
НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ТЕОРИИ И ПРАКТИКЕ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ ШИЗОФРЕНИИ (обзор литературы - 2)

Р. Г. Илешева, Л. Е. Базарбаева

г. Алматы

В современной психиатрии шизофрения остается одной из наиболее актуальных проблем.

Доказательством этого служит огромное число научных исследований, которые проводятся во всех странах мира как для уточнения нозологических границ, поисков этиологических факторов, так и для разработки новых методов терапии и социальной реабилитации больных.

По каждому из названных направлений накоплен большой материал, требующий дальнейшего анализа и обобщения. Но сделать это практически чрезвычайно трудно, так как по каждой из этих проблем накоплено необычайно большое количество методологических подходов и разработано множество концепций.

До сих пор остаются разноречия в определении клинических границ этого заболевания, что усугубляется при перенесении данных клинических наблюдений и анализа на уровень клинко-биологических исследований. И почти математическая точность последних может вступить в явное противоречие с клиническими данными при их недостаточной дифференцировке или при их разночтении разными исследователями.

Для преодоления названных трудностей в ряде стран были созданы крупные монопроблемные научно-исследовательские учреждения и специальные проекты, предусматривающие всестороннее изучение шизофрении на основе единого подхода к клинической оценке заболевания. Такие мультидисциплинарные исследования шизофрении - клиническое, эпидемиологическое, генетическое, психологическое, нейрофизиологическое, патофизиологическое и другие были проведены в 1962 - 1970 годах в институте психиатрии АМН СССР. Результаты этих исследований были обобщены в широко известной монографии "Шизофрения", (первое издание которой относится к 1969 г., а второе к 1972 г.), вышедшей под редакцией А. В. Снежневского [1].

В Советском Союзе систематическое исследование течения шизофрении осуществлялось рядом учреждений - Московским институтом психиатрии им. П. Б. Ганнушкина, психиатрическими отделениями Института трудоспособности, Институтом психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР, кафедрой психиатрии Центрального института усовершенствования врачей, Институтом психиатрии АМН СССР. Два последних из названных учреждений проводят эту работу непрерывно в течение ряда лет: первое, начиная с 1951 г. и второе - с 1962 г. [2].

Обращаясь к известным положениям общей патологии человека, различию и общности болезнен-

ных изменений у самого больного и его родственников, А. В. Снежневский говорил, что они должны быть соотнесены к таким понятиям, как нозос и патос. Нозос - это болезненный процесс, динамическое, текучее образование. Патос - патологическое состояние, стойкие изменения, результат патологических процессов или порок, отклонения развития. Нозос и патос не разделены жесткой границей. Переход одного состояния в другое можно моделировать экспериментальным путем на животных. Между болезнью и здоровьем располагается целая гамма промежуточных состояний, особые формы приспособления, близкие то к здоровью, то к болезни. Близки понятию диатеза, именно шизофренического диатеза, шизозы Claude, шизопатии E. Bleuler, шизофренический спектр Kety, Wender, Rozental.

Экспериментально-психологические исследования больных, страдающих непрерывной вялотекущей шизофренией, начинающейся в юношеском возрасте, выполненные Ю. Ф. Поляковым и его сотрудниками, обнаружили у них нарушение познавательных процессов. Такие же исследования, проведенные у ближайших родственников больных без психозов, выявили у них сходные изменения [3]. Данные, полученные М. Е. Вартаняном в лаборатории, руководимой им, показали, что ряд отклонений, имеющих у больных шизофренией, встречаются и у некоторых родственников. К ним, например, относятся наличие измененных форм лимфоцитов в крови, изменение некоторых иммунных реакций в крови и др. [4].

Nozos и patos должны рассматриваться в единстве. А. В. Снежневский писал, что исследование шизофрении, как и других болезней, наиболее плодотворно, если, во-первых, оно не ограничивается статикой; во-вторых, когда оно не ограничивается клиникой, а становится клинко-биологическим; в-третьих, когда оно не ограничивается исследованиями только больного, а распространяется по возможности на родственников. Закончившийся шизофренический процесс или приступ оставляет после себя стойкие изменения личности. Впрочем, и полное выздоровление от любой болезни "не есть восстановление бывшего ранее здоровья, это всегда новое здоровье, т.е. какая-то сумма новых физиологических корреляций, новый уровень нервно-рефлекторных, гуморальных иммунологических и прочих отношений" цитируя В. И. Давыдовского, писал А. В. Снежневский [5].

