

М. А. Лисняк

КУРС СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ ДЛЯ ЮРИСТОВ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ



Электронные версии книг на сайте
www.prospekt.org



• ПРОСПЕКТ •

Москва
2015

УДК 343.95(075.8)
ББК 56.14я73
Л155

Электронные версии книг
на сайте www.prospekt.org

Автор:

Лисняк Марина Анатольевна, врач-психиатр, кандидат медицинских наук, доцент кафедры криминалистики юридического института Сибирского федерального университета.

Лисняк М. А.

Л155 Курс судебной психиатрии для юристов: учебное пособие. — Москва : Проспект, 2015. — 216 с.

ISBN 978-5-392-15448-7

В учебном пособии рассматриваются актуальные вопросы судебной психиатрии в свете современного российского законодательства. Дано подробное описание симптомов психических заболеваний, которые наиболее часто встречаются в экспертной практике. Также подробно описаны основные психические расстройства с указанием возможной судебно-психиатрической оценки. Текст пособия написан доступным языком, богато иллюстрирован клиническими примерами.

Данное пособие будет полезно студентам, изучающим курс «Судебная психиатрия». Кроме того, оно может быть интересно юристам, практикующим как в области уголовного, так и гражданского процесса: нотариусам, работникам правоохранительной системы, судьям, адвокатам.

УДК 343.95(075.8)
ББК 56.14я73

Учебное издание

КУРС СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ ДЛЯ ЮРИСТОВ

Учебное пособие

Оригинал-макет подготовлен компанией ООО «Оригинал-макет»

www.o-maket.ru; тел.: (495) 726-18-84

Санитарно-эпидемиологическое заключение

№ 77.99.60.953.Д.004173.04.09 от 17.04.2009 г.

Подписано в печать 01.09.2014. Формат 60×90 1/16

Печать цифровая. Печ. л. 13,5. Тираж 300 экз. Заказ №

ООО «Проспект»

111020, г. Москва, ул. Боровая, д. 7, стр. 4.

ISBN 978-5-392-15448-7

© Лисняк М. А., 2014
© ООО «Проспект», 2014

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
1. Законодательство РФ в области психиатрии	7
2. Организация, порядок назначения и проведения судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе	38
3. Принудительные меры медицинского характера	58
4. Симптоматика психических расстройств	66
5. Эндогенные психозы и их судебно-психиатрическая оценка	91
6. Органические поражения головного мозга, их судебно-психиатрическая оценка	115
7. Судебно-психиатрическая экспертиза при психических расстройствах в инволюционном периоде	130
8. Умственная отсталость. Судебно-психиатрическая оценка лиц с умственной отсталостью	143
9. Синдром зависимости от алкоголя. Интоксикационные психозы. Психические нарушения в результате употребления психоактивных веществ	152
10. ПТСР и реактивные психозы, их судебно-психиатрическая оценка. Симуляция психических расстройств. Исключительные состояния, их судебно-психиатрическая оценка	170
11. Судебно-психиатрическая экспертиза при неврозах и расстройствах личности	187
Список литературы	207
Словарь медицинских и психологических терминов, упоминаемых в пособии	209

ВВЕДЕНИЕ

Психическое здоровье — одна из важнейших составляющих общего здоровья. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выделяет следующие **критерии психического здоровья**:

осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего психического и физического «Я»;

чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;

критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;

соответствие психических реакций (адекватность) силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;

способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;

способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать это;

способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

В современном определении психического здоровья подчеркивается, что для него характерна индивидуальная динамическая совокупность психических свойств конкретного человека, которая позволяет последнему адекватно своему возрасту, полу, социальному положению познавать окружающую действительность, адаптироваться к ней и выполнять свои биологические и социальные функции в соответствии с возникающими личными и общественными интересами, потребностями, общепринятой моралью.

Специфика психических заболеваний приводит к тому, что психиатрия больше, чем иные медицинские науки, может вмешиваться в жизнь отдельных граждан. В СССР психиатрическая служба достаточно часто использовалась в немедицинских целях, в том числе политических.

С началом горбачевской перестройки общественность потребовала кардинальных перемен в сфере оказания психиатрической помощи, в частности исключения психиатрического террора политических противников. С этой целью в 1987 г. была создана межведомственная комиссия для разработки проекта законодательного акта об оказании психиатрической помощи населению. В нее входили представители Минздрава, правоохранительных ведомств, Института государства и права, ВНИИ судебной психиатрии им. В.П. Сербского (ныне ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского»). Комиссией было подготовлено Положение об

условиях и порядке оказания психиатрической помощи, утвержденное Указом Президиума Верховного Совета СССР от 5 января 1988 г. и введенное в действие с 1 марта 1988 г.

