

Лекции: 3
Болезнь
Альцгеймера

Диагноз 6
и диагностика
в психиатрии

Судебная
психиатрия: 7
границы
и проблемы

Творчество 8
пациентов
НМЦ «Феникс»



ФЕНИКС
лечебно-реабилитационный
научный центр

НАШ АДРЕС:

344010, г. Ростов-на-Дону,
пр. Ворошиловский, 40/128.

Тел. (863) 267-48-15.

Тел./факс: (863) 267-38-67

www.centerphoenix.ru

№ 1-2010
апрель

Новая

Психиатрия

ОТ РЕДАКТОРА

Для чего мы приступили к выпуску этой газеты

Когда мы все – редакция газеты «Новая психиатрия» – обсуждали те задачи, решением которых следует заняться нашему изданию в первую очередь, то пришли к выводу, что главное для нас это честно, без утайки, на доступном языке ответить на любые вопросы, связанные как с теоретической, так и с практической сторонами психиатрической науки. Также, в силу большой компетентности и, возможно, большей информированности многих наших коллег и потенциальных читателей, мы считаем целесообразным предложить страницы нашей газеты в качестве площадки для развертывания дискуссий, широкого обмена мнениями и опытом по профильной для издания проблематике. В связи с этим обращаемся к вам, уважаемые коллеги, и предлагаем направлять в адрес редакции статейный материал, достойный внимания медицинской общественности.

Мы ставим своей целью предоставление максимума информации о возможностях, достижениях и огорчениях современной психиатрии, о текущей отечественной медицинской практике и ее главном достоянии – ученых, известных людях и выдающихся подвижниках этого направления здравоохранения.

Мы также постараемся дать подробный комментарий поступающих в адрес редакции документов, которые относятся к области психиатрии, раскрыть суть прикладных правовых аспектов ее юридического применения.

(Окончание на стр. 2)

ПРЕДМЕТНЫЙ РАЗГОВОР

Беседовала Е. СЕДЛАК

Профессор кафедры психиатрии Ростовского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук **Александр БУХАНОВСКИЙ** вот уже более 30 лет исследует проблему транссексуализма – аномалию, при которой у человека формируется психический пол, противоположный биологическому и паспортному. Сегодня говорить на подобные темы стало модным, операции по смене пола перестали быть редкостью. Но тех, кто готов решать проблемы транссексуалов, по-прежнему немного. Гораздо больше тех, кто готов делать на них бизнес, убеждая, что помочь без весьма дорогостоящей операции невозможно. Ростовский лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс», которым руководит А. Бухановский, опровергает это, утверждая: «Нет невозможного, есть неспособные».

БЕЗ ПРАВА НА ОШИБКУ

– Александр Олимпиевич, расскажите, когда и как Вы «вышли» на столь специфическую проблему, как транссексуализм? Почему именно этот тип психического расстройства стал одним из основных направлений Вашей работы?

– Первого больного мы обследовали в 1970 году. Случилось так: ко мне привели красивую молодую женщину с серьезными психологическими проблемами: она совершила попытку самоубийства, шесть дней находилась в коме. В итоге ее госпитализировали в клинику мединститута – под женской фамилией, в женскую палату. А когда я обследовал ее, то увидел – на самом деле это мужчина!.. Так мы впервые столкнулись с подобным феноменом. Оставили пациента в той же палате, начали лечить доступными на тот момент средствами. Очень



Способные... на невозможное

скоро поняли, что у нас проблемой транссексуализма не занимается никто, о ней просто не хотят знать – как будто этого вообще не существует. Я стал искать специальную литературу – тогда ее почти не было в нашей стране. Начал искать специалистов, способных помочь – и вышел на двух московских профессоров, блестящих врачей – эндокринолога Елену Голубеву и детского хирурга Алексея Акулова. Мы приступили к работе. Первую операцию сделали в 1972 году – той самой первой пациентке. Впоследствии она вышла замуж, усыновила малыша, оставленного матерью в роддоме, и выкормила его своей грудью! Вскоре появились новые больные, и в итоге к нам поехал весь СССР.

– Наверняка работать в столь неординарном направлении в те годы было непросто...

– Тогда наша деятельность легко могла быть квалифицирована

как преступление по статье «причинение тяжких телесных повреждений». Операция по смене пола по своему характеру считается калечащей – фактически, мы убираем живые, нормально функционирующие органы и замещаем их органами имитирующими. В какой-то момент мы поняли: наша работа нужна до тех пор, пока мы не ошибемся. Как только это произойдет – нас уничтожат. И, не имея права на ошибку, мы работали очень качественно. На кафедре Ростовского мединститута была образована группа, в которую вошли настоящие энтузиасты и большие профессионалы (профессора В.И. Русаков, Н.В. Рымашевский и другие). Мы принимали пациентов совершенно бесплатно – у нас и мысли-то не было брать с них деньги! Они ехали со всей страны, многим здесь было негде и не на что жить – тех, кого не удавалось госпитализировать в клинику, мы часто

селили просто у себя дома. К середине 1980-х у меня был накоплен самый большой материал в Европе по теме транссексуализма.

Я написал докторскую диссертацию, но защититься удалось лишь через семь лет – в Государственном научном центре социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского.

ЕСЛИ ЧЕЛОВЕК – ДРУГОЙ

– Насколько распространено явление транссексуализма? Какова вообще природа этого заболевания, как оно развивается?

– Регистрируется один случай на 40 тысяч человек у мужчин и один на 15 тысяч – у женщин. И никто до сих пор не может понять, как получается, что у одного человека – телесно и «паспортно», например, мужчины, может быть мозг и психика совершенно другого человека – женщины.

(Окончание на стр. 2)

– Сообщите, пожалуйста, сколько времени длится диагностика транссексуализма в вашем центре, сколько она стоит. Есть ли у вас возможность размещать на время прохождения экспертизы иногородних пациентов? Речь идет о моей подруге 24 лет. Человек совершенно измучен, у нее постоянная депрессия, страхи, в переходном возрасте была склонна к сильной агрессии против себя. (К., г. Псков)

– Обследование по поводу транссексуализма проходит в течение 10-14 дней и завершается консилиумом, в составе трех психиатров. Информацию о стоимости обследования, возможности размещения на время обследования вы можете получить у администратора нашего Центра по тел. (863) 267-48-15.



