

Вопросы лечения и наблюдения больного шизофренией, совершившего повторное убийство (клинический случай)

ГОЛЕНКОВ А.В. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии, Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова; 428015, г. Чебоксары, ул. Пирогова, д. 6; e-mail: golenkovav@inbox.ru

ЦЫМБАЛОВА А.Б. заведующая отделением судебно-психиатрических экспертиз, Республиканская психиатрическая больница; 428015, г. Чебоксары, ул. Пирогова, д. 6

Описан случай поздней квалификации шизофрении (через 20 лет после начала болезни) на этапе парафренного бреда у заключенного, отбывающего наказание за повторное убийство. Обсуждаются вопросы дифференциальной диагностики, развития болезни в местах лишения свободы, принудительного лечения, выписки таких больных из психиатрического стационара.

Ключевые слова: поздняя диагностика, шизофрения, рецидив убийства, заключенные.

Больные шизофренией (БШ) характеризуются не только высокой криминальной агрессией, но и тяжестью деликтов, повторностью их совершения [3, 4, 7—10]. Они более чем в 2 раза чаще совершают агрессивные деликты по сравнению со здоровыми людьми [11], а убийства — в 7—10 раз [14]. На общественно опасные действия (ООД) против жизни и здоровья у БШ приходится около половины всех деликтов, из них убийства и умышленное причинение тяжкого вреда здоровью составляют 21,4% [4]. Около 60% БШ совершают повторные ООД [3], убийства — более 10% [9, 10]. Значимые факторы таких ООД: пол, возраст, место жительства, форма шизофрении, психопатологические механизмы ООД, возраст начала заболевания и его длительность, употребление психоактивных веществ [2—4, 7—14]. При этом к мерам профилактики ООД против жизни относят раннее выявление шизофрении [12, 13], дифференцированный подход к назначению принудительного лечения БШ с учетом указанных выше факторов [7].

В доступной литературе нам встретилось описание всего одного случая БШ, совершившего повторное убийство [8]. В статье речь шла о поиске и валидации факторов предикции, маркеров риска ООД. Однако вопросы позднего выявления шизофрении, дифференциальной диагностики, развития болезни в условиях исправительных учреждений, выписки после повторного убийства, освещены недостаточно. В связи с этим приводим клинический случай из нашей практики.

Из материалов уголовного дела, медицинской документации и со слов подэкспертного А., 57 лет, известно следующее: родился в сельской местности

в многодетной семье. Отец злоупотреблял алкоголем, одна из родных сестер страдала психическим расстройством. Развитие соответствовало возрасту. Рос несколько тревожным, но рано проявились тенденции к лидерству. Под влиянием бабушки воспитывался «в религиозном духе». В школу пошел своевременно, обучение давалось легко, окончил 10 классов с хорошей успеваемостью.

В 1973 г. (17 лет) осужден за кражу, условно. С 1974 по 1975 гг. служил в строительных войсках. В период службы употреблял спиртные напитки, самовольно оставлял расположение части, имел нарекания, в состоянии алкогольного опьянения принимал участие в драках.

После армии жил в г. Чебоксары, работал на тракторном заводе. В 1980 г. (24 года) осужден за убийство двух граждан на 15 лет лишения свободы. Судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) не проводилась. Во время отбывания наказания постоянно нарушал режим, наблюдались приступы гнева, ярости, аффективные разряды по незначительному поводу, был оппозиционно настроенным к администрации исправительного учреждения, конфликтовал с осужденными, требовал изменения режима содержания, отказывался от выхода на работу, от еды, наблюдались эпизоды аутоагрессии. В связи с этим в 1987—1989—1990 гг. (30—34 года) лечился в психиатрическом отделении по поводу декомпенсации психопатии.

После освобождения постоянной работы не имел, менял места жительства, злоупотреблял алкоголем. 5 октября 1996 г. (40 лет) в состоянии алкогольного опьянения совершил повторное убийство. В ходе следствия проведена амбулаторная СПЭ,

признан вменяемым с заключением «Личностное расстройство паранойяльного типа». Приговором Судебной коллегии по уголовным делам Верховного суда Чувашской Республики осужден на 15 лет лишения свободы.