Опыт работы показал обоснованность и выполнимость основных требований Положения, в то же время были выявлены определенные недостатки, например, недостаточно оказались защищены права психически больных, и некоторые противоречия. В связи с отмеченными недостатками было принято решение о подготовке нового нормативного акта – закона, регулирующего правовые проблемы психиатрии. В 1992 г. такой закон был разработан.

Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 (ред. от 28 декабря 2013 г.) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» был принят Верховным Советом, а затем подписан Президентом РФ.

Знание основных положений этого закона необходимо каждому юристу, так как именно к ним могут первично обращаться граждане, нуждающиеся в психиатрической помощи или пострадавшие от действий психически больных. Психически больные люди часто совершают общественно опасные деяния. Адекватная правовая оценка их действий невозможна без судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ). В свою очередь, обоснованное назначение СПЭ, а также понимание ее результатов требуют знания основных проявлений психических заболеваний.

Знать, как организована психиатрическая помощь в России, важно любому гражданину, так как психические расстройства могут возникать внезапно, практически ни одна семья не застрахована от подобной беды.

Сегодня в России создана структура государственной психиатрической помощи населению. По данным официального сайта ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского»¹, стационарная помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами в Российской Федерации оказывается в 234 психиатрических больницах. Помимо этого стационарные койки развернуты при 83 психоневрологических диспансерах. Коечный фонд на конец 2010 г. составил 151 428 коек, т. е. 1,05 койки на 100 000 населения. Помимо этого психиатрическая помощь оказывается в психосоматических отделениях общесоматических больниц. Наркологическая помощь оказывается в 11 наркологических больницах, 87 реабилитационных отделениях и 3 реабилитационных центрах. В Российской Федерации имеется 25 277 наркологических коек. Амбулаторно-поликлиническая помощь лицам с психическими и пове-

¹ http://serbsky.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=118&Itemid=89 (дата обращения – 02.11.2013).

денческими расстройствами оказывается 136 психоневрологическими диспансерами, 2043 диспансерными кабинетами (диспансерных отделений), 117 наркологических диспансерами, 1847 наркологическими кабинетами, 283 подростковыми кабинетами, 6 психозэндокринологическими кабинетами и 888 психотерапевтическими кабинетами. Существуют также полустационарные формы оказания помощи – дневной стационар, ночной профилакторий. Полустационарные отделения могут быть развернуты как на базе психоневрологических диспансеров, так и психиатрических больниц. Помимо этого в общесоматических поликлиниках оказывается психотерапевтическая помощь. (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 сентября 2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи»). Психиатрическая (психолого-психиатрическая помощь) оказывается также и по телефону – в стране существуют различные специализированные «горячие линии» (положение об оказании помощи по горячей линии). Скорая психиатрическая помощь оказывается службой дежурных психиатров.

Психиатрическую помощь оказывают 14 341 врач-психиатр, 1800 врачей-психотерапевтов, 3616 психологов. Наркологическую помощь оказывают 5592 психиатра-нарколога, 1503 психолога. (Показатель по количеству психиатров соответствует среднему европейскому уровню.)

Помощь лицам с психическими и поведенческими расстройствами в государственных учреждениях оказывается бесплатно.

1. ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО РФ В ОБЛАСТИ ПСИХИАТРИИ

Психиатрическая помощь в Российской Федерации оказывается в соответствии с Законом РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 (ред. от 28 декабря 2013 г.) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Основной смысл Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее – Закон) состоит в стремлении сделать психиатрическую помощь максимально гуманной и демократичной, по возможности сблизить и даже уравнивать ее в правовом отношении с другими видами медицинской помощи. Вместе с тем Закон исходит из того, что специфический характер психических расстройств делает необходимым и оправданным в некоторых случаях применение мер психиатрической помощи независимо и даже вопреки выраженному в данный момент желанию пациента. Показания к применению таких мер должны быть четко очерчены, круг пациентов максимально сужен, а сами меры строго регламентированы.

Закон направлен на решение четырех основных задач:

1. Защита прав и законных интересов граждан при оказании психиатрической помощи от необоснованного вмешательства в их жизнь.
2. Защита лиц, страдающих психическими расстройствами, от необоснованной дискриминации в обществе на основе психиатрического диагноза, а также фактов обращения за психиатрической помощью.
3. Защита общества от возможных опасных действий лиц, страдающих психическими расстройствами.
4. Защита врачей, медицинского персонала и иных специалистов, участвующих в оказании психиатрической помощи, предоставлении им льгот как работникам, действующим в особо опасных, тяжелых условиях труда, а также обеспечение независимости врача-психиатра при принятии решений, связанных с оказанием психиатрической помощи.

