

Для борьбы с сухостью применяют полоскание полости рта обыкновенной водой, а также 1% раствор хлористоводородного пилокарпина по 4—6 капель на прием 3 раза в день в течение 5—6 дней.

Для усиления терапевтического эффекта применяют электрофорез ганглиоблокирующей смесью, состоящей из равных частей пахикарпина, бензогексония, 0,5% раствора новокаина, который проводят чередуя ежедневно на область солнечного сплетения, на область шейных вегетативных узлов, эндонозально (курс — по 6 процедур).

Е. Н. Дычко [3] предложил следующий способ лечения: введение андекалина (очищенный экстракт поджелудочной железы свиней, в 5 мл—40 ЕД) в область языка и верхних шейных симпатических узлов в дозе 20—40 ЕД, ток (0,025—0,05 мА) на 1 см² с постепенным увеличением продолжительности от 5 до 15 минут через каждые 5 дней.

Применяют гальванизацию и йонофорез 2% раствора новокаина (10 сеансов по 5 мин), дарсонвализацию (10 сеансов по 2 мин), флюктуаризацию (10 сеансов по 5 мин).

Хороший лечебный эффект дает электрофорез лидокаина с последующим курсом электрофореза мумие продолжительностью 20—30 минут ежедневно (курс — 3—6 процедур). Мумие применяют как стимулятор регенеративных процессов, а также как сильное противоболевое и противовоспалительное средство.

Применяют метод чрескожной электронейростимуляции на болевые зоны языка с помощью портативного аппарата ЧЭНС «Электроника 2 М» с силой тока до 45 ма в течение 10—20 минут ежедневно [1]. Силу тока регулируют сами пациенты до ощущения легкого покалывания (курс — 10—12 сеансов). С первого сеанса у больных прекращаются или значительно уменьшаются болевые ощущения в области языка, но продолжительность ремиссии оказывается различной (от 2—3 до 7—8 ч). Выраженный терапевтический эффект наступает после 4—5 сеансов, а стойкий — после 10—12 сеансов лечения в амбулаторных условиях.

Эффективность ЧЭНС возрастает при одновременном назначении больным витаминов группы В и никотиновой кислоты по схеме: внутривенно на 10 мл изотонического раствора с 1,0 мл до 5,0 мл, затем в обратном порядке, снижая дозу. Тиамид бромид и цианкобаламин вводят по 2 мл через день внутримышечно. Предписывают седативные препараты (валериану, пустырник —

по 1 столовой ложке настоя 3 раза в день), транквилизаторы (по 1—2 таблетки на ночь), а также аппликации на язык мази, содержащей прополис (по 20 мин 2 раза в день).

Ощущение жжения ослабевает после 5 сеансов электронейростимуляции в среднем в 65% случаев, причем наиболее значительно после 1—3 сеансов. После первого курса лечения отмечается выраженный терапевтический эффект — парестезии полностью прекращаются.

У 3 из 34 больных через 6 месяцев вновь появилось чувство жжения в языке, но уже меньшей интенсивности [1]. При повторном курсе ремиссии длились 2—3 года и более. Ни у одного из больных не возникло каких-либо осложнений.

При лечении больных стомалгией используют и гирудотерапию [4]. При укусе пиявки выделяется не только гирудин, но также сильнодействующее анагетическое вещество. Процедуру проводят следующим образом: больной полощет рот 1% раствором перекиси водорода. Медицинскую пиявку помещают во флакон, берут за хвост и прислоняют к передней половинке языка (губ, небу) до момента присасывания. Хвостовой конец прикрепляют к подбородку или во флакончике, который поддерживает медсестра. После кровенаполнения пиявка самостоятельно отваливается. По окончании процедуры больной воздерживается от приема пищи в течение 2—3 часов и полощет рот 1% раствором перекиси водорода (5—10 процедур). Процедура длится 15—30 минут, ежедневно или через день (2 дня), в течение 5—10 дней. При необходимости курс лечения повторяют через 2—3 месяца. Во время проведения гирудотерапии больные не должны употреблять пищевые продукты с резким запахом (чеснок, лук и т. п.), так как пиявки не будут присасываться.

Таким образом, хотя механизм развития глоссалгии известен, единого общепринятого лечения не существует. Однако применение описанных методов позволяет получить достаточно стойкий терапевтический эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисова Э. Г. Диагностика и лечение глоссалгии в условиях специализированного нейростоматологического кабинета: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.— М., 1993.
2. Гречко В. Е., Орлова Е. А., Жукова А. Г. Актуальные проблемы стоматоневрологии.— М., 1974.
3. Дычко Е. Н. // Стоматология.— 1988.— № 4.— С. 29—31.
4. Спицина В. Н. // Стоматология.— 1987.— № 1.— С. 34—36.

Поступила 03.05.94.