Выздоровление, интермиссия, глубокая ремиссия после приступа шизофрении, как правило, ха-

характеризуется изменениями всего склада личности. Они многообразны. В тяжёлых случаях они выражаются в виде тяжёлого шизофренического дефекта, а в других в виде разнообразных изменений, которые объединяются понятием "резидуальная шизофрения". В тех случаях, когда приступ был лёгким или протекал скрытно, последующие стойкие изменения могут быть психопатическими, невротическими или приобретать форму патологического развития личности. Собственно процессуальные симптомы в них отсутствуют. Новые черты относятся к гипертрофированным, психопатическим сугубо личностным свойствам.

Такой результат шизофренического надлома складывается исключительно в виде изъяна, дефекта, а здесь могут появиться новые продуктивные явления, "ложные жизненные воззрения". Такие стойкие сдвиги личности были описаны J. Vie, E. Kretschmer [6, 7, 8].

В таких случаях речь идет о видоизменении склада личности, создании нового уклада жизни, нового отношения к окружающему, новых занятий, интересах, профессии, т.е. "второй жизни" по J. Vie. Эти изменения можно назвать постпроцессуально обусловленным развитием личности, которое представляет собой новый способ, новый уровень приспособления к жизни. После приступа, шуба остаются не развалины, а новое целое под названием "развитие личности". Это своего рода продуктивные изменения или развитие с позитивными явлениями. В подобных случаях Griesinger писал: "Если психоз при этом остается в легкой степени, заболевание чрезвычайно трудно отличить от дурного характера" [9].

Постпроцессуальные изменения личности могут протекать в виде параноического, истерического, ипохондрического и других форм развития личности, т.е. в любой форме дисгармонии и динамически известных типов психопатий. Они возникают на почве легкого дефекта после приступа шизофрении. В этих случаях следует говорить не о ремиссии, а о стойких изменениях, "рубце", выздоровлении с дефектом, видоизменении личности в результате процесса, т.е. *pathos*, - писал А. В. Снежневский. Эти состояния надо отличать от собственно ремиссии, т.е. ослабления текущего процесса. Последний отличается от постпроцессуальных изменений их лабильностью, хрупкостью, наличием резидуальных симптомов. Затихшее, но подспудное течение нередко проявляется падением энергетического потенциала.

Дифференциальная диагностика ремиссий и стойких изменений личности трудна. И это может усложниться дополнительным расстройством в виде континуальных циклотимических фаз. Такие фазы не являются специфическими только для шизофрении, они могут иметь место и при многих других формах психических заболеваний - эпилепсии, органических психозах. Циклотимические фазы сочетаются с резидуальными симптомами, и есть основа-

ния рассматривать их в качестве выражения ослабленного, но еще текущего процесса, но у некоторых больных легкие континуальные циклотимические фазы, скорее всего, относятся к стойкому остаточному состоянию. Патогенетическая природа их остается неясной.

Стойкие постпроцессуальные изменения личности, которые проявляются психопатическими расстройствами необходимо отличать от психотических или психопатоподобных изменений, которые могут проявляться в начальном периоде шизофрении или при малопрогрессирующем течении шизофренического процесса. Их сходство заключается в том, что они ограничиваются изменениями личности, а также часто наличием инфантилизма или ювенилизма общего или тотального психического. Но между ними есть существенные различия. Изменения, которые возникли в результате постпроцессуального развития, неизменны в свете интенсивности проявлений. При психопатическом (психопатоподобном) типе начала шизофрении эти изменения крайне лабильны и имеют тенденцию к усилению. Личность в этом случае изменена, но не видоизменена. Личность представляет собой усиление черт характера, свойств индивидуума. Приступы, шубы могут возникать после предшествующих психопатических изменений и на фоне постпроцессуального развития личности. В первом случае картина приступа сложная, во втором - менее сложная в виде простого синдрома. Психопатоподобные изменения в начале шизофренического процесса развиваются исподволь, а после приступа (шуба) - критически.

Следует подчеркнуть произвольность обозначений - психопатические, психопатоподобные расстройства или постпроцессуальное развитие личности. Во всех случаях речь идет об изменении всего склада личности под влиянием шизофренического процесса.

Сопоставление инициальных и постпроцессуальных изменений личности, а также циклотимических расстройств иллюстрирует единство *nozoz* и *patos* и в то же время их различие.

Единство *patos* (стойких изменений) и *nozoz* (развитие процесса) особенно отчетливо проявляется при детской шизофрении. При ней клинические проявления включают собственно шизофренические расстройства, с одной стороны, а с другой - признаки задержки или остановки психического развития, т.е. признаки психического инфантилизма или вторичной олигофрении.

Рассматривая психопатологические симптомы как проявления приспособительных механизмов, можно предположить, что изменения склада личности, психопатоподобные состояния, психопатические изменения личности, циклотимические, паранойальные расстройства указывают на медленное развёртывание патологического процесса, а также на то, что последний отражает относительно не-

глубокий уровень поражения биологических систем. И это выражается в том, что в клинической картине этих состояний признаки дефекта, регресса выражены незначительно.

