

Главный редактор

Кекелидзе Зураб Ильич – доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, главный внештатный специалист-психиатр Минздрава России (Москва)

Заместители главного редактора

Александровский Юрий Анатольевич – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отдела пограничной психиатрии ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва)
Макушкин Евгений Вадимович – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, главный внештатный детский специалист-психиатр Минздрава России, заместитель председателя Российского общества психиатров (Москва)

Ответственный секретарь редакции

Шпорт Светлана Вячеславовна – кандидат медицинских наук, ученый секретарь ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва)

Редакционная коллегия

Барденштейн Леонид Михайлович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

Бохан Николай Александрович – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАН (Томск)

Букреева Наталья Дмитриевна – доктор медицинских наук, руководитель Научно-организационного отдела ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва)

Вандыш-Бубко Василий Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения экзогенных психических расстройств Отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва)

Казakovцев Борис Алексеевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва)

Котов Вячеслав Павлович – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник отделения профилактики общественно опасных действий психически больных Отдела судебно-психиатрической профилактики ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва)

Краснов Валерий Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, директор Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, заместитель председателя Российского общества психиатров (Москва)

Незнов Николай Григорьевич – доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева», главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, председатель Российского общества психиатров (Санкт-Петербург)

Положий Борис Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отдела экологических и социальных проблем психического здоровья ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва)

Ромасенко Любовь Владимировна – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения психосоматических расстройств Отдела пограничной психиатрии ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва)

Софронов Александр Генрихович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, главный психиатр, главный нарколог г. Санкт-Петербурга (Санкт-Петербург)

Тиганов Александр Сергеевич – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАН (Москва)

Ткаченко Андрей Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва)

Цыганков Борис Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии факультета последилового образования ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, главный специалист-психиатр г. Москва

Чехонин Владимир Павлович – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, руководитель Отдела фундаментальной и прикладной нейробиологии ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (Москва)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Аведисова А.С. (Москва)

Боев И.В. (Ставрополь)

Бойко Е.О. (Краснодар)

Валинуров Р.Г. (Уфа)

Воронин В.С. (Москва)

Говорин Н.В. (Чита)

Горинов В.В. (Москва)

Гурина А.В. (Санкт-Петербург)

Игонин А.Л. (Москва)

Кудрявцев И.А. (Москва)

Лиманкин О.В. (Санкт-Петербург)

Макушкина О.А. (Москва)

Малиновская С.Д. (Москва)

Портнова А.А. (Москва)

Румянцева Г.М. (Москва)

Трушелёв С.А. (Москва)

Харитоновна Н.К. (Москва)

Свидетельство о регистрации средства массовой информации № 015546 от 24.12.1996
 Журнал выходит один раз в два месяца.

Адрес редакции:

119991, г. Москва,
 Кропоткинский пер., д. 23
 Телефон: (495) 637-52-62
 Факс: (495) 637-22-75

Журнал входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий Высшей аттестационной комиссии РФ.

Все права защищены.

Никакая часть издания не может быть воспроизведена без согласия редакции.

При перепечатке публикаций с согласия редакции ссылка на «Российский психиатрический журнал» обязательна.

Ответственность за содержание рекламных материалов несут рекламодатели.

Подписные индексы (каталог агентства «Роспечать»):

72063 – для индивидуальных подписчиков,
 72064 – для предприятий и организаций

Сайт журнала: <http://rj.p.geotar.ru>

Издатель:

ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»

115035, г. Москва,
 ул. Садовническая, д. 9, стр. 4
 Телефон: (495) 921-39-07
www.geotar.ru

Верстка

Килимник А.И.

Корректор

Макеева Е.И.

Редактор

Лузинская Е.Г.

Выпускающий редактор

Попова Ольга, popova@geotar.ru

Отдел подписки

Хабибулина Зульфия,
habibulina@geotar.ru

Цена свободная.

Тираж 3000 экземпляров.

Формат 60 x 90 1/8.

Печать офсетная. Печ. л. 11,5.

Заказ № 127.

Отпечатано в ООО

«Центр полиграфических услуг «Радуга»»: 115280, г. Москва, ул. Автозаводская, д. 25.