ПРЕДМЕТНЫЙ РАЗГОВОР

Способные... на невозможное



(Окончание. Начало на стр. 1)

Эта аномалия начинает проявляться в раннем детстве, и какое-то время может оставаться практически незаметной для взрослых: просто девочка любит ходить в брюках, просит стричь ее коротко... Потом такие дети выбирают игры, характерные для противоположного пола, с дальнейшим развитием личности появляются новые симптомы – например, кроссдрессинг (переодевание), когда мальчики начинают примерять женские вещи, а девочки – ходить в мужской одежде. В период формирования полового сознания им начинают нравиться лица одного с ними физиологического пола. В соответствии с психическим, а не физиологическим, полом протекают кризы пубертатного периода. Позже начинаются попытки «маскировки» внешних половых признаков, часто сопряженные с физическими

неудобствами и даже страданиями – например, девочки начинают туго бинтовать грудь, чтобы скрыть молочные железы и т.п. На этом этапе возникает множество внешних и внутренних конфликтов – влечение к лицам «своего» физиологического пола воспринимается как нечто аморальное и противозаконное, стремление носить «чужую» одежду становится поводом для издевательств со стороны сверстников, которые, как правило, первыми ставят «диагноз» – в виде кличек. Со временем нереализованные потребности и неразрешенные конфликты накапливаются и требуют выхода. И часто человек, не находя понимания, доходит до тяжелейшего внутреннего состояния, крайней степени психосоциальной дезадаптации. Тогда кажется, что единственный способ решить проблему – это уничтожить самого себя.

– Можно ли не допустить развития таких тяжелых форм транссексуализма, если начать лечение, например, с самого детства?

– Чем раньше поставлен диагноз и начато лечение, тем лучше. Иногда операцию, действительно, удается предотвратить. В нашей клинике операция делается примерно одному из пяти обратившихся. Мы всегда, всеми способами стараемся удержать больного от этого шага. На всех этапах с пациентом работает психиатр, именно он, в конце концов, определяет объем работы для хирурга – в ряде случаев достаточно частичного, «облегченного» оперативного вмешательства. Сегодня все это довольно несложно с технической точки зрения. Но нужно понимать, в какой степени это необходимо, и – что очень важно и не всегда легко – убедить в этом самого больного.



КОГДА ДЕНЬГИ
РЕШАЮТ НЕ ВСЁ

– То есть, давая разрешение на операцию, психиатры довольно часто ошибаются?

– Получается, что, удерживая транссексуалов от операции по смене пола, Вы сами себя лишаете определенной доли дохода?

– Сегодня есть множество клиник, которые сразу говорят – приезжайте, мы сделаем вам операцию, это стоит столько-то. В итоге появляется огромное количество искалеченных людей. Дело в том, что, как только дело было поставлено на коммерческую основу, этим стали заниматься даже те, у кого раньше не могли добиться помощи наши пациенты. Сегодня, согласно действующему законодательству, для операции по смене пола человеку достаточно получить заключение психиатра о том, что он не сумасшедший. В США, например, сначала меняется «паспортный пол», и человеку дается два года, чтобы адаптироваться к новой социальной роли, понять, насколько верным было его решение. Лишь после этого делается операция. У нас – наоборот. Поменять документы можно, лишь физически сменив пол, но операция, в отличие от процедуры смены документов, «обратного хода» не имеет. И мы тщетно добиваемся соответствующих изменений законодательства – видимо, подобные перемены попросту невыгодны тем, для кого деньги решают все...

– С просьбой об изменении пола могут обращаться больные, страдающие как минимум пятью совершенно различными заболеваниями: это гомосексуализм, транссвестизм, шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, некоторые специфические формы эпилепсии. А показана такая операция только при транссексуализме, и то лишь в определенной степени выраженности, определить которую без специальной психиатрической экспертизы очень сложно. Проблема в том, что наши врачи-психиатры транссексуализм как заболевание не знают до сих пор. У нас на кафедре факультета повышения квалификации РостГМУ врачам сегодня читаются подробные лекции по этой проблематике, но тут мы, скорее, исключение из правил.

– И последнее: что можно порекомендовать близким таких больных?

– В определенном смысле слова они – не больные. Ведь не считают же болезнью, например, шесть пальцев на руке! Они не сумасшедшие, они совершенно нормальные, просто – другие. И это необходимо понимать, причем не только близким наших пациентов.

ОТ РЕДАКТОРА

Для чего мы приступили к выпуску этой газеты

(Окончание. Начало на стр. 1)

На страницах «НП» мы расскажем о принципах и различных подходах (в том числе дискуссионных) к пониманию и решению ряда психиатрических проблем – клинике, лечению психических расстройств, социальным, правовым и смежным с психиатрией сферам (терапия, неврология, кардиология, гинекология, эндокринология и пр.). Важным представляется и регулярное ознакомление наших читателей с научными и практическими достижениями мировой психиатрической науки, а также систематическая публикация

лекционных материалов в помощь студенческой общественности и другим заинтересованным этой тематикой кругам. Кроме того, с политической точки зрения (если так можно выразиться), мы считаем весьма важным начать активное изменение общественного мнения в пользу того, что психиатрия, психические расстройства, психиатрические пациенты ничем не отличаются от пациентов традиционной медицины – они не опасны, полноценны, излечимы, – в этом мы совершенно уверены.

Немаловажной стороной нашей редакционной работы станет

и стремление дать выход творческой энергии людей, страдающих психическими расстройствами, для этого мы с самого первого номера открываем рубрику «Творчество пациентов».

И, конечно же, мы надеемся на помощь каждого из вас, уважаемые читатели, на поддержку нашей популяризаторской работы.

Мы готовы воспринять ваши предложения и замечания, которые послужат нашему общему делу – делу прогресса современной отечественной психиатрии!

Главный редактор «НП»
О.А. Бухановская

ОБСЛЕДОВАНИЕ

С помощью РКТ и МРТ головного мозга выявляется неспецифическая церебральная атрофия (в том числе атрофия гиппокампа) – расширение с/а пространств и желудочковой системы по отношению к объему мозговой ткани соответствующих долей ГМ.