Негативные расстройства определяют объём психического расстройства, а по объёму последнего можно судить о тяжести негативных расстройств.

Приведённые выше теоретические и, особенно, практические положения относительно *pozos* и *ratos* подробно изложены нами, т.к. они имеют важное значение в судебно-психиатрической оценке этих состояний. В современных условиях они приобретают особую значимость после введения в Казахстан с 1997 г. в практику судопроизводства так называемой "ограниченной вменяемости".

Ф. В. Кондратьев в одной из последних работ отмечает, что шизофрения нередко диагностируется с опозданием в 10 и более лет от начала процесса, а частота ошибочного диагностирования, например, психопатии у больных шизофренией, в 8 раз превышает ошибки обратного содержания. Среди причин этого главной является отсутствие какого-либо маркера шизофрении на уровне биологических измерений [10].

В диагностике шизофрении автор выделяет нейтральные, "настораживающие" и относительно определённые диагностические признаки. К числу настораживающих отнесена высокая степень наследственной отягощённости. Однако наследственная отягощённость не является необходимым и достаточным признаком шизофрении. Отсутствие данных о наследственной отягощённости является признаком нейтральным, но необходимо учитывать то, что как больные, так и родственники могут скрывать факты наследственной отягощённости.

Другим настораживающим признаком является шизоидное расстройство личности и в меньшей степени другие варианты личностных расстройств. Существенным для диагностики шизофрении является нарастание динамики личностных расстройств. Настораживающим в плане риска развития шизофрении являются те или иные признаки шизотипического расстройства (описанные в рубрике F 21 МКБ - 10), когда они усложняются, нарастает у лиц генетически связанных с больным шизофренией. Настораживающим фактом является нарастание психических изменений после стресса.

Ссылаясь на работы А. В. Снежневского, автор отмечает факт патогенности взаимодействия патобиологических предпосылок - шизофренического *ratos* (т.е. специфического диатеза) - и психического патокинетического толчка, приводящего к *pozos*.

Вопрос о продромальных проявлениях шизофрении, играющих особую роль в практике судебной психиатрии, остается нерешённым. А. Scarnici отмечает, что все попытки найти патогномичные симптомы начальных проявлений шизофрении остаются безуспешными [11].

Об этом же пишет Ф. В. Кондратьев, который говорит, что вопрос о специфичности для шизофрении психопатологии продромального периода остаётся и в последних классификациях - МКБ - 10 и проектах МКБ - 11 одним из наиболее сложных и нерешённых вопросов [12].

В целом, судебно-психиатрическая практика при диагностике шизофрении не отходит от критериев, которые были сформулированы Е. Krepelin, Е. Bleuler (так называемые четыре "а"), К. Schneider (симптомы первого и второго ранга), а также в редакциях, представленных в руководствах по психиатрии и в МКБ - 10.

В то же время, автор отмечает трудность дифференциации острых, транзиторных психотических расстройств (F-23) и шизофрении (F-20), а также говорит о том, что хронические бредовые расстройства являются гетерогенной группой, имеющей неопределённую связь с шизофренией.

Современные классификации (LCD - 10, DSM - IV) атеоретичны, построены с формализованными параметрами длительности психических расстройств и количества диагностических признаков, без учёта их сущностной значимости, они лишь схематичны. Тенденция к стандартизации в диагностике и лечении приводят к снижению качества практической работы врача.

В настоящее время в судебной психиатрии отмечается повышение интереса к патопсихологическому аспекту шизофренических расстройств, обращение к работам зарубежных исследователей 50 - 60- 80-х годов и более поздним.

Wyrsch I., высказывая своё мнение о сущности шизофрении, пишет, что только на первый взгляд многие позиции кажутся весьма различными, но в них содержится и общее, хотя ни одно из них не может перейти к чисто медицинскому понятию, которое применяется к органическим психозам. Понятие шизофрении не может быть подменено никаким другим: "Основное шизофренное расстройство есть единственно и в специфическом смысле расстройство самого "Я". Сущность шизофрении основана по Wyrsch на феномене расщепления "Я". Он отражает сосуществование наряду с различными вариантами психопатологии, другой - психологической стороны [13].

В отличие от органических психозов при изучении шизофрении, писал I. Wyrsch, всегда выявляется "ничейная земля", которой владеет то психиатрия, то психология. Отсюда возникают вызывающие у врачей недоумения моменты, при которых больной шизофренией может проявлять наряду с неадекватными высказываниями и действиями адекватность, понятность в высказываниях и нормативность в поведении. Сказанное и определяет клиническую сущность шизофрении - "схизис". Этот "схизис" - источник нерешённых теоретических и практических проблем шизофрении.