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2015.

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Горинов В.В. 4
Бредовые расстройства: преморбидные и структурные характеристики, судебно-психиатрическая оценка

Клименко Т.В., Гусева О.И., Романов А.А. 9
Организационные меры по оптимизации производства судебно-психиатрической экспертизы лиц с наркологическими расстройствами в рамках действующего законодательства Российской Федерации

Самылкин Д.В., Ткаченко А.А. 15
Клинико-психопатологическая дифференциация расстройств шизофренического спектра у обвиняемых

Усюкина М.В., Харитonenkova Е.Ю. 24
Психические расстройства у больных эпилепсией, препятствующие способности самостоятельно защищать свои права и законные интересы в уголовном процессе

Шишков С.Н. 31
«Антипсихиатрическое» законодотворчество

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Макашева В.А., Слободская Е.Р. 38
Социальное значение детской психиатрии: связь социальной заболеваемости психическими расстройствами детей и подростков с частотой суицидов в Сибирском федеральном округе

Трущелёв С.А., Кузнецова-Морева Е.А. 46
Квалификация научных кадров в области психиатрии в 2014 г.

Штарк Л.Н., Введенский Г.Е. 50
Особенности реабилитационных психотерапевтических программ для сексуальных правонарушителей

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кибитов А.О., Чупрова Н.А. 56
Количественная оценка риска развития психопатологического варианта синдрома отмены алкоголя

Янушко М.Г., Шаманина М.В., Аристова Т.А., Киф Р., Иванов М.В., Толмачева М. 68
Стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с аффективными расстройствами» (BAC-A) на основе нормативных данных российской популяции

ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Вазагаева Т.И. 76
Влияние рisperидона на нейрокогнитивный дефицит при шизофрении

Винникова М.А., Титков М.С. 82
Эффективность и безопасность метода интервальной гипоксическо-гипероксической тренировки в терапии больных с зависимостью от алкоголя (слепое плацебо-контролируемое исследование)

FORENSIC PSYCHIATRY

Gorinov V.V. 4
Delusional disorders: premorbid and structural characteristics, forensic psychiatric evaluation

Klimenko T.V., Guseva O.I., Romanov A.A. 9
Organizational measures to optimize expert investigation of persons with substance dependence disorders in the framework of current RF legislation

Samylkin D.V., Tkachenko A.A. 15
Clinical-psychopathological differentiation of schizophrenia spectrum disorders in the accused

Usyukina M.V., Kharitonenkova E.Yu. 24
Mental disorders in patients with epilepsy hampering their ability to defend all by themselves their rights and legitimate interests in criminal procedure

Shishkov S.N. 31
“Anti-psychiatric” lawmaking

ORGANIZATION OF PSYCHIATRIC ASSISTANCE AND EPIDEMIOLOGY

Makasheva V.A., Slobodskaya E.R. 38
The social implication of child psychiatry: registered morbidity in Siberian Federal District is negatively related to the prevalence of suicide

Trushchelev S.A., Kuznetsova-Moreva E.A. 46
Qualifications of Russia’s psychiatry researchers in 2014

Shtark L.N., Vvedensky G.E. 50
Specifics of rehabilitation-psychotherapeutic programs for sex offenders

CLINICAL FEATURES OF MENTAL DISORDERS

Kibitov A.O., Chuprova N.A. 56
Quantitative risk assessment of psychopathological variants of alcohol withdrawal syndrome

Yanushko M.G., Shamanina M.V., Aristova T.A., Keefe R., Ivanov M.V., Tolmacheva M. 68
Standardization of the scale “Brief assessment of cognition in patients with affective disorders” (BAC-A) on the basis of normative data for Russian population

MANAGEMENT OF MENTALLY ILL PATIENTS

Vazagaeva T.I. 76
The effect of risperidone on the neurocognitive deficit in schizophrenia

Vinnikova M.A., Titkov M.S. 82
The efficacy and safety of the interval hypoxic-hyperoxic training in the treatment of patients with alcohol dependence (blind placebo-controlled study)

Уважаемые читатели!