В исправительных учреждениях характеризовался как злостный нарушитель режима: угрожал осужденным физической расправой, отказывался содержаться в общей камере, за что имел неоднократные взыскания, помещался в ШИЗО; писал многочисленные письма и требования в вышестоящие инстанции и средства массовой информации. Несколько раз осматривался врачами-психиатрами. Во время консультации был возбудимым, демонстративным, многословным, размахивал руками, жаловался на бессонницу, «невроз», характеризовал себя нервным. Сообщал, что, находясь в местах лишения свободы в прошлый раз, неоднократно лечился у психиатров, жаловался на тяжелые условия содержания (идет «страшный напор на психику», «мозги сдавливают»). Полагал, что его «засудили армяне и грузины». Периодически говорил, что слышит «голоса», которые ему не дают спать, просил наказать его в психиатрический стационар, в противном случае угрожал что-то сделать с собой. Состояние квалифицировалось как «Психопатия возбудимого типа».

С 1999 г. с тем же диагнозом неоднократно находился на стационарном лечении в психиатрическом отделении учреждения исполнения наказаний, где был раздражителен, высказывал бредовые идеи овладения, величия, отношения. Писал многочисленные жалобы, в которых указывал, что «оказался жертвой преследования со стороны начальника», так как является «глубоко верующим человеком». С мая 2002 г. под своими заявлениями ставил подпись — «Сын Бога живого Феликс». Стал агрессивным, указывал, что все его действия «происходят по велению Бога. Считал себя Богом, единственным сыном Иисуса Христа, обладающим сверхъестественной силой и способностями» («открыл смысл жизни», «расшифровал Библию»; «способен излечить всех людей от СПИДа, воскресить мертвых, утвердить мир на Земле»). Вел себя демонстративно, эмоционально был неустойчив. В 2003 г. (47 лет!) был выставлен диагноз: «Параноидная шизофрения» с рекомендацией лечения в психиатрическом стационаре, куда поступил в феврале 2004 г.

В отделении был расторможенным, злобно-маниакальным, содержался в отдельной палате. Высказывал нелепые бредовые идеи величия и могущества. На фоне маниакального возбужде-

ния уверял, что «я и есть сам Бог», победившим «силу дьявола, загнал дьявола в литосферу». Полагал, что «на Земле идет борьба между силами Бога и дьявола», а на него «воздействуют силы Бога и дьявола, силы Космоса и энергии». Себя называл самым выдающимся поэтом и писателем, постоянно писал схоластически-рифмующиеся стихи стереотипного содержания. Речь носила характер агрессивного монолога, не позволял перебивать себя, становился злобным, переходил на крик. Мегаломанические бредовые идеи обрастали новыми подробностями, образными сравнениями. Отмечал, что «его мозг работает безостановочно», «в голове идет поток мыслей», «мысли обнимают весь мир», «в голове рождаются мысли для всего человечества», «голова работает лучше, чем 1000 академиков вместе взятых», «мысль расцветает духовно», «мозг работает на самых высоких оборотах, так не может работать голова ни у кого в мире», «мозг обогащает человечество новыми знаниями о Боге». Говорил, что может «воздействовать на погоду, влиять на жизнь людей, на другие планеты, воскрешать мертвых, читать мысли у людей всей Земли». Считал, что «в зоне есть человек, который по сговору с администрацией выдает себя за него. Он дает советы и указания руководству колонии, присваивает его функции». Заявлял: «Все страшно завидуют моей мудрости, что я есть Свет, я есть Храм», «такого, как я, не было миллиарды лет». Негативно относился к окружающим: «Чтобы быть свободным, думать свободно, я должен содержаться один. Они своими мыслями травят атмосферу вокруг меня. Они не терпят такого, как я». Категорически отказывался от лечения, заявляя, что нейролептики обрывают «поток мыслей», вызывают побочные эффекты. Мышление было паралогичным, разорванным, витиеватым, отмечались соскальзывания, исчезновение мыслей. Наблюдалась эмоциональная неадекватность, парадоксальность, повышенный фон настроения сменялся чувством злости, ярости, агрессивными высказываниями. Требовал изменить тон беседы, «не задавать глупых психиатрических вопросов». Кричал, что «тут вопросы должен задавать только я, вы должны слушать меня и не перебивать». Отмечалась манерность, вычурность жестов, походки. Там же проведено судебно-психиатрическое освидетельствование, подведен под действие ст. 81 ч. 1 УК РФ. Освобожден от дальнейшего отбывания наказания.