В ликворе выявляются повышение тау-протеина, снижение бетта-амилоидного белка.

В настоящее время активно разрабатываются вопросы *прижизненной диагностики* болезни Альцгеймера с помощью биологических маркеров, в частности, изучение определенных аллелей аполипопротеина Е.

Обязательно проведение патопсихологического обследования:

- **рисунок часов** с целью выявления нарушений оптико-пространственных навыков;
- шкала MMSE;
- шкала общего ухудшения;
- шкала оценки активности в повседневной жизни\$
- шкала ADAS-cog;
- **нейро-психиатрическая шкала NPI.**

СОВЕТЫ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

В первую очередь, важно установить определенный режим дня для больного, включающий привычные для него занятия. В присутствии больного следует воздерживаться от обсуждения его состояния, так как это может вызвать беспокойство и обиду. Недопустимо привлекать внимание пациента к его неудачам.

Установите определенный режим посещения туалета, обозначьте дверь в туалет большими цветными буквами и оставьте ее открытой. На ночь рядом с постелью можно поставить ночной горшок, а при необходимости – использовать памперсы.

Не меняйте привычное для больного расположение мебели, которая должна быть устойчивой. Обеспечьте адекват-

ное общее освещение, свет на лестнице, ночники в спальне и туалете. Установите поручни в ванной и туалете, дно ванны и полы во всех помещениях не должны быть скользкими, замки на двери должны открываться снаружи. Чтобы исключить возможные травмы, необходимо убрать колющие и режущие предметы, бытовые яды и лекарства, электроприборы, перекрыть подачу газа, когда больной остается один, проверить работу дверных замков, установить замки на окнах и дверях, которые он не сможет открыть.

Агрессивное поведение больного – серьезная проблема для тех, кто осуществляет уход. Старайтесь сохранить спокойствие и определить, что вызвало такую реакцию, проследив за тем, чтобы эти предпосылки не повторялись.

При обследовании больного в домашних условиях необходимо учитывать ряд особенностей. Во-первых, важно установить определенный режим дня для больного, включающий привычные для него занятия. В присутствии больного следует воздерживаться от обсуждения его состояния, так как это может вызвать беспокойство и обиду. Недопустимо привлекать внимание пациента к его неудачам.

Установите определенный режим посещения туалета, обозначьте дверь в туалет большими цветными буквами и оставьте ее открытой. На ночь рядом с постелью можно поставить ночной горшок, а при необходимости – использовать памперсы.

Не меняйте привычное для больного расположение мебели, которая должна быть устойчивой. Обеспечьте адекват-



Болезнь Альцгеймера – это хроническое прогрессирующее заболевание головного мозга, характеризующееся прогрессирующей потерей памяти и когнитивных функций. Заболевание возникает в результате нарушения нормального функционирования головного мозга, что приводит к накоплению в нем патологических белковых отложений (бета-амилоидных бляшек и тау-фибрилл). Эти отложения нарушают нормальную работу нейронов, что приводит к их гибели и, в конечном итоге, к гибели всего мозга.

Симптомы болезни Альцгеймера включают прогрессирующую потерю памяти, снижение способности к обучению и решению задач, изменение личности и поведения, а также нарушения речи и ориентации в пространстве. Заболевание развивается постепенно, в течение нескольких лет, и в конечном итоге приводит к полной потере памяти и способности к самостоятельной жизни.

На сегодняшний день не существует эффективных методов лечения болезни Альцгеймера, однако существуют препараты, которые могут замедлить прогрессирование заболевания и улучшить качество жизни пациента. К таким препаратам относятся ингибиторы холинэстеразы, мемантин и другие. Также важны немедикаментозные подходы, такие как когнитивная стимуляция, физическая активность и социальная поддержка.

СИМПТОМАТИКА И РАЗВИТИЕ БОЛЕЗНИ

I

В настоящее время болезнь Альцгеймера (БА) является наиболее частой формой прогрессирующей дегенеративной деменции. По некоторым статистическим данным, в возрасте от 60 до 69 лет БА страдают 4,5 % людей.

В мире насчитывается 24,3 млн лиц с деменцией

Деменция при БА (к 2005 г.) составила:

- в мире – > 15–18 млн чел.;
- в США – 4,5 млн чел.;
- во Франции – 850 тыс. чел. (лечение этой болезни является приоритетом национальной системы здравоохранения Франции);
- в России – 1,85 млн чел. (что говорит, скорее, о недостаточной систематичности в диагностике этого заболевания).

Болезнь Альцгеймера начинается в пресенильном возрасте, в 45-60 лет, однако возможно и более раннее начало – около 40 лет и более позднее – старше 65 лет. Женщины, как правило, заболевают на 10 лет раньше мужчин. Средняя продолжительность болезни составляет 8–10 лет.

В течении болезни выделяют три основные стадии: **инициальную, стадии умеренной и тяжелой деменции.**



Болезнь названа именем немецкого ученого А. Альцгеймера, который в 1906 г. описал изменения в мозговой ткани 55-летней женщины, умершей, как тогда полагали, от необычной психической болезни.

– 2 –

- 3 -

Наиболее ранним симптомом инволюционной стадии является нарушение памяти, при этом интелектуального снижения нет. Распад памяти происходит в определенной последовательности. Расстройства памяти прогрессируют от поздней приобретенности и слабее закрепленного к рано приобретенному и более прочному, от более сложного и отвлеченного к более конкретному, к эмоциональному, к приобретению нового опыта, то есть *нарушается запоминание*. У больных отмечаются трудности запоминания новой информации, забывающая способность снижается. Это *функциональная амнезия*, за счет которой страдает ориентация – наступает *амнестическая дезориентировка* (дезориентировка во времени и в пространстве). Страдает воспроизведение (репродукция) нужного материала в данное время. Постепенно расшатывается и запас ранее приобретенных знаний (информации о событиях, которые происходили или могли произойти в прошлом), постепенно они переходят в область сохранения, то есть в область *инстинктивных* (эмоциональных) воспоминаний. В далекие зашедшие стадии болезни не дают о себе никаких сведений, забывают свой возраст, имена родных, профессиональные знания и навыки. Амнезия может быть единственным симптомом, отмеченным в течение многих лет, до развития других когнитивных нарушений, отражающих относительное ограничение распределение патологических изменений в медиальных височных отделах коры.