Редакция сообщает, что с 1 апреля 2015 г. внесены изменения в правила для авторов «Российского психиатрического журнала» (см. сайт журнала <http://rpj.geotar.ru>).

Для публикации статей в научных периодических изданиях, входящих в международные базы данных, авторы должны предоставлять 2 списка литературы:

- традиционный (Литература) – все публикации на родном языке (русские слова – кириллицей, иностранные – латиницей);
- References – описание русскоязычных источников латиницей (фамилии авторов и названия источников публикаций транслитерируются, названия самих работ – переводятся на английский язык).

При отсутствии 2 списков литературы статьи не будут приниматься на рецензирование.

Обратите внимание на изменение порядка нумерации источников – список составляется не по алфавиту, а по мере упоминания в тексте.

Также редакция журнала настоятельно рекомендует авторам при написании своей фамилии (и названия учреждения, т.е. места работы) на английском языке использовать тот вариант, который уже включен в российские и зарубежные базы данных. При различном написании фамилии корректное цитирование ваших работ невозможно.

Для корреспонденции

Горин Виктор Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения психогений и расстройств личности ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России
Адрес: 119991, г. Москва, Кропоткинский пер., д. 23
Телефон: (495) 637-34-79
E-mail: viktor-gorinov@yandex.ru

В.В. Горин

Бредовые расстройства: преморбидные и структурные характеристики, судебно-психиатрическая оценка

Delusional disorders:
premorbid and structural
characteristics, forensic
psychiatric evaluation

V.V. Gorin

The paper presents the results of a clinical study of 50 patients with delusional disorder (ICD-10 diagnostic code F22; DSM-V diagnostic code 297.1), who were accused of having committed socially dangerous acts against life and health of the individual. Reviewed are premorbid characteristics, structure of the examined subjects' disease state, mechanism of illegal actions and criteria for forensic evaluation of a given disorder.

Keywords: delusional disorder, premorbid characteristics, plot of delirium, insanity, procedural incapacity

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва
V. Serbsky Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow

В статье приведены результаты клинического исследования 50 пациентов с бредовыми расстройствами (F22 по МКБ-10, 297.1 по DSM-V), которые обвинялись в совершении общественно опасных деяний против жизни и здоровья личности. Рассмотрены преморбидные характеристики, структура болезненного состояния подэкспертных, механизм противоправных действий, критерии судебно-психиатрических оценок указанного расстройства.

Ключевые слова: бредовое расстройство, преморбидные характеристики, фабула бреда, неизменяемость, процессуальная недееспособность

Бредовые расстройства – это группа болезненных нарушений психической деятельности, в структуре которых монотематический или политематический систематизированный бред является единственной или заметной клинической характеристикой. Согласно положениям Международной классификации болезней (МКБ-10), в эту группу включают следующие бредовые расстройства: паранойю, позднюю парафрению, инволюционный параноид, кверулянтную форму паранойи, бредовую форму дисморфофобии, паранойяльную шизофрению с различной фабулой бреда (в адаптированном варианте класса V МКБ-10, предназначенного для использования в Российской Федерации).

Данные литературы по этой проблеме свидетельствуют о том, что все указанные расстройства традиционно рассматривались в рамках паранойи или функциональных психозов позднего возраста [2]. В свою очередь к паранойе относили следующие расстройства: собственно паранойю, паранойяльную шизофрению и психогенное паранойяльное развитие личности. Исследователи отмечают, что указанные расстройства встречаются весьма редко; пациенты с изолированным бредом, сохраняющим характер замкнутой, логически

обоснованной системы, составляют исключение, о чем свидетельствуют не только клинический опыт, но и статистические данные. Показатели распространенности паранойи варьируют в зависимости от диагностических предпочтений исследователей от 0,03 до 0,4%. Бредовое расстройство встречается гораздо реже, чем шизофрения или депрессия, – его распространенность составляет от 24 до 30 случаев на 100 тыс. населения. Частота первичных обращений больных с бредовыми расстройствами от 0,001 до 0,003%.