Направлен на принудительное лечение в психиатрическую больницу специализированного типа

с интенсивным наблюдением, в которой находился с конца 2004 г. до середины 2012 г. При поступлении психическое состояние оставалось неустойчивым. Был раздражительным, злобным, аффективно заряженным, неадекватно улыбался. В беседах был крайне многословным, речь в форме монолога, врача не слушал, перебивал. Держался развязно, фамильярно. Высказывал бредовые идеи величия, называл себя «сыном Бога Иисуса, подобным Богу». Утверждал, что обладает «невероятными, исключительными, феноменальными способностями», «может лечить, оживлять людей, управлять погодой». Заявлял: «Я иудей, настоящий иудей, по-божески чуваша — это иудеи, колено иудеево, а в настоящем времени — чуваша... у меня феноменальная память, ни одной стилистической ошибки...я закончил небесную академию, я единственный человек в мире, кто ее закончил...все лагеря и тюрьмы — это храм...». Без критики, без раскаяния говорил о правонарушении, заявляя, что поступил правильно: «Я его наказал. Он над моей сестрой издевался, над всей семьей издевался». Негативно относился к лечению, требовал отмены: «Я ведь здравомыслящий человек. Меня здесь пичкают лекарствами, чтобы было плохо». Психически больным себя не считал. Обманы восприятия отрицал, с раздражением заявлял: «У меня нет, и не было голосов. Я не сумасшедший». В мышлении превалировало резонерство, паралогичность. Говорил с эмоциональной охваченностью, излишней детализацией, стараясь убедить собеседника в исключительности своей личности. Превалировала завышенная самооценка. Требовал себе особых условий. За внешним видом не следил. Проводилось лечение разными сочетаниями нейролептиков, включая пролонги, нормотики. На фоне терапии постепенно редуцировалась аффективная заряженность болезненных переживаний, бредовые идеи частично утратили свою актуальность. Поведение несколько упорядочилось, сгладились психопатоподобные проявления, демонстративность. Появилась формально критическое отношение к содеянному.

Комиссия от 17.04.12 г. пришла к заключению, что испытуемый не представляет в настоящее время особой социальной опасности, в дальнейшем принудительном лечении в условиях психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением не нуждается. В соответствии со ст. 445 УПК РФ комиссия считает возможным проведение принудительного лечения в психиатрической больнице общего типа по месту жительства. 23 мая 2012 г. посту-

пил в Республиканскую психиатрическую больницу (РПБ) г. Чебоксары, а через два месяца для прохождения принудительного лечения переведен в психиатрический стационар общего типа по месту жительства.