Характерный для инволюционной амнезии симптомом является *зрительно-пространственная нарушения*. У некоторых больных эти расстройства представляют изменения в памяти. Больным трудно ориентироваться в окружающей среде, они как бы теряются даже в знакомой обстановке и испытывают сложности в ориентации, например в собственном доме. Больным очень трудно правильно надевать на себя одежду, особые трудности представляет расположение предметов при сервировке стола.

Также имеют место *нарушения восприятия*. На поздних стадиях болезни *узнавания* достигают крайней степени, проявляясь в нарушениях узнавания лиц, в том числе собственного лица в зеркале («симптом зеркала» – больные не узнают свое отражение), принимаемая еда за дурного вкуса, споры с изображением), имеет место неадекватная идентификация предметов.

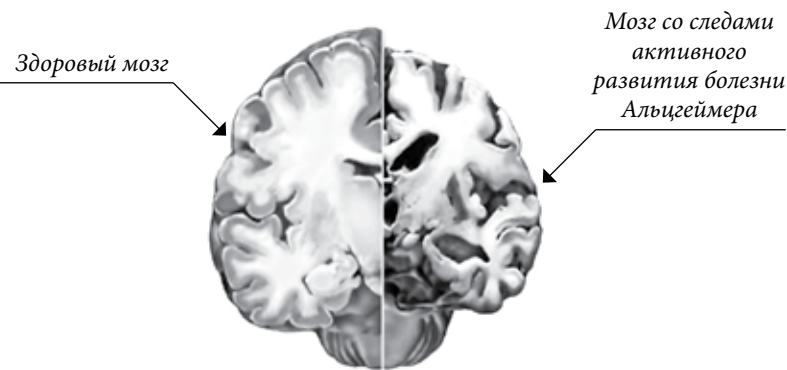
ВІСНИК ВАНДАНІНИ

нарушения сложных произвольных манипуляций предметами, апрактическая «невозможность ходить», апраксия «приседания», апраксия одевания. Нередко наблюдается свойственная многим больным суетливость, повышенная и бесцельная двигательная активность. В конце болезни наблюдаются простые, стереотипные, однообразные движения (двигательные стереотипии). Отмечаются оральная апраксия (инструкция – невозможность высунуть язык, закрыть глаза), конструктивная апраксия (невозможность сложить фигуру ни по инструкции, ни по образцу).

В начальной стадии заболевания часто встречаются депрессивные состояния. Могут в начальный период встречаться бредовые идеи ущерба (идеи воровства), галлюцинаторные эпизоды, отрывочные идеи отношения.

К неврологическим симптомам болезни Альцгеймера относятся акинезия, ригидность и длительные без потери сознания миоклонические подергивания. Могут наблюдаться эпилептиформные припадки. Наблюдаются насильственный смех и плач, оральные и хватательные автоматизмы. Эти симптомы нарастают постепенно, параллельно с вовлечением подкорковых структур. В конечной стадии выявляются повышение мышечного тонуса, развитие «эмбриональной» позы и контрактур, а также выражены общесоматические нарушения (кахексия, одряхление, булимия).

Нарушения в социальной сфере обычно менее выражены и это иногда позволяет больным скрывать даже достаточно выраженные расстройства в когнитивной сфере. Больные редко сами предъявляют жалобы. В то же время они могут «теряться» в ситуациях, которые предъявляют достаточно выраженные социальные требования. При невозможности выполнения каких-либо тестов больные выглядят расстроенными. Это показывает, что они сохраняют понимание своего дефекта.



- 7 -

- 9 -

Апрасия, алексия, акалькулия также имеют место и сочетаются с пространными нарушениями.

Апрафия связывают с преимущественным поражением темной, затылочной, височной-теменной-затылочной области. Кортикальная аграфия: в начале-неправильное расположение строк, слове и беспорядочные строчки – потеря формы, конструкции слова (нет целостности букв в слове) – накладка букв друг на друга – трудности при копировании рисунков и предметов – отказ от письма, нет попыток к письму.

Развиваются своеобразные автоматизированные «стереотипии письма», имеются тенденции к мимикриям у больных со стереотипными абнодными повышениями активности в этой области («активная паническая» стереотипных каракул).

Алексия. Обычно у больных ба полностью нарушалось чтение про себя (то есть понимание смысла прочитанного), оно лишь сохранялось чтение вслух (за счет зрительного компонента). Однако может нарушаться и сам процесс узнавания слова (аграмматический компонент алексии), что приводит к ошибкам при чтении вслух. О непонимании буквам. При чтении по буквам. При говорении присутствуют явления правых полушарий ударения, согласных знаков препинания, пауз, речевой мелодии.

Аклькулия является клиническим проявлением задних (темно-затылочных) отделов мозга. Раньше нарушение операций деления и умножения, познание, в последние годы обнаружены соотношения.

Априксия проявляется в малом объеме, постепенном развитии и нарушении взаимосвязи как явлениями общего интеллектуального снижения. На фоне нарастающих нарушений памяти больные утрачивают свойственные им навыки: забывают не только что им делать, но и как делать действия, непосредственно осуществляемые ими. В начале заболевания априки и действий. Воспринимаются окружающими бесцельными, беспомощными, нестойкостью и динамичностью, обнаруживает зависимость от ситуации (улучшение действий при руководстве и подсказке извне). Конечное состояние – это тотальный распад действий, своеобразный распад моторики в целом (не могут выполнять законченных, целенаправленных, адекватных действий). Возникает «апрактическая безразличность». Наблюдается

начале слова – неопределенное («люди», «люди») повторение начального слова или первых букв – нарицательные, лишенные связного смыслового значения (логотипии) – нарицательное говорение (реpetition), монотония



**Иногда, для того чтобы выбраться
из сложной жизненной ситуации, достаточно
сделать всего лишь один шаг, но... этот шаг
должен быть в правильном направлении.
Мы поможем в этом...
Мы возродим вас к новой жизни!**

В научном центре «Феникс» способны провести квалифицированную диагностику и лечение (вне зависимости от тяжести и длительности заболевания) всех нервных, психосоматических и психических расстройств детей, подростков, взрослых и пожилых людей:

- шизофрении;
- любых форм депрессивных состояний;
- маниакальных состояний (неадекватной приподнятости настроения, беспечности, повышенной энергичности, большого количества планов, часто нереальных и нереализуемых, резко усиленной говорливости и общительности, склонности к придиристости, гневливости и агрессии, резко усиленных, разоряющих тратах на покупки, резкого сокращения продолжительности сна, порой значительного преувеличения своей значимости и возможностей);
- маниакально-депрессивного психоза и циклотимии (смены депрессивных и маниакальных состояний, непреодолимых страхов и тревоги);
- обсессивно-компульсивных расстройств (неодолимо возникающих и доминирующих в сознании мыслей, представлений и стереотипных действий (например, мытье рук);
- различных реакций на стресс (реакции горя, реактивных депрессий, генерализованной тревоги, депрессии, тревоги);
- посттравматического стрессового расстройства (ПТСР);
- психогенных выпадений памяти;
- приступов панического страха;
- слабоумия (деменции, в том числе болезни Альцгеймера);
- нейро-циркуляторной (или вегетососудистой) дистонии;
- психосоматических расстройств:
 - аэрофагии (заглатывания воздуха и безудержной отрыжки);
 - психогенного¹ безудержного кашля;
 - психогенной диареи;
 - психогенной дизурии (расстройства мочеиспускания – учащенных позывов, невозможности удержать);
 - психогенного метеоризма (усиленного газообразования и безудержных позывов на испускание кишечных газов);
 - психогенной икоты;
 - психогенного нарушения дыхания – приступообразного или постоянного ощущения нехватки воздуха, потребности вдохнуть глубже, часто сопровождаемой страхом, паникой;
 - синдрома раздраженного кишечника;
 - «невроза» сердца;
 - психогенного болевого расстройства (психогенной головной боли, психогенной боли в спине);
 - психогенного «кома в горле»;
 - психогенного зуда;
 - психогенных нарушений сна – затруднения засыпания, поверхностного сна с частыми пробуждениями, раннего – в 3-6 часов утра – пробуждения, повышенной сонливости, нарушения режима «сон/бодрствование», снохождения, сноговорения, кошмаров;
- злоупотреблений:
 - слабительным;
 - анальгетиками типа аспирина и т. д.;
 - витаминами;
 - гормонами;
 - травами и народными средствами;
 - клизмами (клизмомагия) и прочим.
- хронической усталости;
- неврастении;
- эпилепсии;
- дисциркуляторной энцефалопатии;
- травматической болезни мозга;
- психогенных расстройств личности;
- транссексуализма, и других нарушений половой идентификации (трансвестизма – стремления к переодеванию в одежду противоположного пола и пр.);
- извращений полового поведения (садизма, эксгибиционизма, педофилии, визионизма – подглядывания и пр.);
- болезней зависимого поведения;



- влечения к азартным играм, Интернету, мобильным телефонам, поджогам (пиромании), воровству (клептомании), выдергиванию и поеданию собственных волос (трихотиломании и трихотилофагии), бродяжничеству (дромомании) и пр.;
- нарушения пищевого поведения (нервной анорексии, нервной булимии, психогенной рвоты) и пр.;
- алкоголизма;
- психические расстройства у детей:
 - всех форм умственной отсталости;
 - задержки и нарушения развития речи и языка;
 - расстройства развития учебных навыков (чтения, устного произношения слов по буквам – расстройства спеллингования, арифметических навыков и т. п.);
 - всех форм аутизма (грубого нарушения потребности в общении, жизни по типу «сам в себе»);
 - психомоторной расторможенности – гиперкинетического расстройства, нарушения внимания, синдрома дефицита внимания и гиперактивности, повышенной неусидчивости;
 - других расстройств поведения;
 - тревоги и страхов у детей;
 - тиков;
 - недержания мочи (энуреза) и кала (энкопреза).

Комментарии психиатра к официальным документам, а также:

- Участие в судах и следствии, в гражданских и уголовных процессах, защита интересов пациентов в соответствии с трудовым и семейным законодательством.
- Дела по дееспособности, опеке, невменяемости. Оспаривание сделок (дарения, купли-продажи), завещания.
- Прочие судебные и внесудебные правовые проблемы, связанные с психиатрией и наркологией.
- Участие специалистов центра в комиссиях и судебных процессах (гражданских и уголовных делах).
- Посмертные судебно-психиатрические экспертизы.

**Медико-реабилитационная помощь при наркомании.
Медико-реабилитационная программа для одиноких и немощных.**

**Консультации по вопросам судебной психиатрии.
Защита прав пациентов центра, в том числе дела по недобровольному освидетельствованию, недобровольной госпитализации, пересмотру диагноза, снятию с психиатрического учета и др.**

Защита и консультирование специалистов, осуществляющих психиатрическую и наркологическую помощь.



В лечебно-диагностическом научном центре «Феникс», который находится в Ростове-на-Дону, всегда рады вашему визиту. Каждый посетитель здесь чрезвычайно важен – будь он нашим коллегой, пациентом или его родственником, человеком, интересующимся вопросами психиатрии, внимание к которому не зависит от пола, возраста, профессии, социального положения и статуса. Ваше внимание может быть глубоким или поверхностным, но для нас оно очень важно.

Сотрудники Центра «Феникс» посвятили психиатрии всю свою жизнь. И сколько бы раз ни звучала фраза «Психическое здоровье – величайшая ценность общества», она ни сколько не стала банальной! Этот девиз был значим вчера, не утратил своей существенности сегодня и будет актуальным завтра.

Здесь вы сможете получить квалифицированную помощь психотерапевта или психиатра, консультации по вопросам судебной психиатрии и правовым проблемам психиатрии, провести диагностику и лечение нервных, психосоматических и психических расстройств (на любой стадии развития болезни) взрослых и пожилых людей, а также детей и подростков. Девиз «Феникса» – «БЕСПЕРСПЕКТИВНЫХ БОЛЬНЫХ НЕ БЫВАЕТ!»



НАШИ КООРДИНАТЫ:

344010, Ростов-на-Дону, пр. Ворошиловский, 40/128.

Запись на прием по тел.: (863) 267-48-15, факс: (863) 267-38-67.