Внимание исследователей обращали на себя преморбидные характеристики больных: избирательная общительность с тенденцией к уединенному времяпрепровождению, сенситивность, подозрительность. Предрасполагающим фоном для развития паранойи является напряженная, неуверенная, обычно полная тревоги и страха личность, склонная к скрытности и уединенным размышлениям; для такой личности характерна ригидность, которая исключает возможность гибкой адаптации. Преморбидом является также психический инфантилизм с эмоционально однобоким мышлением, чрезмерно развитое чувство собственного достоинства и непомерная живость воображения. Бредовое расстройство может развиваться у субъектов с шизоидным, параноидным и иным типом личностной патологии в психогенно травмирующей ситуации.

У субъектов с расстройствами личности сверхценные идеи в случае неблагоприятного развития могут превращаться в сверхценный бред. Этот бред подобно сверхценной идее психологически понятным образом вытекает из конфликтной ситуации и по своему содержанию может быть связан с ней. В основе такого бреда лежит патологическая связь между суждениями, обусловленная болезненно напряженным стремлением к сочетанию между собой таких мыслей, которые в нормальном состоянии не должны тесно сливаться; центр тяжести переносится с «неправильности» суждений на болезненно измененный процесс мышления, приводящий к ложным выводам.

Обычно заболевание начинается до 30 лет, манифестные проявления возникают значительно позже. Содержание патологических представлений длительное время может отражать особенности взаимоотношений, конфликтов, желаний, которые часто встречаются в жизни. Динамика болезненных проявлений идет по трем направлениям: миграция, защита, нападение. По клинической картине паранойя занимает промежуточное положение между параноидным расстройством личности и шизофренией. В связи с этим часто приходится проводить дифференциальный диагноз между указанными патологиями. На ранних стадиях заболевания это представляет большую сложность, поскольку трудно определить начало, а самое главное – установить наличие

бреда (например, бред ревности или сенситивный бред отношения).

Если обратиться к классическим классификациям, можно обнаружить следующие виды параноидального бреда: 1) страстный бред (бред эротический и кверулянтский); 2) сенситивный бред отношения; 3) интерпретативный бред – «интеллектуальная мономания» (бред преследования, величия); 4) бред ревности; 5) бред реформаторства; 6) ипохондрическая паранойя.

Наряду с указанными формами хронических бредовых расстройств следует отметить и функциональные психозы позднего возраста, прежде всего инволюционный параноид, который манифестирует после 40 лет. К условиям возникновения инволюционных параноидов относят сочетание конституционных и психогенных факторов. Сюда включают невысокий интеллект, узкий кругозор, активность, стеничность и ригидность в преморбиде. Клиническую картину исчерпывает бред малого размаха – преследования, ущерб, отравления. Бред персонафицирован, он простой и конкретный, направлен против определенных лиц. В поведении больных преобладают то защита, то активная борьба.

Психическое состояние больных не всегда сопровождается общественно опасным поведением, в определенном смысле у них могут сохраняться критическая оценка ситуации, своего поведения, а также способность к прогнозированию хода событий. Инкапсулированный бред на протяжении длительного периода сосуществует с сохранностью интеллекта, волевой сферы и сдерживающих механизмов, что позволяет им избежать действий, которые могли бы иметь неблагоприятные последствия и, в частности, представлять опасность для общества. В других случаях психическое расстройство бредовой структуры делает больных уязвимым, неспособным противостоять тем или иным ситуационно обусловленным побуждениям, провоцирующим факторам, что может определять наличие опасного поведения. Социально положительные примеры адаптации нередко встречаются при производстве судебно-психиатрических экспертиз по гражданским делам (имущественные споры).

Согласно требованиям МКБ-10, при нозологической и нозографической оценках этого психического расстройства бред является наиболее яркой клинической характеристикой. Бред должен отмечаться у больного в течение не менее 3 мес и носить личностный, а не субкультуральный характер. Поведение больного может быть обусловлено болезненными переживаниями, его эмоции и речь могут не отличаться от таковых у психически здоровых лиц.

Диагностические критерии, согласно положениям DSM-V, включают такие характеристики, как:

- наличие бреда с продолжительностью не менее 1 мес;

- отсутствие признаков шизофренического процесса;
- социальное функционирование заметно не нарушено, и поведение не представляется странным;
- возможность наличия кратковременных аффективных расстройств;
- расстройство не должно быть следствием иных нарушений психической деятельности (зависимость от психоактивных веществ, органическое психическое расстройство).