При поступлении охотно беседовал, был склонен к бесплодному рассуждательству, эмоционально холоден, называл себя «единородным сыном Иисуса Христа», «вором в законе», считал себя «немного умнее всех людей». В отделении подчеркнуто вежлив и корректен по отношению к врачам, со средним и младшим персоналом вел себя высокомерно, настойчиво требовал исполнения своих желаний (приобретения продуктов питания, сигарет). В трудовые процессы не вовлекался, был занят активной перепиской с пациентами, с которыми находился на лечении в других больницах, безуспешными попытками восстановить связи с родными, литературным творчеством. Отношения с окружающими строил осторожно, дифференцированно, от остальных держался обособленно, подчеркивал свой «воровской статус». Пользовался уважением со стороны пациентов, имеющих тенденцию к асоциальному поведению, манипулировал ими, подстрекал на конфликты, старался действовать «чужими руками», сам оставаясь в стороне. Часто писал любовные письма к врачам-женщинам психиатрических больниц г. Казани, Владимира, Чебоксар, где ранее проходил стационарное принудительное лечение, прослеживался бред любовного преследования. В творчестве пациента постоянно звучали бредовые идеи величия, необычного могущества, отношения, намерение «снятия диагноза», «реабилитации». Понимание сложившейся ситуации искажено, часто просил предоставить «трехдневный отпуск для налаживания потерянных родственных связей», умело скрывал свои переживания, оставался способным на опасные действия в отношении больных и персонала. Только предстоящая выписка сдерживала его поведение. Изменениями назначений проводимой терапии был недоволен, требовал объяснений. Неоднократно подходил к врачу с заявлением, что не будет оспаривать решение суда, хотя «может связаться с такими людьми, которые этот вопрос решили бы». Неоднократно обращался с просьбой о «назначении независимой психиатрической экспертизы для полной его реабилитации как здорового человека». Считал, что против него имеется сговор между администрацией исправительных учреждений и психиатрической службой.

Учитывая данные факты, межрайонная психиатрическая больница выходила с представлением в районный суд об усилении формы принудитель-

ного лечения (в переводе на стационарное принудительное лечение в психиатрической больнице специализированного типа). В просьбе было отказано, но стационарное принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа продлено. В дальнейшем больной самостоятельно, без ведома врача и другого персонала, обратился в районный суд с требованием назначения ему стационарной СПЭ для «снятия диагноза» или изменения формы принудительного лечения (в переводе в РПБ). 11.02.2013 г. администрация межрайонной психиатрической больницы вышла с представлением в районный суд, в котором ходатайствовала о проведении стационарной СПЭ для уточнения диагноза и получения рекомендаций по выбору формы принудительного лечения.

На стационарной экспертизе диагноз параноидной шизофрении был подтвержден. Комиссия врачей рекомендовала продление испытываемому принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа. Состояние больного на всем протяжении пребывания в отделении оставалось неустойчивым, продолжал настаивать на отмене принудительного лечения и выписки из психиатрического стационара, мотивируя это тем, что срок заключения по совершенному преступлению давно истек. Себя психически больным не считал, к расстройствам критики нет, от лечения категорически отказывался. Высказывал намерения в случае выписки из психиатрической больницы сразу же поехать в Москву, попасть на прием к руководителям страны и «в течение 3—4 часов изложить им свою программу», потом «добиться эфира на центральном телевидении и выступить перед народом». Планировал в течение трех лет «устроить райскую жизнь» в России. Самому тоже — «начать новую жизнь», «готовить настоящих мужчин, так как не должно быть ни капельки зла, порока, плохого отношения к женщине — чего хочет женщина, того хочет Бог». Себя называл «сыном Бога», поэтому ему необходимо «выполнить его волю». При этом начинал вслух читать свои стихи.

Такое состояние с кратковременными внутрибольничными улучшениями наблюдается у больного в течение нескольких лет нахождения на лечении в межрайонной психиатрической больнице.

Приведенный случай со стойкими и выраженными бредовыми переживаниями не вызывает сомнений в диагнозе параноидной шизофрении. По описанию можно судить о сочетании экспансивного бреда с идеями реформаторства, мессианства, антагонистического (манихейского) бреда, высокого происхождения

и преследования, идеаторных автоматизмов (вариант систематизированной и фантастической парафрени). Начало болезни предположительно относится к типичному для развития шизофрении возрасту — 25—30 лет, когда больной несколько раз лечился у психиатров, находясь в местах лишения свободы (в 30—31, 33, 34 года). Этому предшествовали протестные формы поведения с отказом подчиняться режиму содержания, голодовки, самоповреждения, агрессивность по отношению к окружающим. Причем протестные реакции со временем принимали абсурдный характер, агрессия направлялась не только на заключенных, но и на персонал учреждения, в письменной продукции прослеживались мотивы преследования, отношения и воздействия. Описанная симптоматика является довольно типичной для заключенных, у которых в местах лишения свободы развивается и прогрессирует шизофрения [5, 6]. Это психическое расстройство делает «полностью невозможным как процесс отбывания наказания, так и достижение его целей» [1].