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. На основе этой свободы человек может адекватно и целостно осмыслить реальность окружающего мира, определить роль и позицию своего "Я". В расщепленной личности психопатологическая продукция обуславливает несвободу в управлении восприятием и ходом мыслей, ведет к специфическому для больных шизофренией нарушению "смысловой законности".

Н. Еу рассматривает сущность шизофрении как "деструктуризацию сознания" [14].

Наиболее полная разработка вопроса о расстройстве самосознания при шизофрении принадлежит К. Scharfetter. Он считает, что в основе этой психопатологии лежат расстройства самосознания, витальности, активности, целостности, границ самосознания и идентичности самосознания [15].

Известный социальный психолог Shibutani Т. считает, что у больных шизофренией имеет место потеря способности адекватного понимания своего "Я" в системе социальных отношений. Это сочетается с нарушениями в восприятии и осмыслении конвенциональных ролей окружающих в различных сферах коммуникаций, имеет место так называемое расстройство экспектации¹ характерного свойства шизофрении. Сказанное выражается в инакопонимании конвенционального значения смысла слов, жестов, эмоций, социальных ролей и поступков окружающих. В результате у больного имеет место только ему понятный смысл происходящего, что обуславливает его ответные действия. Имеет место расстройство адекватности понимания смысла самой ситуации действия [16].

Согласно теории "каузальной атрибуции", разъясняющей, что ответов на вопросы, например, "когда и кто по отношению к кому некто сделал, как, для чего и почему", зависит понимание мотивов ответных действий.

Н. Neckhausen утверждает, что когнитивное объяснение причин, т.е. атрибутирование, является частью процесса мотивации. Оно оказывает решающее влияние на поведение, особенно в случаях его регуляции при помощи атрибуции социальных ролей, например, при оправдании собственного поведения и возложении ответственности за него на других [17].

При шизофрении психопатологические расстройства, в первую очередь описанные выше, нарушения самосознания, а также другие (галлюцинации,

псевдогаллюцинации) могут обуславливать болезненное расстройство каузальной атрибуции, и это психологически объясняет причины неадекватного и социально опасного действия больных.

Как отмечалось выше, в основном признаке шизофрении - "расщеплении Я" - существует другая сторона, о которой говорит Wirsch, и которой владеют как психиатрия, так и психология. Это позволяет утверждать, что психопатологический подход не исключает психологического в понимании конкретного социального поведения больных шизофренией.

Известно, что больные шизофренией могут понимать противоправное значение своих действий и совершать их вполне расчетливо. Известно, что большинство лиц с диагнозом шизофрении создают семьи, учатся, работают, отмечается их рост в социальном плане.

"Видимо, психопатология шизофрении, сконцентрировано описанная в руководствах по клинической психиатрии, далеко не полно и не стабильно захватывает ту "ничейную землю" о которой писал I. Wirsch, оставляя большое пространство для психологии" [10].

При шизофрении имеет место не тотальное поражение психической сферы как при органических заболеваниях, а схизис, и это нередко обуславливает психологическую понятность действия больных. По этому поводу Н. П. Бруханский еще в 1928 г. писал, что ни при одной болезни не наблюдается такого временного отсутствия симптомов налицо, как при шизофрении [18].

М. Bleuler отмечал, что даже в случаях шизофренического слабоумия можно тщательным изучением больных установить, что все нормальные интеллектуальные и эмоциональные возможности у них сохранены [19].

Психопатология самосознания изучалась Т. А. Кафаровым, который в углубленных исследованиях, относящихся к 2000 году, показал, что расстройства самосознания происходят на всех этапах шизофренического процесса [20, 21, 22].

В разработках самосознания выводятся основы бредообразования у больных шизофренией. Кроме этого, данная психопатология рассматривается как основное расстройство, которое обуславливает нарушения адекватности восприятия своего "я", объективной ситуации действия, нарушение адекватности её каузальной атрибуции. Это даёт основание говорить о психотическом характере самосознания и о невменяемости, т.к. больной лишается возможности свободного личностного регулирования

¹ Экспектация – система отношений, требований к поведению соответствующих определенным культурным и социальным стереотипам, нормам, ценностным эталонам. Неопределенность и противоречивость экспектации затрудняют соответствующее им поведение, что приводит к непредвиденным поступкам и снижает эффективность ролевого взаимодействия. В отличие от официальных предписаний экспектации носят неформализованный и не всегда осознаваемый характер. (Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста. Санкт-Петербург. 1999. с.146-147)

своего поведения в соответствии с реальной ситуацией. Однако тотальных расстройств экспектации и атрибуции сознательных ролей при бредовых и менее глубоких уровнях поражения у больных шизофренией не бывает. По вопросам, интактным к психопатологии, больные шизофренией могут давать адекватные ответы и поведенческие реакции. Сказанное позволяет им удерживаться в нормативной социальной среде, но, с другой стороны - быть причиной криминальных действий, не связанных с психопатологией. Отмеченная избирательность психологической нормативности и связанная с ней мотивация ООД ведёт к несоответствию медицинского и юридического критериев. Экспертные решения не могут во всех случаях исходить исключительно из имеющейся психопатологии; они должны строиться на основе того, как эта психопатология влияет на мотивацию и поведение.