УДК 340.63

УЗЛОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

Б. В. Шостакович

Отдел судебно-медицинских экспертиз (руководитель — проф. Б. В. Шостакович)
ГНЦ социальной и судебной психиатрии, г. Москва

Судебную психиатрию можно определить как отрасль медицинской науки — психиатрии, задачей которой является установление психического состояния лица применительно к тем или иным правовым нормам и ситуациям. Такая дефиниция подразумевает несколько основных направ-

лений деятельности судебных психиатров и научных исследований в этой области. основополагающей остается неразрывная связь судебной психиатрии с общей, невозможность плодотворной работы психиатров-экспертов в отрыве от психиатрической клиники, без использования со-

ответствующего понятийного аппарата, без учета тенденций развития диагностики, терапии и организации. Очевидно, что специфические задачи судебной психиатрии на современном этапе непосредственно связаны с задачами общей психиатрии и рядом меняющихся правовых положений, причем здесь необходимы комплексные интегративные отношения между психиатрией и правом.

Среди этих общих задач одно из главных мест занимает профилактика опасного поведения психически больных. Данная проблема до сих пор не решена, несмотря на ряд вполне оправданных и обоснованных мер, в том числе и соответствующих приказов и постановлений. Одним из важных вопросов остается выяснение доли психически больных среди правонарушителей. Существовавшая многие годы в нашей стране ведомственная статистика позволяла судебным психиатрам учитывать лишь число проведенных экспертиз, распределение опасных действий среди контингента подэкспертных, число невменяемых и направленных на принудительное лечение. После открытия статистических данных о криминальных действиях и преступности в 1988—1990 гг. мы попытались сравнить сведения о признанных невменяемыми в эти годы с общим числом преступлений. Оказалось, что доля невменяемых среди совершивших уголовные деяния составляет около 0,5%. В 1991 г. в России их было около 7 тыс. человек. В то же время анализ правонарушений против личности показал, что доля невменяемых среди совершивших убийства, покушения на убийство, изнасилования значительно выше (5—7%). Иными словами, она примерно в 10 раз превышает общий уровень криминогенной активности психически больных среди правонарушителей.

Общая структура общественно опасных действий (ООД) у невменяемых в целом повторяет структуру правонарушений среди населения: на первом месте — имущественные правонарушения, хулиганство, затем преступления против личности и сексуальные деликты. Видимо, основное внимание психиатров должно быть обращено на факт относительного преобладания ООД против личности у психически больных, на насильственные действия как наиболее опасные и, к сожалению, достаточно частые у этого контингента. Профилактика таких действий возможна с учетом факторов риска ООД психически больных. Следует подчеркнуть, что само по себе наличие психического заболевания не является причиной опасного поведения. Это лишь одно из условий, способствующих реализации противоправного поступка. Вместе с тем профилактика жертвических ООД, а в ряде случаев и повторных, обусловлена необходимостью диагностики опасного состояния больного. Надо помнить, что такое состояние, как правило, временное, причем в правовом отношении его наличие у психически здорового не может быть причиной интернирования, изоляции. Для такого решения обязательным условием является совершение опасного противоправного действия. Пока действия, то есть преступления, нет, нет и оснований для возбуждения уголовного дела. В психиатрической практике состояние, влекущее потенциальную опасность для окружающих, служит основанием для принудительной госпитализации как мера

предупреждения ООД. Это следует и из Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и соответствующих международных актов. В этом состоит известное противоречие между деятельностью правоохранительных органов и психиатрической службы. Распознавание опасного состояния больного является компетенцией врача-психиатра и остается крайне сложной задачей.

Мы попытались наметить шкалу опасности текущих психопатологических синдромов у больных от наиболее опасных до представляющих незначительный риск. В группе аффективных синдромов доминирует депрессивный с риском суицидального поведения и расширенного самоубийства. Очевидно, что среди бредовых состояний наиболее опасны все виды persecutorного бреда. Однако максимальный риск ООД наблюдается в периоды кристаллизации бреда, его конкретизации, вовлечения в бредовую систему определенного круга лиц. Чрезвычайно опасны период перехода паранойяльного бреда в параноидный и начальный период появления синдрома Кандинского — Клерамбо. Эти критические фазы бредовых состояний, с нашей точки зрения, становятся особенно опасными в силу быстрой, иногда внезапной ломки имевшейся до этого у больного патологической адаптации к существовавшим у него болезненным переживаниям и явлениям. Появляется новая симптоматика, требующая внутренней переработки и осознания. Патологический же процесс с преобладанием чувства опасности, незащитности получает новое толкование, новое звучание. Нередко в это время болезненные идеи конкретизируются, мнимые враги становятся явными для больного, и в результате возникает бредовая мотивация поведения, приводящая к ООД, зачастую агрессивным действиям.

Дальнейшее развитие бредовой системы с парафренизацией обычно снижает опасность со стороны больного. По нозологическим формам наиболее опасны, исходя из риска тяжести криминала, а не его возможной частоты бредовые синдромы эпилептического алкогольного и лишь затем шизофренического происхождения.