E-mail: info@centerphoenix.ru

¹ психогенный – не вызванный физическими, соматическими причинами, что подтверждено врачами других специальностей при тщательном обследовании.

Итак, начнем с понятия симптомов. Симптомы¹, согласно известной концепции Джексона, подразделяются на негативные и позитивные. К первым относятся симптомы выпадения определенных функций психической деятельности (истощение психической деятельности, психопатизация личности, снижение энергетического потенциала, слабоумие). Позитивные, или продуктивные, симптомы представляют собой результат болезненного возбуждения функциональных систем (иллюзии, галлюцинации, бредовые и навязчивые идеи, маниакальные и депрессивные состояния и др.). Негативная симптоматика (минус-симптомы) по сравнению с продуктивной (плюс-симптомы) нозологически специфичнее. В то же время она инертна, инвариантна и относительно резистентна к терапии. Негативные и позитивные нарушения, несмотря на то что отличаются друг от друга, тесно взаимосвязаны. Четкая выраженность негативной симптоматики влечет за собой рудиментарность проявлений позитивной. Медленное, хроническое течение болезни сопровождается превалированием негативных симптомов, острое развитие психоза – выраженными продуктивными нарушениями. Особенно ясно проявляется продуктивная симптоматика при психозах, связанных с расстройством сознания (аментивное, делириозное, онейроидное и др.), а также при других состояниях, сопровождающихся психомоторным возбуждением (кататоническим, гебефренным и др.) и острой галлюцинаторно-бредовой симптоматикой.

Понятие «негативные» и «позитивные» расстройств, хотя и относятся к числу кардинальных в общей психопатологии, не всегда трактуются однозначно. В частности, негативные расстройства принято считать стойкими, необратимыми, а позитивные – временными, динамичными, преходящими выражениями дефекта психики. Однако клинические исследования последних лет показали, что при проведении интенсивного антипсихотического лечения возможна обратимость и компенсация негативных расстройств. Поэтому следует считать, что негативная симптоматика связана не столько с выпадением психических функций, сколько с временным прекращением функционирования отдельных систем.

Сходные между собой по внешним проявлениям психопатологические симптомы могут иметь разное диагностическое решение. Так, например, у больных белой горячкой имеют место *зоопсии*. Зверей, насекомых они, как правило, видят уменьшенными в размерах, несколько вытянутыми, черно-белой окраски. Это указывает на принадлежность данных расстройств именно к алкогольному психозу. В то же время яркость, красочность галлюцинаторных явлений со сценами религиозного содержания или жестоких событий говорит о возможном наличии у больных эпилептической болезни. Аналогичное сравнение можно прове-

¹ Определение признаков психического расстройства в нашем случае соответствует международному стандарту изучения основных психических заболеваний, принятому Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).



МЕТОДОЛОГИЯ И ИССЛЕДОВАНИЯ

В процессе психиатрической диагностики врач опирается на идентификацию симптомов (знаков) заболевания. Именно с определения отдельных признаков болезни начинается **психиатрическая диагностика**. При этом идентифицируется отношение данного симптома к тому или иному синдрому и к нозологической форме заболевания.

сти и в отношении слуховых галлюцинаций при алкогольном и сифилитическом галлюцинозах, галлюцинаторно-параноидной шизофрении; либо нарушениях мышления в виде разорванности его (при шизофрении) или бессвязности (при аментивном состоянии).

Однако отдельные симптомы не несут достаточной информации для постановки психиатрического диагноза. Только анализ целого ряда признаков болезни, сходных между собой по клинической картине, то есть выделение синдромов заболевания, позволяет определить клинические границы того или иного процесса. Синдромальный диагноз более точен, чем симптоматический. Синдром отражает деятельность целой функциональной системы и, как правило, тесно связан с другими синдромами.

Установление **диагноза** является завершающим этапом психиатрической **диагностики**, которая осуществляется на основании комплексного анализа психопатологической симптоматики, индивидуальных особенностей личности, данных объективного и субъективного анамнеза, динамики болезни и результатов параклинических исследований. Однако для точной диагностики психических заболеваний недостаточно только констатации патологических изменений. Для этого необходимо изучать *этиологию и патогенез* заболевания.

Многообразие клинических проявлений различных психических заболеваний нередко создает исключительные трудности при определении нозологической принадлежности той или иной психопатологической симптоматики. В этом случае врач использует важнейший метод диагностики психических болезней – *метод клинического наблюдения*. Врач должен видеть больного, слушать, исследовать его.

К сожалению, в психиатрии в отличие от других медицинских областей меньше возможностей для применения инструментальной техники, позволяющей непосредственно изучать пораженный патологическим процессом орган – мозг. Поэтому в психиатрии основным методом исследования является клинико-психопатологический метод. Он позволил обосновать нозологическую специфичность шизофрении, пограничных нервно-психических расстройств, группу экзогенных и грубоорганических психозов, а также создать современную классификацию психических заболеваний.

Вместе с тем в настоящее время в психиатрии широко используются и биологические

методы исследования. Они направлены в первую очередь на установление причин и патогенеза психических заболеваний. Правда, без клинической идентификации психопатологических состояний невозможно соотнести результаты биологических исследований с данными, касающимися прогноза и исхода психических

Диагноз и диагностика в психиатрии

МНОГООБРАЗИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОРОЙ СОЗДАЕТ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ТРУДНОСТИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ НОЗОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ...

заболеваний, а также терапии, профилактики и социальной реабилитации. Тем не менее данные современной нейрофизиологии, биохимии, генетики, психологии позволяют получать ценную информацию для правильной диагностики психических заболеваний.

При постановке клинического диагноза психического заболевания врач должен учитывать, что оно могло изменить личность больного, и при определении его причины субъективный анамнез может не соответствовать данным объективного исследования. Фактор, явившийся причиной болезни, в последующем может не оказывать никакого влияния на ее течение, и она будет развиваться по своим патогенетическим законам.

Следует сказать, что психиатру в своей повседневной практической работе постоянно приходится сталкиваться не только с различными патологическими явлениями психической деятельности, но и с отклонениями соматических функций больного, а также со сложными переплетениями его интерперсональных взаимоотношений.