Следует отметить, что фундаментальные исследования Т. А. Кафарова заслуживают пристального внимания в двух аспектах.

Прежде, в работах советских исследователей, патопсихологический, психологический подход в объяснении психопатологических расстройств, в частности, бреда, галлюцинаций, по меньшей мере, не приветствовался. "Психологизация" психических расстройств при их анализе не допускалась. Между тем, приведённые выше данные показывают, что при шизофрении, наряду с, несомненно, психопатологическими расстройствами, могут сосуществовать нормальные психологические переживания, которые создают трудности в судебно - психиатрической практике, вызывая расхождения в оценке медицинского и юридического критерия формулы невменяемости, вменяемости, ограниченной вменяемости. Сказанное актуализирует дальнейшие исследования данной проблемы.

Имеет место другой аспект этого вопроса, вытекающий из работ, свидетельствующих о нарушении самосознания при шизофрении. Он ещё более сложный, т.к. касается философского, психологического и клинического определения категории сознания, а, следовательно, и самосознания. Если обратиться к философскому и психологическому определению сознания, то, как сказано в известных руководствах, оно определяется, как высшая форма всей психической деятельности или высшая форма отражения реального мира (с позиции материалистической философии). С этих позиций нарушение какой-либо одной стороны психической деятельности (восприятия, мышления, эмоций и др.) должно вести к расстройствам сознания. Однако в клинической психиатрической практике расстройства сознания (помрачение сознания, нарушения сознания) - рассматриваются в узком смысле и при этом имеются в виду состояния, требующие экстренной, неотложной психиатрической помощи. Известные клинические общие критерии расстройств сознания определяют-

ся по Ясперсу. Такая оговорка клинического определения сознания и его расстройств приводится в руководствах и казахстанских авторов [23, 24, 25]. И, если подходить с этих позиций, то рассмотрение нарушения самосознания, лежащего в основе бредаобразования, при шизофрении имеет в своей основе философский подход, отражающий скорее теорию экзистенциализма. Наиболее продуктивными исследованиями последних двух-трёх десятилетий в практике и теории являются исследования при системном, функциональном подходе к диагностике психических расстройств, в частности, шизофрении. Концепция системного подхода при диагностике больных шизофренией, совершивших общественно-опасные действия, была разработана в 80 - 90-х годах Ф. В. Кондратьевым [26, 27, 28]. Эта концепция позволяет в динамике проследить связь осей психопатологии, личностных свойств и вариантов ситуационных факторов.

Все синдромы шизофрении (за исключением онейроидного или другой острой психической дезинтеграции психической деятельности), в состоянии которых совершаются общественно опасные действия, в той или иной степени связаны с личностной или ситуационной осью.

Среди личностных особенностей могут быть качества от явно антисоциальных установок, допускающих целенаправленное совершение общественно опасных действий до полного неприятия любых противоправных действий. Ситуации действия также варьируют от провоцирующих общественно опасные действия до нейтральных или препятствующих их совершению. Фактор ситуации рассматривается в двух аспектах - конкретной ситуации, имевшей место в момент совершения общественно опасного действия, а также ситуации жизни больного, в которой могут накапливаться личностно значимые проблемы и которые приводят к совершению общественно опасных действий. Последнее имеет прямое отношение к вопросам социального функционирования и качества жизни лиц, больных шизофренией.

Обращает на себя внимание факт обратной сопряжённости между тяжестью синдрома, отражающего уровень поражения, и частотой общественно опасных действий. При парафренических синдромах или глубоком дефекте общественно опасные действия встречаются значительно реже, чем при психопатоподобных или более легких постпсихотических состояниях, ремиссиях. Этот кажущийся парадокс вполне объясним при учёте значительности других осей. В частности, больные с психопатическими состояниями находятся в реальной жизни со всеми её негативными проявлениями, включающими антисоциальные, криминальные. Общественно опасные действия больных названных групп, их поведение, поступки неотличимы от тех, которые совершаются здоровыми лицами, в криминальные группы которых могут вступать больные. Среди этих больных

могут оказаться те, у которых в результате болезненного процесса развился социальный дрейф с потерей прежних адаптационных возможностей или эмоциональное снижение. Но могут попадать в такие группы и больные, которые в преморбиде были характерологически жестокими и аморальными, т.е. со свойственной им отрицательной нравственной конституцией.