Синдром слабоумия и процессуального дефекта в основном приводит к ООД дезадаптивного характера (кражи, бродяжничество, реже хулиганство и агрессивные действия). Вместе с тем начинающееся склеротическое слабоумие иногда сопровождается непонятными для больного нарушениями самосознания, появлением немотивированных аффективных колебаний с чувством тревоги, малоценности, беспомощности, которые тоже можно рассматривать как расстройство имевшейся ранее адаптации к собственному психическому и физическому состоянию. На фоне таких явлений в ответ на объективные незначительные психогенные воздействия (ссоры с близкими, оскорбления в транспорте и пр.) возникают brutальные агрессивные вспышки гнева, иногда с неясным аффективно суженным сознанием, приводящие к тяжким криминальным действиям.

И, наконец, большая группа психопатоподобных личностных расстройств провоцирует едва ли не большую часть опасных действий со стороны психически больных. Однако их профилактика носит, скорее, общесоциальный характер; по-

существо, такие больные очень редко нуждаются в насильственной госпитализации.

Естественно, что это условная схема. Важно подчеркнуть, что сам по себе текущий синдром также не является обязательной причиной ООД. Он может служить основанием для оценки потенциальной опасности больного и его госпитализации. Для оценки риска совершения ООД необходимо также анализировать особенности личности больного, его преморбид и асоциальные и просоциальные установки и тенденции. Реализация конкретного деяния зависит также от существующей в данный момент ситуации, в которой находится больной, от взаимоотношений с ним родственников, знакомых и ближайшего окружения. Есть несколько типовых ситуаций, способствующих совершению ООД. К ним относятся дискредитация больного, отношение к нему как к лицу второго сорта, непонимание болезненных переживаний и пренебрежение ими по типу «все это капризы» и последнее, но может быть наиболее значимое — вовлечение больного в пьянство и асоциальный образ жизни. Такого рода обстоятельства должны учитываться врачами-психиатрами при решении вопроса о принудительной госпитализации в качестве меры предупреждения опасного поведения больного наряду с данными о синдромальной картине и личности больного.

Приведенные соображения о риске совершения ООД больными требуют дальнейшей разработки в плане уточнения опасности, исходящей от конкретного больного в конкретной ситуации.

Другим важным разделом современной судебной психиатрии является разработка критериев ограниченной вменяемости. Для отечественной судебной психиатрии это совершенно новое положение, требующее осмысления и тщательного клинического анализа. Ограниченная вменяемость — это вариант вменяемости, ответственности. Болезнь или психическая аномалия — лишь облегчающее условие для включения в криминальную деятельность; оно снижает возможность адекватного выбора поведения в той или иной ситуации. Ограниченную вменяемость необходимо учитывать как при вынесении приговора, так и при осуществлении наказания, которое может сочетаться с лечением имеющихся психических расстройств.

Опыт зарубежных стран, в которых существует институт ограниченной вменяемости, свидетельствует о том, что разные психические состояния могут служить причиной такого экспертного решения. При этом сравнение экспертных заключений, принятых в нашей психиатрии, с заключениями в ряде зарубежных стран, показывает, что в отечественной психиатрии «зона» невменяемости шире главным образом за счет тех состояний, которые за рубежом относятся к «зо-

не» ограниченной вменяемости. Видимо, это относится, в первую очередь, ко многим больным с медленно прогрессирующей шизофренией, когда в нашей практике диагноз, по существу, отождествляется с невменяемостью. Анализ таких вариантов неактивных психических расстройств является одной из задач ближайшего периода развития судебной психиатрии применительно к изучению критериев ограниченной вменяемости. Ясно также, что по отношению к абсолютному большинству психопатических личностей в практике зарубежной судебной психиатрии критерии ограниченной вменяемости не применимы.

С нашей точки зрения, наиболее убедительно в эту правовую категорию могут быть включены лица с расстройствами влечений, в том числе с парафилией, когда криминал непосредственно связан с реализацией нарушенного сексуального влечения при сохранности у субъекта осознания противоправности и наказуемости деяния. Патология влечений в таких случаях снижает или блокирует возможность регулировать свое поведение, удержаться от поступка. Биологическая обусловленность парафилий дает основания и для соответствующего лечения после осуждения правонарушителя. Видимо, ограниченная вменяемость возможна при некоторых аффективных деликтах и состояниях утяжеленного алкогольного опьянения, когда совершаются поступки, полностью противоречащие личностным установкам и социальному облику правонарушителя.

Новый важный аспект судебной психиатрии связан с принятием упоминавшегося выше Закона о психиатрической помощи, согласно которому ряд спорных правовых состояний больных должен решаться в судебном порядке. В этой связи возникает необходимость судебного разбирательства в случаях жалоб по поводу недобровольной госпитализации, первичного освидетельствования, постановки на психиатрический учет, ограничения профессиональной деятельности и проч. Каждый из этих правовых споров может стать основанием для проведения судебно-психиатрического освидетельствования. Иными словами, значительно расширится деятельность судебных психиатров в гражданском процессе, области, где судебно-психиатрические вопросы разработаны еще недостаточно полно. Значение юридической ситуации, анализируемой в данных вариантах экспертиз, потребует уточнения критериев каждого из возможных правовых состояний. Общая схема деления критериев экспертной оценки на медицинский и юридический сохраняется.

Таким образом, изменения правовых норм требуют опережающих научных и практических разработок в этой области.

Поступила 22.01.94.