В судебно-психиатрической клинике подэкспертные с бредовыми расстройствами встречаются не так часто в сравнении с субъектами с иной патологией (шизофрения, умственная отсталость, расстройства личности, органические психические расстройства, психогенно обусловленные расстройства различной глубины). В Российской Федерации среди лиц, в отношении которых принималось решение о невозможности в период совершения общественно опасного действия осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, пациенты с указанной патологией составляют около 0,8%. В судебно-психиатрических отделениях Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии (ФМИЦПН) больные с бредовыми расстройствами составляют 0,5% от числа всех подэкспертных.

В литературе, посвященной связи психических расстройств бредовой структуры и общественно опасных действий, постулируется положение, согласно которому все судебно-психиатрические критерии, относящиеся к больным шизофренией, могут применяться и к больным с бредовыми расстройствами. У таких больных наличие болезненных переживаний может приводить к тяжким противоправным деяниям против жизни и здоровья личности. Особое «криминогенное» значение имеют стойкие, стержневые бредовые идеи конкретного содержания. Акцент делается на очерченности, неизменности и конкретности смыслового содержания, персекуторном характере, направленности на определенных лиц [6, 8–10]. При производстве судебно-психиатрической экспертизы необходимо оценивать содержание переживаний, их стойкость, аффективную насыщенность, прямую, непосредственную или косвенную связь между синдромом и характером общественно опасного действия. Такая зависимость обнаруживается при наличии продуктивной психотической симптоматики, когда содержание бредовых переживаний обуславливает определенную мотивацию, субъективно психологическое обоснование опасного поведения [3, 4, 12]. Речь в таких случаях идет о продуктивно-психотических механизмах общественно опасных деяний, которые совершают лица с психическими расстройствами [1].

Продуктивно-психотические механизмы общественно опасных деяний включают механизмы с бредовой мотивацией: а) бредовую защиту (пассивный, активный варианты); б) бредовую месть; в) реализацию бредовых проектов (миссии); г) бредовую демонстрацию (по типу Герострата); д) искупление мнимой (бредовой) вины; е) бредовое самоутверждение (псевдореконструкция); ж) косвенную бредовую мотивацию.

Материал и методы

В целях определения особенностей преморбиды и структуры болезненного состояния были обследованы 50 человек (все мужчины в возрасте 38–50 лет), проходивших судебно-психиатрическую экспертизу в ФМИЦПН по уголовным делам с 2005 по 2014 г. Все подэкспертные обвинялись в правонарушениях против жизни и здоровья личности. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 в исследование включены больные, состояние которых удовлетворяло критериям рубрик F22.0. Им устанавливали диагнозы: «бредовое расстройство (паранойя)» и «инволюционный параноид». В ходе исследования использовались клинический и экспериментально-психологический методы.

Результаты и обсуждение

Все расстройства, как показало исследование, развивались задолго до совершения криминальных деликтов. Всем пациентам были свойственны личностные особенности в виде низкой коммуникативности, отгороженности, стеничности, утрированной принципиальности, настойчивости, требовательности, категоричности, низкой способности к эмпатии, повышенной чувствительности к несправедливости, подозрительности.

Рассматривая структуру и динамику собственно бредового расстройства, диагностированного у подэкспертных, следует отметить, что в его возникновении значительную роль сыграл и такой личностный преморбид, как замкнутость, отгороженность, подозрительность, ожидание недоброжелательного и враждебного отношения окружающих. У них всегда были ограничены социальные контакты, отмечались значительные трудности разрешения конфликтов в микросфере, имела место фиксация на эмоционально значимые события. Предрасполагающим фоном для развития бреда являлась напряженная, неуверенная, полная страха и тревоги личность, склонная к скрытности и уединенным размышлениям; эту личность характеризует ригидность, исключая гибкую адаптацию. Обращали на себя внимание и отдельные квазипсихотические эпизоды, возникавшие у 10 подэкспертных.