Говоря о нравственной конституции, Ф. В. Кондратьев раскрывает степень опасности и прогноз социального поведения больного. Даже при бредовых состояниях в ситуациях действия конкретное поведение больного определяется его нравственной конституцией. Нравственная конституция как просоциального, так и негативно социального содержания отличается устойчивостью, и ее роль прослеживается даже на отдаленных этапах шизофренического процесса.

Ф. В. Кондратьев подчеркивает значение комплекса "синдром-личность-ситуация" в формировании криминального поведения вообще и агрессивного в частности. Рассматривая новые ракурсы агрессивного поведения больных шизофренией, в частности, совершивших убийства, Ф. В. Кондратьев с соавторами вновь подчеркивает особое место в функциональном диагнозе анализа фактора "личность". Он пишет, что представление о больном шизофренией как об аутисте, без учёта внешней жизни всё более уходит в прошлое. В отличие от органических психозов при изучении шизофрении выявляется, как писал Wyrtsch, "ничейная земля", которой владеют как психиатрия, так и психология. Психопатологический подход не исключает психологического, в широком смысле слова, включая и социальные конфликты. Это указывает на важность анализа системы "личность - деятельность".

При острых психотических состояниях возможность какого-либо участия личностного или ситуационного фактора полностью заблокирована. Тяжёлые агрессивные действия, в том числе убийства, в подобных случаях можно считать фактически безличностными и внеситуационными. Жертвами при остром психотическом состоянии (бредовом, кататоническом возбуждении) оказываются лица, находящиеся рядом с больным, как правило, близкие родственники.

С позиции научной социологии, под действием понимается любое человеческое поведение, которое обладает для субъекта смыслом. Возможность понять смысл или побуждение служит основанием квалификации его как действия, в том числе общественно опасного. Сказанное позволяет не относить к таким действиям те поведенческие проявления у больных шизофренией, которые совершаются без участия личностного смысла (при состояниях нарушенного сознания, острой дезинтеграции психической деятельности, наличии автоматизмов). В этих случаях нет участия социально-личностного фактора, нет психологического смысла. Поэтому это не

общественно опасное деяние, не криминальная агрессия, а трагическое совпадение. Судебно - психиатрическая оценка таких случаев однозначна - больные не осознают общественную опасность своих действий и не могут руководить ими.

Существенное значение в поведении психически больных, в частности, шизофренией, придаётся состоянию критичности, которое связано с сохранностью интеллекта, мотивацией, самовосприятием и восприятием окружающего, пониманием собственной роли в той или иной ситуации. Изменение эмоций, наличие продуктивно - психотических расстройств могут приводить к нарушению или утрате критических способностей с исключением высших форм личностного реагирования. В этих случаях проявляются поведенческие акты, преморбидно неприемлемые для данной личности. Волевые механизмы при этом соответствуют уже не преморбидным социальным установкам, а болезненным расстройствам.

Расстройства менее глубокого уровня - галлюцинаторно-параноидные, паранойяльные с персекуторной фабулой часто сопряжены с риском совершения агрессивных действий. Но здесь начинает проявляться роль личности. Некоторые больные начинают искать некриминальные способы ухода от ситуации. В других случаях больные "сознательно" идут на убийство, при этом, понимая, что совершают уголовно наказуемое деяние, исходящее из их бредовой системы. При этом может разрабатываться правонарушение, целенаправленно производятся различные подготовительные действия, а затем делаются тщательные попытки скрыть следы своих действий, чтобы отвести от себя обвинение.

Отмеченные различия социального поведения определяются морально-нравственной ориентированностью личности. Но иногда тяжёлые криминалы больных шизофренией могут исходить из субъективных высоких нравственных позиций больного, например с целью достижения, с его точки зрения, справедливости или превратно понимаемых им интересов общества. При этом извращенно понимается роль своего "Я" в ситуации действия и сама ситуация. В этих случаях мотивация криминального действия является бредовой, но в то же время само действие осознаётся больным как уголовно наказуемое. В этих случаях необходимо выйти за рамки чисто психопатологического анализа и рассмотреть личностную структуру больного. Чем менее выражен психопатологический фактор, тем большую причинную роль играет личностный. Этот фактор должен учитываться, т.к. анализ рецидивов убийств показал, что даже тогда, когда они совершались по бредовым мотивам, они наблюдались чаще у больных с социально - отрицательными личностными ориентациями. Вместе с тем, именно психопатологически извращённое, болезненное понимание роли и позиции своего "Я" в системе интерперсональных связей и ситуации деятельности - основ-

ной источник общественно опасных действий, в том числе и наиболее тяжелых.