1.1. СТРУКТУРА ЗАКОНА РФ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ»

Закон состоит из краткой преамбулы и 6 разделов, включающих 50 статей.

В первом разделе излагаются наиболее общие и принципиальные положения, касающиеся:

добровольности психиатрической помощи (ст. 4);

прав лиц, страдающих психическими расстройствами (ст. 5, 37);
понятия врачебной тайны и мер по ее сохранению при оказании психиатрической помощи (ст. 8, 9);

требования согласия на лечение и право на отказ от него (ст. 11, 12).

Во втором разделе освещены вопросы обеспечения психиатрической помощью, гарантированной всем гражданам РФ. Приводятся ее основные виды и меры по социальной защите лиц, страдающих психическими расстройствами, которые должны быть созданы государственными органами управления и органами местного самоуправления, определяются источники финансирования (ст. 16, 17).

В третьем разделе говорится о субъекте психиатрической помощи, в качестве которого могут выступать учреждения и лица, получившие на это специальное разрешение. Устанавливаются права и обязанности врача-психиатра, утверждается его независимость, подчеркивается, что в своей деятельности он должен руководствоваться врачебным долгом и ответственностью исключительно перед законом. Важным положением этого раздела является признание работы персонала, участвующего в оказании психиатрической помощи, деятельностью в особых условиях труда с предоставлением соответствующих привилегий и введения обязательного государственного страхования на случай причинения вреда их здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей.

Центральное место в Законе занимает четвертый раздел, посвященный отдельным видам психиатрической помощи и порядку ее оказания. В качестве основных видов психиатрической помощи в Законе предусмотрены:

психиатрическое освидетельствование (ст. 23–25);

лечение в психиатрическом стационаре (ст. 28, 29, 32–36);

амбулаторное лечение (ст. 26), включая и диспансерное наблюдение (ст. 27);

помещение в психоневрологическое учреждение для социального обеспечения и специального обучения (ст. 41–44).

В данном разделе детально регламентирован порядок оказания всех видов психиатрической помощи, в том числе в недобровольном порядке, а также права лиц, страдающих психическими расстройствами, и гарантии их обеспечения.

Разделы пятый и шестой посвящены соответственно обеспечению контроля и прокурорского надзора, а также порядку обжалования действий по оказанию психиатрической помощи. Наряду с прокурорским надзором и контролем со стороны суда, вышестоящих органов управления здравоохранением предусматривается и контроль со стороны общественных объединений за соблюдением прав и законных интересов граждан при оказании им психиатрической помощи.

1.2. ИЗБРАННЫЕ СТАТЬИ ЗАКОНА РФ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ» И КРАТКИЙ КОММЕНТАРИЙ К НИМ

Статья 4. Добровольность обращения за психиатрической помощью

(1) Психиатрическая помощь оказывается при добровольном обращении лица и при наличии его информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Законом.

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

(2) Несоввершеннолетнему в возрасте до пятнадцати лет или больному наркоманией несовершеннолетнему в возрасте до шестнадцати лет психиатрическая помощь оказывается при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство одного из родителей или иного законного представителя, а лицу, признанному в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, психиатрическая помощь оказывается при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство его законного представителя в порядке, установленном настоящим Законом.

(часть 2 в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

(3) Лицо, обратившееся за оказанием психиатрической помощи, один из родителей или иной законный представитель лица, указанного в части второй настоящей статьи, имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, установленных настоящим Законом. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, осуществляет данное право в случае, если такое лицо по своему состоянию не способно отказаться от медицинского вмешательства.

(часть 3 введена Федеральным законом от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

Комментарий к ст. 4

Часть 2 комментируемой статьи предусматривает общие положения об оказании психиатрической помощи тем лицам, обращение которых за психиатрической помощью или отказ от нее могут быть не приняты во внимание в связи с несовершеннолетием или признанной судом недееспособностью. Этот вопрос за них решают их законные

представители. При этом предполагается, что законные представители действуют добровольно и в интересах представляемого лица.

Статья 11. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

(1) Лечение лица, страдающего психическим расстройством, осуществляется при наличии в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья его информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, за исключением случаев, предусмотренных частью четвертой настоящей статьи.