Больные соматоневрологического профиля обычно сообщают врачу жалоб больше, чем психически больные. Последние часто вообще не предъявляют жалоб и не считают себя больными на протяжении длительного времени. У психически больного нередко отсутствует чувство дискомфорта, присущее соматически больному. Психическая болезнь длительное время может протекать бессимптомно или проявляться только одним-двумя признаками, что чревато поздней постановкой диагноза.

Психиатрическая диагностика направлена на определение

не только нозологической принадлежности, стадии развития и типа течения заболевания, но и его прогноза в отношении жизни, выздоровления, трудоспособности.

Однако следует помнить, что специфичность клинических проявлений различных психических заболеваний, в частности экзо- и эндогенных психозов, весьма относительна. Психопатологическая симптоматика может претерпевать самые разнообразные изменения в зависимости от преморбидных свойств личности, ее конституциональных особенностей, характера воздействия психотравмирующих ситуаций. Наиболее сложно выявить пограничные нервно-психические расстройства. Они могут развиваться не только как реакция на сложную ситуацию, но и эндогенно, могут быть врожденными и приобретенными. Здесь особенно остро встает самый сложный вопрос психиатрической диагностики – **определение нормы и патологии**. Признаки эндогенного течения патологического процесса могут нести также экзогенные заболевания – органические, реактивные, различные симптоматические психозы.

Вместе с тем относительность специфики психических нарушений не исключает возможность нозологической диагностики болезней. Изучение в совокупности всех признаков, выражающих единство этиологии и патогенеза, позволяет клиницисту определить нозологическую самостоятельность того или иного заболевания. При этом существенную роль играют как сведения о самом больном, так и объективные данные о его родственниках и социальном окружении. Большую сложность представляет решение вопросов, связанных с система-

тикой в психиатрии. Существующие как у нас в стране, так и за рубежом, классификации психических болезней в определенной степени условны, поскольку среди психиатров разных стран отсутствует единство мнений в идентификации отдельных психопатологических признаков и в понимании причин и механизмов развития многих психических расстройств.

В настоящее время адаптируется вариант Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)². Классификация психических болезней в 10-м пересмотре претерпела значительные изменения по сравнению с предыдущими классификациями. Прежде всего сокращено количество болезней по традиционному в клинической психиатрии нозологическим принципам деления и отдано предпочтение синдромальным рубрикам. Сужены границы шизофрении, исключено деление болезней на психозы и неврозы, введены некоторые новые рубрики с использованием ранее не применявшейся оригинальной терминологии. Например, во всей классификации введен термин «расстройство» вместо терминов «болезнь, заболевание». По мнению авторов классификации, термин «расстройство» является более точным, так как под ним понимается более определенная группа симптомов, чем это бывает при применении понятия «болезнь».

² В США введена национальная классификация, которая легла в основу МКБ-10. Впервые систематика была принята Американской психиатрической ассоциацией в 1952 г. и с тех пор неоднократно дополнялась и перерабатывалась. С 1987 г. действует DSM-III-R, а в настоящее время разработан и используется уже 4-й ее пересмотр.



ПРИКЛАДНЫЕ АСПЕКТЫ

Хулио АРБОЛЕДА-ФЛОРЕС, Канада

Судебная психиатрия: современные границы, проблемы и дискуссий

За последнее время судебные психиатры из небольшого и малоизвестного сословия психиатров, занимавшихся изучением и лечением психических расстройств у заключенных и время от времени выступавших в судах, превратились в самостоятельную авторитетную группу высококвалифицированных специалистов, которая преобразовала практику психиатрии и внесла много нового в область применения закона. При этом судебные психиатры заботятся о сохранении своей собственной идентификации, специфики и этических принципов.

Современная судебная психиатрия использует достижения в следующих четырех направлениях: новые подходы в медико-правовом понимании и признании связи между психическими заболеваниями и преступностью; развитие тестов для определения вменяемости; новые методы лечения психических расстройств, составляющие альтернативу заботе о психически больных в тюремных условиях; изменения в понимании обществом психических расстройств в целом и отношении к ним. Эти четыре аспекта лежат в основе наблюдаемого в последнее время расширения границ судебной психиатрии: от вопросов, непосредственно связанных с уголовным преследованием и лечением психически больных правонарушителей, до многих других сфер права и политики психического здоровья.

ПРЕДМЕТНАЯ ОБЛАСТЬ И ТРЕБОВАНИЯ ВРЕМЕНИ

Область судебной психиатрии, в целом, определяется как «*направление психиатрии, имеющее дело с вопросами на границе психиатрии и права*». Это определение, однако, довольно ограничено, поскольку значительная часть работы судебных психиатров состоит в том, чтобы помогать психически больному в его проблемах, связанных с законом, и осуществлять связь между тремя достаточно недружественными по отношению друг к другу социальными системами: службой психического здоровья, правосудием и исправительными учреждениями. Поэтому определение должно быть видоизменено: «*направление психиатрии, имеющее дело с вопросами, связывающими психиатрию и право, и с определением места правонарушителей с психическими расстройствами в континууме различных социальных систем*». Судебная психиатрия занимается вопросами в области, связанной с уголовным или криминальным правом, проблемами, возникающими в гражданских делах, а также с разработкой и применением законодательства в области психического здоровья.

ГРАЖДАНСКОЕ ПРАВО

Психиатров и других специалистов в области психического здоровья часто привлекают для оценки того, имеются ли пси-