Максимальная вероятность агрессивного поведения отмечается при императивных галлюцинациях, направленных против личности, особенно при их эмоциональной насыщенности. Мотивациями агрессивного поведения могут быть "защита своего "Я", "защита", сопряженная с мстью, "защита близких" и др. Настораживающими в плане возможности агрессивных действий является активная диссимуляция болезненных переживаний. Самоповреждение при императивных галлюцинациях должно настораживать в отношении возможности реформаторства [30].

В функциональном диагнозе, базирующемся на системном подходе - "личность - синдром - си-

туация", - анализируется значение каждого из этих компонентов. Как отмечалось выше, в понятие "личность", наряду с клиническими его компонентами (темперамент, характер, направленность), в судебной психиатрии особое значение приобретает "нравственная конституция". Тяжесть синдрома нередко обратно пропорциональна частоте криминальных общественно опасных действий. А фактор ситуации определяется не только тем, что непосредственно предшествует правонарушению, а нередким пребыванием больного в антисоциальной среде в детском и подростковом возрасте, которая формировала стойкую ценностную систему. У таких лиц поведение трансформировалось от антидисциплинарного к делинквентному и антисоциальному.

Литература:

1. Шизофрения Мультидисциплинарные исследования. Под ред. А. В. Снежневского. - М. "Медицина", 1972, 398 с.
2. Снежневский А. В. Клиническая психиатрия. Избранные труды. - М. 2004, 269 с.
3. Поляков Ю. Ф. Патология познавательных процессов / Шизофрения. Мультидисциплинарные исследования. Под ред. А. В. Снежневского. - М. "Медицина", 1972. - С. 225 - 278
4. Вартамян М. Е. Биологические нарушения и их генетическая детерминация
5. Шизофрения. Мультидисциплинарные исследования. Под ред. А. В. Снежневского. - М. "Медицина", 1972. - С. 338 - 380
6. Vie J. Quelques terminaisons des delires chroniques. Ann. Med. Psychol., 1939. - vol. 97. - P. 461
7. Кречмер Е. Строение тела и характер. Перевод с немецкого. - М.- Л. 1930
8. Krethschmer E. Medizinische Psychologie, Stuttgart, 1971
9. Гризингер В. Душевные болезни. - СПб, 1886
10. Кондратьев Ф. В. Судебно-психиатрическая экспертиза при шизофрении, шизотипическом расстройстве и хронических бредовых психозах. В кн. "Руководство по судебной психиатрии" под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. В. Шостаковича, А. А. Ткаченко. - М., 2004. - С. 165 - 183
11. Scanici A. Betrachtungen über einige psychopathologische Züge der beginnenden Schizophrenie (Acta paedopsychiatri), 1962. - Bd. 29; 3. - S. 65-76
12. Кондратьев Ф. В. Осолкова С. Н. F-20 - F-29. Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства // МКБ-10 в судебно-психиатрической практике // Пособие для врачей. - Гл. 3. - М., 1999. - С. 62 - 96
13. Wyrsh Jacob Клиника шизофрении // Клиническая психиатрия под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. Перевод с немецкого "Медицина". - М., 1967. - С. 9 - 24
14. Ey H. Studies psychiatriques. - Paris, 1954, 787 p.
15. Sharfetter C. Alldemeine Psychopathologie. - Stuttgart. - N 4, 1985, 305 s.
16. Shibutani Tamotsu. Society and Personality. N G, N I Premise - Hall, 1996, 501 p.
17. Heckhausen H. Motivations and Handsen. - Berlin-Heldeberg - New-York, 1980, 765 p.
18. Бруханский Н. П. Судебная психиатрия. - М., 1928. - С. 189 - 206
19. Bleuler M. A. 23-er longitudinal Study of 208 schizophrenic und impressions in regard to the nature of schizophrenia. - In: Rosenthal D., Kety S. The transmission of schizophrenia. - Oxford, 1968. - P. 3 - 8
20. Кафаров Т. А. Феноменология и систематика расстройств самосознания на манифестном этапе шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия, 2000. - Т. 10. - № 2. - С. 72 - 74
21. Кафаров Т. А. Типы трансформации самосознания при шизофрении // Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2000. - № 3. - С. 36 - 39
22. Кафаров Т. А. Динамика расстройств самосознания при параноидной форме шизофрении // Достижения медицинской науки и практики здравоохранения Азербайджана. - Баку, 2000. - Т. 2. - С. 113-116
23. Измаилова Н. Т. Общая психопатология (руководство для врачей). - Алматы, 2005, 212 с.
24. Илешева Р. Г. Медицинская психология (на казахском яз.). - Алматы, 1994, 85 с.
25. Илешева Р. Г. Психиатрия (на каз.яз.). - Алматы, 1995, 260 с.
26. Кондратьев Ф. В. Анализ структуры личности больных шизофренией в плане их социальной опасности // Клинико-социальные аспекты профилактики общественно опасных действий психически больных. - М., 1981. - С. 17 - 27