Способствует ли ранняя диагностика и своевременно начатое лечение шизофрении профилактике совершения повторных ООД? Вопрос дискуссионный и ключевой для судебной психиатрии [7]. Но, как считают зарубежные исследователи, вовремя поставленный диагноз и адекватная терапия, однозначно снижают частоту криминальной манифестации («инициальных деликтов») с агрессией, возникающей при первом психотическом эпизоде [12, 13].

После повторного убийства на амбулаторной СПЭ испытуемый признан вменяемым, состояние было квалифицировано как «Личностное расстройство параноидального типа». Можно с большой вероятностью предполагать недооценку экспертами тяжести расстройства в условиях ограниченного времени на обследование и вынесение заключения, повторность и тяжесть деликта, совершенного асоциальной личностью. Очевидно на такое решение также повлияла установка самого испытуемого на признание его вменяемым (не психически больным), и отправку для отбывания наказания в места лишения свободы, в которых он провел большую часть жизни.

С первых дней повторного нахождения в исправительном учреждении выявлялась так называемая сутяжно-параноидальная (параноидная) симптоматика, выражающаяся в многочисленных неаргументированных жалобах в вышестоящие органы, средства массовой информации. В письмах бросаются в глаза выраженные нарушения мышления (бесплодное рассуждательство, витиеватость,

необычность и своеобразие ассоциаций, их неадекватность). Несмотря на это несколько раз стационарно лечился в психиатрических отделениях учреждениях исполнения наказаний с диагнозом «Психопатия возбудимого круга». И только после формирования стойкой парафренической симптоматики (через 6—7 лет второго срока отбытия наказания), специфических изменений личности, в возрасте 47 лет был выставлен диагноз «Параноидная шизофрения» с последующим освобождением от наказания в связи с болезнью и назначения принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Наше наблюдение не позволяет подтвердить влияние таких патогенных факторов на развитие психических расстройств, как режим мест лишения свободы и срок наказания. Имеются наблюдения, согласно которым в исправительных учреждениях с тюремным режимом и сроком наказания свыше 10 лет, чаще возникают шизофренические психозы [1]. Заболевание в нашем случае с большой вероятностью началось в возрасте 25—30 лет, что характерно для большинства случаев шизофрении. Симптоматика во многом соответствует проявлениям, описанным в руководстве по судебной психиатрии [5—7]. Влияние возрастного фактора на формирование парафренической симптоматики также является спорным. Психопатологическая наследственная предрасположенность («злоупотребление алкоголем» у отца, психическое расстройство у родной сестры) и, по сути безремиссионное прогрессивное течение заболевания на протяжении двух десятков лет, способствовали переходу бредовых расстройств (параноидальных, а потом и параноидных) в хронический парафренический синдром, отличающийся резистентностью к проводимой терапии.

Таким образом, приведенный случай показывает трудности ранней диагностики шизофрении у заключенного с личностными особенностями, совершившего дважды тяжкий деликт и длительно находящийся в местах лишения свободы. Указанные факторы, обусловленные специфическими условиями содержания и взаимоотношения в исправительных учреждениях, трудноотличимы от реакций протеста и модуса поведения криминальных личностей (страдающих психопатией и психопатоподобными расстройствами), разными вариантами симуляции и аггравации больных. Непростым делом является продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера БШ, совершивших повторные убийства, включая решение вопросов их дальнейшего лечения

и наблюдения медицинскими организациями здравоохранения или направления в психоневрологические учреждения социального обеспечения.