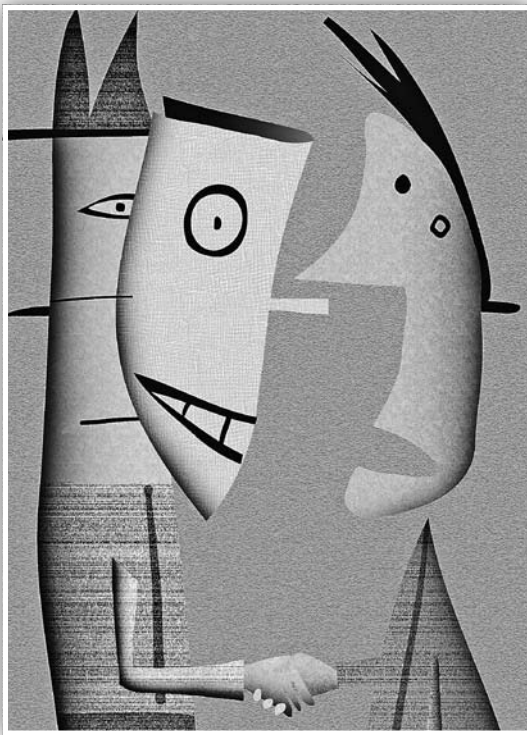
хические или эмоциональные проблемы у одной из сторон судебного процесса. Такие оценки необходимы в различных ситуациях: от оценки ранений (вреда), полученных третьей стороной, вовлеченной в аварию на транспорте, до оценки способности написать завещание или заключить сделку, психологических исследований для определения завещательной способности в случаях суицида или внезапной смерти или оценки способности выполнять определенную работу и, в последнее время во многих странах, – оценки нуждаемости в получении страховых пособий, предназначенных для инвалидов. В большинстве случаев вопрос состоит в определении способности и компетентности при исполнении определенных функций, а также оценке того, могли ли психически неполноценный человек принять самостоятельное решение. Определение способности понимать значение своих действий и самостоятельно принимать решения ведет к признанию индивида недееспособным и превращает его в объект социального контроля, обычно накладывая определенные социальные ограничения. Это налагает на клиницистов повышенную этическую ответственность в отношении того, чтобы их решения были основаны на высококвалифицированных клинических доказательствах.

Обычно существует презумпция способности принимать решения и, следовательно, компетентности физического лица. Предполагается, что личность способна принимать решения, если не доказано обратное. Само по себе наличие серьезного психического или физического расстройства не говорит о недееспособности в целом или о неспособности выполнять какие-либо специфические функции. Кроме того, даже при наличии состояния, которое может существенно влиять на способность человека понимать значения своих действий и руководить ими, человек все же может быть компетентным при выполнении некоторых функций, особенно если учесть, что данная способность может время от времени флюктуировать, и что недееспособность – это не однозначное понятие по типу «есть или нет», она связана с возможностью принятия опреде-

ленных решения и выполнения определенных действий. К тому же, выводы о недееспособности ограничены временем и должны время от времени пересматриваться. Например, полученная травма могла лишить человека способности управлять автотранспортным средством, вследствие чего человек будет считаться неспособным к вождению, но этот человек может быть способен заключать сделки и управлять собственными финансовыми делами. Со временем и при соответствующей реабилитации человек может снова стать способным к вождению транспорта. Обычно человек сам соглашается на оценку своей трудоспособности, и должны существовать специальные законные правила, позволяющие человеку или сотрудничать в производимой оценке или собирать заключения о своей болезни как-то иначе. Желательно использовать скрининговый тест трудоспособности, и лишь в том случае, если человек не справляется с ним, проводить полную оценку трудоспособности. Это избавит человека от тяжелого бремени дополнительных исследований в тех случаях, когда это не нужно.

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И СЛУЖБЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Феномен двойных вращающихся дверей, через которые психически больные циркулируют между психиатрическими учреждениями и тюрьмами, заставил судебных психиатров глубже осознать структуру системы психического здоровья и связи между этой системой, правосудием и пенитенциарными учреждениями. Благодаря своей вовлеченности в вопросы применения закона, судебные психиатры особенно заинтересованы в развитии и применении законодательства в области психического здоро-



вья, и прежде всего, в отношении принудительных мер, применение которых во многих странах основано на определении степени социальной опасности тех пациентов, которые отказываются от лечения. Важно также развивать законодательство относительно обращения с психически больными преступниками и систем правовой защиты для недееспособных людей. Принято считать, что одна из главных сфер экспертизы – оценка жестокости и возможности жестокого поведения в будущем; к судебным психиатрам обычно обращаются для оценки риска, исходящего от пациентов, совершивших серьезное преступление.

Существует тесное взаимодействие между законодательством, развитием адекватных систем психиатрической помощи и предоставлением помощи как в обществе, так и в учреждениях. Законодательство в области психического здоровья, чрезмерно ограничивающее даже краткосрочное лечение в психиатрических стационарах, деинституционализация в результате закрытия старых психиатрических больниц, изменения в системах медицинской помощи с переходом на кратковременное помещение в психиатрические отделения больниц общего профиля и последующим лечением в сообществе, а также большое количество психически больных пациентов, находящихся в тюрьмах, – все это привело к тому, что во многих странах сформировалось ощущение, что система психического здоровья «плывет по течению».

(Окончание в след. номере)

НАУКА И ЛИЧНОСТЬ



Ушла из жизни всемирно
известный врач-психиатр
Татьяна Борисовна Дмитриева

Татьяна Борисовна – заведующая кафедрой социальной и судебной психиатрии ФППОВ, академик РАМН, профессор, директор Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского, председатель Межведомственной комиссии Совета Безопасности РФ по охране здоровья населения.

Научные достижения Татьяны Дмитриевой разнообразны. Под ее руководством и непосредственным участием создана новая организационно-законодательная основа судебно-психиатрической службы в стране, включающая разработку правовых и этических основ психиатрической помощи, организацию межрегиональных центров по судебной психиатрии, внедрение в практику новых видов судебно-психиатрических экспертиз, разработку программ развития психиатрической помощи в местах лишения свободы. Значительные успехи были достигнуты Т.Б. Дмитриевой в области социальной психиатрии: обосновано влияние социально-политических и социально-экономических изменений в жизни российского общества на психическое здоровье населения и возникновение психических расстройств; отражено значение религиозных, культуральных и национальных традиций в клинической картине психических заболеваний; доказана связь этнокультуральных факторов с частотой и клинической структурой психических расстройств; обобщены и систематизированы данные о воздействии на психическое здоровье экологических факторов и техногенных катастроф, создана теоретическая и практическая основа «психиатрии катастроф».

Татьяна Дмитриева принимала активное участие в разработке проекта Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», в подготовке предложений к изменению УК РФ, УПК РФ, ГК РФ, ГПК РФ, являлась членом рабочей группы Комитета по законности, правопорядку и борьбе с преступностью при Президенте РФ по разработке первого в стране закона «О судебной экспертизе».

Татьяной Дмитриевой опубликовано 324 научные работы. Под ее научным руководством выполнено 13 докторских и 15 кандидатских диссертаций.

