

Paunovic G.// Family influence on schizophrenia recidiv 5-th World Congress on innovations in psychiatry. London, 1998. - P. 21.

Picazo V. M., Larrosa R.V., Escrihuela M.T. Nivel psicomotor en eedeterioro de adolescentes esquizofrenicos// «Comunicacion Psiquiatrica». 5. 1980. 369 - 399.

Priebe S. Quality of life and mental health care// 5-th World Congress on innovations in psychiatry. London, 1998. - P. 1.

Rakfeldt J., McGlashan T.N. *Current Opinion in Psychiat*. 1996. 9:1: 73-76.

Retterstol N., Opjordsmoen S. *Psychopathology*. 1994. 27: 240 - 246.

Peralta V., Cuesta M.J. Diagnostic significance of Schneider's first-rank symptoms in schizophrenia // *British Journal of Psychiatry*. - 1998. - Vol. 174. - P. 243-248.

Ring N., Tantam D., Montague L., Morris J. Negative symptoms in chronic schizophrenia. Relationship to duration of illness // *British Journal of Psychiatry*. - 1991. - Vol. 159. - P. 495-499.

Rogers C.R. In retrospect: Forty-six years. *American Psychologist*. 29. - 1974. - P. 115- 123.

Rosenthal D., Quinn O.W. Quadruplet Hallucinations. Phenotypic Variations of Schizophrenic Genotype. *Arch. Gen. Psychiat*. 1977, 34. № 7. – 817 - 831.

Roy M.-A., Merette C., Maziade M. Subtyping schizophrenia according to outcome and severity: a search for homogeneous subgroups // *Schizophrenia Bulletin*. - 2001. - Vol. 27. - P. 115-138.

Rund B.R. A review of longitudinal studies of cognitive functions in schizophrenia patients // *Schizophrenia Bulletin*. - 1998. - Vol. 24. - P. 425-435.

Shakov D. (Шаков Д.) Роль частной установки в нарушении адаптации при шизофрении // *Вестник АМН СССР*. – 1971. – № 5. – С. 13-15.

Strauss J.S., Carpenter W.T., Jr. *Schizophrenia*. - New York: Plenum Medical, 1981.

Scarinci A. – *Betrechtungen uber einige psycho pathologische Zuge der beginnenden Schizophrenic*. // *Acte paedopsychiat* – 1962 – 29 – 3. - 65-76.

Scharfetter C. – *Allgemeine Psychopathologie*//Stuttgart – N.Y. - 1985. – 305 s.

Schneider K. *Psychopathologie clinique, traduction française de la 4e édition allemande*. Nauwelaerts-Maloine, Louvain-Paris, 1976.

Serban G. *Brit.J.Psychiat*. 1975; 126: 397-407.

Serbski W. Contribution a l'étude de la démence précoce. (I) *Ann. méd. psych*. T. XVIII, novembre-décembre 1903, 379-388; (II) *Ann méd. psych*. T. XIX, janvier-février 1904, 19-34; (III) *Ann méd. psych*. T. XX, mars-avril 1904, 188-203.

Shibutani Tamotsu - *Society and Personality (Социальная психология, пер. с англ.)* М. - “Прогресс”. 1969. - 522 с.

Skinner B.F. The original of cognitive thought // *American Psychologist*// № 44. – 1989. - P. 13-18.

Smolik P. Validity of nosological classification // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. - 1999.-Vol.1.- P. 185-190.

Sommer R. *Kriminalpsychologie und strafrechtliche Psychopathologie auf naturwissenschaftlicher Grundlage*. Leipzig. 1904. 64 s.

Sorokin Pitirim A. [Social and Cultural Dynamics/ Vol 1-2. – American book company, New York – Cincinnati – Chicago – Boston, 1937.](24

Strachan A.M. Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia: To ward protection and coping//Schizophrenia Bull., 1986, 12. N 4. S.678 - 698.

Sullivan H. The Interpersonal theory of psychiatry. New York. 1953.