Список литературы

1. Агаларзаде А.З. Психические расстройства у осужденных (эпидемиологический, судебно-психиатрический и организационный аспекты): Автореф. дисс. д-ра мед. наук. — М., 1990. — 48 с.
2. Голенков А.В. Клинико-социальные особенности больных с бредом колдовства, совершивших общественно опасные действия // Российский психиатрический журнал. — 2001. — №1. — С. 41—44.
3. Голенков А.В. Общественно опасные деяния больных шизофренией на современном этапе развития // Психическое здоровье. — 2013. — №10. — С. 22—26.
4. Голенков А.В. Клинико-социальные особенности больных шизофренией, совершивших общественно опасные деликты против жизни и здоровья // Российский психиатрический журнал. — 2015. — №5. — С. 17—23.
5. Малкин Д.А. Психические расстройства у осужденных, требующие стационарного психиатрического лечения. Освобождение от наказания осужденных с психическими расстройствами // Руководство по судебной психиатрии: практ. пособие / Под ред. А.А. Ткаченко. 2-е изд., перераб. и дополн. — М.: Изд-во Юрайт, 2015. — Гл. 36. — С. 847—867.
6. Малкин Д.А. Частные проблемы пенитенциарной психиатрии // Руководство по судебной психиатрии: практ. пособие / Под ред. А.А. Ткаченко. 2-е изд., перераб. и дополн. — М.: Изд-во Юрайт, 2015. — Гл. 38. — С. 882—907.
7. Руководство по судебной психиатрии: практ. пособие / Под ред. А.А. Ткаченко. 2-е изд., перераб. и дополн. — М.: Изд-во Юрайт, 2015. — 966 с.
8. Солдаткин В.А., Ретюнский К.Ю., Бобков А.С., Третьяков А.В. Проблема повторных убийств, совершенных больными шизофренией (клинический случай) // Российский психиатрический журнал. — 2013. — №2. — С. 20—30.
9. Golenkov A., Large M., Nielsen O., Tsybalova A. Characteristics of homicide offenders with schizophrenia from the Russian Federation // Schizophrenia Research. — 2011. — Vol. 133. — №1—3. — P. 232—237.
10. Golenkov A., Nielsen O., Large M. Systematic review and meta-analysis of homicide recidivism and schizophrenia // BMC Psychiatry. — 2014. — Vol. 14. — №1. — 46 p.
11. Fazel S., Lengström N., Hjern A., Grann M., Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime // JAMA. — 2009. — Vol. 301. — №19. — P. 2016—2023.
12. Nielsen O.B., Malhi G.S., McGorry P.D., Large M.M. Overview of violence to self and others during the first episode of psychosis // J. Clin. Psychiatry. — 2012. — Vol. 73. — №5. — P. 580—587.
13. Nielsen O.B., Yee N.L., Millard M.M., Large M.M. Comparison of first-episode and previously treated persons with psychosis found NGMI for a violent offense // Psychiatr. Serv. — 2011. — Vol. 62. — №7. — P. 759—64.
14. Schanda H., Stompe T., Ortwein-Swoboda G. Increasing criminality in patients with schizophrenia: fiction, logical consequence or avoidable side effect of the mental health reforms? // Neuropsychiatr. — 2010. — Vol. 24. — №3. — P. 170—181.

Questions of treatment and supervision of the patient with schizophrenia who has committed a repeated homicide (the clinical case)

Golenkov A.V. Dr. Med. Sci., Professor, Head of chair of Psychiatry and Medical Psychology,
I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary; e-mail: golenkovav@inbox.ru

Tsymbalova A.B. Head of Department of Judicial-Psychiatric Examination, Republic Psychiatric Hospital, Cheboksary

The case of the late detection of schizophrenia (in 20 years after the onset of the illness) at a stage of paraphrenia (grandiose delusions) in the offender who has made two episodes of homicide and serving long sentence, is described. Questions of differential diagnostics, development of the illness in conditions of high and maximum security, compulsory treatment, discharge of such patients from a psychiatric hospital are discussed.

Keywords: late diagnostics, schizophrenia, homicide recidivism, offenders.