27. Кондратьев Ф. В. 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

28. Кондратьев Ф. В. Общественно опасные деяния психически больных (анализ формирования опасных тенденций и причины их реализации) // Труды I съезда психиатров социалистических стран. - 1987. - С. 351 - 357

29. Кондратьев Ф. В. Системно-структурный подход как когнитивный базис судебно-психиатрического исследования // Материалы VIII Всесоюзного съезда невропатологов, психиатров и наркологов. - М., 1988. - С. 349-353

30. Кондратьев Ф. В., Осолкова С. Н., Василевский В. Г. Шизофрения и убийства: новые ракурсы проблемы // Агрессия и психическое здоровье. - СПб, 2002. - С. 142 - 174

РЕЗУЛЬТАТЫ АНКЕТИРОВАНИЯ УЧАСТНИКОВ I СЪЕЗДА ВРАЧЕЙ-ПСИХОТЕРАПЕВТОВ И ПСИХОЛОГОВ-КОНСУЛЬТАНТОВ СЕВЕРО-ЗАПАДНОГО РЕГИОНА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 3 - 25 НОЯБРЯ 2007 ГОДА, г. САНКТ - ПЕТЕРБУРГ

В съезде приняли участие более 300 делегатов, из которых 75 практикующих специалистов заполнили и сдали анонимные анкеты, подготовленные оргкомитетом съезда.

Содержательный анализ

Абсолютное большинство (80%) специалистов, действующих в области психотерапии и консультирования, поддерживают идею объединения всех психотерапевтических обществ России и столько же (80%) считают, что психотерапия должна стать самостоятельной специальностью. Готовы к объединению в составе Конфедерации психотерапевтических обществ России 73% специалистов и подтверждают целесообразность создания общественного Совета президентов психотерапевтических обществ 72%.

Самый высокий уровень согласия (88%) имеется по вопросу о разработке общего Этического кодекса специалистов, действующих в области психотерапии и консультирования. Создание единых нормативов профессиональной (теоретической) подготовки и профессионального тренинга для всех методов психотерапии, а также - единой системы сертификации и общественной аккредитации специалистов, действующих в области психотерапии и психокоррекции, поддерживают соответственно: 57% и 65% участников съезда.

Действуют в сфере государственной психотерапии 53% специалистов и 77% - в сфере частной психотерапии. Однако при сопоставлении пунктов №№ 8 и 9 Анонимной анкеты (см. таблицу № 1) оказывается, что действуют исключительно в государственном секторе психотерапии всего 12% участников анкетирования, а остальные совмещают деятельность в государственном и частном секторах психотерапии, что, в целом, соответствует общемировой статистике.

43% опрошенных составили врачи-психотерапевты, и 57% - психологи-консультанты. Планируют участие во Всероссийском съезде врачей-психотерапевтов и психологов консультантов в 2008 году в Москве 45%, и еще 36% - пока не определились с решением. Более подробные данные представлены в таблице № 1.

Основными методами психотерапии, которые в настоящее время применяются в России (в порядке их рейтинга) являются: интегративная и/или полимодальная психотерапия – 56%; психоанализ и психодинамическая психотерапия – 27%; поведенческая (когнитивно- поведенческая) психотерапия – 24%; рациональная терапия – 17%; методы внушения – 14%; гештальт - терапия – 5%. В качестве «других» (единично упоминаемых) методов были также указаны: арт-терапия, аналитико - системная психотерапия, биосенсорная психотерапия, гуманистическая психотерапия, личностно-ориентированная, детская, семейная и системная психотерапии. Последние данные, в частности, показывают, что некоторые участники имеют определенные трудности с их профессиональной идентификацией, так как «личностно-ориентированная психотерапия» относится к интегративному направлению, «аналитико-системная» - к психодинамическому, гуманистическая – является синтезом психоаналитической и бихевиоральной, а варианты «семейная», «детская» и т.д. - относятся к формам применения, а не методам психотерапий. Данные представлены в таблице № 2. Так как многие респонденты отмечали сразу несколько направлений психотерапии, сумма по вертикали в таблице № 2 превышает 100%. Множественная идентификация ряда специалистов еще раз подтверждает, что методологически обоснованная система профессиональной идентификации в России пока только формируется.