Szmukler G. Family involvement in the care of people with psychoses. // 5-th World Congress on innovations in psychiatry. London, 1998. - P. 30.

Tamminga C.A. Treatment mechanisms: traditional and new antipsychotic drugs // Dialogues in Clinical Neuroscience. - 2000. - Vol. 2. - P. 281 -286.

Thorstein Veblen [the theory of the leisure class. An economic study of Institutions (first published 1899). – Vanguard Press, New York, 1922/](28)

Torrey E.E. Schizophrenia and civilization. NY.Jason Aronson, 1980.

Tsuang M., Woolson R., Fleming J. Long-term outcome of major psychoses: I. Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptom-free surgical conditions // Archives of General Psychiatry. - 1979. - Vol. 36. - P. 1295-1301.

Tsuang M.T., Stone W.S., Faraone S.V. Conceptualization of the liability for schizophrenia: clinical implications // Dialogues in Clinical Neuroscience. - 1999. - Vol. 1. - P. 153-164.

Tsuang M., Woolson R., Fleming J. Long-term outcome of major psychoses: I. Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptom-free surgical conditions // Archives of General Psychiatry. - 1979. - Vol. 36. - P. 1295-1301.

Tucker G.J. Putting DSM-IV in perspective // American Journal of Psychiatry. - 1998. - Vol. 155.-P. 159-161.

Van Praag H.M. The impact of classification on psychopharmacology and biological psychiatry // Dialogues in Clinical Neuroscience. - 1999. - Vol. 1.-P. 141-151.

Van Praag H.M., Asnis G.M., Kahn R.S. et al. Monoamines and abnormal behaviour. A multi-aminergic perspective // British Journal of Psychiatry. - 1990. - Vol. 157. - P. 723- 734.

Wallen J. et al. Psychiatric consultations in short-term general hospitals // Arch. Gen. Psychiat. – 1987. Vol. 44. - № 2. – P. 163-168.

Warner R. Recovery from schizophrenia in Third World.//Rpsychiat. 1983; 46: 197-212.

Westermeyer. J., Harrow M., Marengo J. Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and non-psychotic disorders. J Nerv Ment Dis 1991. 179: 259 - 266.

WHO. Schizophrenia: an international follow-up study. Chichester, Wiley, 1979.

Widiger T.A., Clark L.A. Towards DSM-V and the classification of psychopathology // Psychology Bulletin. - 2000. - Vol. 126. - P. 946 -963.

Wilson J.G., Pescor M.T. Problems in Prison Psychiatry// The Coxtan Printers. Idaho. 1939. S.155.

Wyatt R.J. Early intervention for schizophrenia: can the course of the illness be altered? // Biological Psychiatry. - 1995. - Vol. 38. - P. 1-3.

Wyrusch J. Клиника шизофрении//Клиническая психиатрия (под ред.Н.В.Груле, R.Jung, W.Mayer-Gross, M.Muller). Перевод с издания 1960 г. М., 1967. С. 9 - 24.

Zubin J. Negative symptoms: are they indigenous to schizophrenia? // Schizophrenia Bulletin. - 1985. - Vol. 11. - P. 461-469.

Weber M. Gesammelte Politische Schriften. Tübingen, 1921.

Кондратьев Федор Викторович

**Судьбы больных шизофренией:
клинико-социальный и судебно-психиатрический
аспекты**

Под редакцией проф. Ястребова В.С.

Компьютерная верстка *Г.Ю. Ефимова*

Дизайн обложки *Д.В. Ястребов*

ISBN 978-5-9977-0014-9

Подписано в печать 24.02.10 г. Формат 60х90/16. Тираж 300 экз.
Печ. л. 25,125. Заказ 326.

Отпечатано в ОАО «Орехово-Зуевская типография»
г. Орехово-Зуево, Моск. обл., ул. Дзержинского, д. 1
E-mail: tipografiya-oz@rambler.ru