(часть 1 в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

(2) Врач обязан предоставить лицу, страдающему психическим расстройством, в доступной для него форме и с учетом его психического состояния информацию о характере психического расстройства, целях, методах, включая альтернативные, и продолжительности рекомендуемого лечения, а также о болевых ощущениях, возможном риске, побочных эффектах и ожидаемых результатах. О предоставленной информации делается запись в медицинской документации.

(3) Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетнего в возрасте до пятнадцати лет или больного наркоманией несовершеннолетнего в возрасте до шестнадцати лет дает один из родителей или иной законный представитель, в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, — его законный представитель после сообщения лицам, дающим информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, сведений, предусмотренных частью второй настоящей статьи. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного о даче информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство не позднее дня, следующего за днем указанного согласия.

(в ред. Федеральных законов от 6 апреля 2011 г. № 67-ФЗ; от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

(4) Лечение может проводиться без согласия лица, страдающего психическим расстройством, или без согласия его законного представителя только при применении принудительных мер медицинского характера по основаниям, предусмотренным Уголовным кодексом Российской Федерации, а также при недобровольной госпитализации по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона. В этих случаях,

кроме неотложных, лечение применяется по решению комиссии врачей-психиатров.

(в ред. Федерального закона от 21 июля 1998 г. № 117-ФЗ.)

(5) В отношении лиц, указанных в части четвертой настоящей статьи, применение для лечения психических расстройств хирургических и других методов, вызывающих необратимые последствия, а также проведение испытаний методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, лекарственных препаратов для медицинского применения, специализированных продуктов лечебного питания и медицинских изделий не допускаются.

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

Комментарий к ст. 11

1. Помимо добровольности необходимым условием получения согласия на лечение, как следует из ч. 2 настоящей статьи, является информирование пациента. В связи с этим согласие на лечение зачастую называют «информированным согласием», или «согласием после уведомления». Предоставление пациенту информации вменяется в обязанность врачу.

Сведения должны излагаться в доступной для пациента форме (т. е. с учетом его возраста, уровня образования, умственного развития), достаточно простым и понятным языком, не отягощенным специальной терминологией. **Запись в медицинской документации (амбулаторной карте, истории болезни) о предоставленной пациенту информации имеет правовое значение и должна содержать конспективное изложение как сообщенных врачом сведений, так и реакции на них пациента.**

2. Часть 1 настоящей статьи предусматривает, что **согласие на лечение должно быть письменным, согласно форме, установленной Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 20 декабря 2012 г. № 117н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства».**

Правила, установленные частями 1, 2 и 3 настоящей статьи, распространяются на случаи проведения лечения как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

Статья 16. Виды психиатрической помощи и социальной поддержки, гарантируемые государством

(в ред. Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ.)

(1) Государством гарантируются:

абзац утратил силу. — Федеральный закон от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ;

психиатрическая помощь при оказании первичной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

проведение медицинских экспертиз в соответствии с законодательством Российской Федерации;

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

социально-бытовая помощь и содействие в трудоустройстве лиц, страдающих психическими расстройствами;

решение вопросов опеки;

консультации по правовым вопросам и другие виды юридической помощи в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь, стационарных учреждениях социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами;

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

социально-бытовое устройство инвалидов и престарелых, страдающих психическими расстройствами, а также уход за ними;

получение образования инвалидами и несовершеннолетними, страдающими психическими расстройствами;

(в ред. Федерального закона от 2 июля 2013 г. № 185-ФЗ.)

психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах.

(2) Для обеспечения лиц, страдающих психическими расстройствами, психиатрической помощью и их социальной поддержки государство:

(в ред. Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ.)

создает все виды организаций, оказывающих психиатрическую помощь, по возможности по месту жительства пациентов;

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

организует оказание психиатрической помощи, предусмотренной частью первой настоящей статьи;

(абзац введен Федеральным законом от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

создает необходимые условия для получения образования несовершеннолетними, страдающими психическими расстройствами;

(в ред. Федерального закона от от 2 июля 2013 г. № 185-ФЗ.)

создает лечебно-производственные предприятия для трудовой терапии, профессионального обучения и трудоустройства на этих предприятиях лиц, страдающих психическими расстройствами, включая инвалидов, а также специальные производства, цеха или участки с облегченными условиями труда для таких лиц;

(в ред. Федерального закона от от 2 июля 2013 г. № 185-ФЗ.)

устанавливает обязательные квоты рабочих мест на предприятиях, в учреждениях и организациях для трудоустройства лиц, страдающих психическими расстройствами;

применяет методы экономического стимулирования для предприятий, учреждений и организаций, предоставляющих рабочие места для лиц, страдающих психическими расстройствами;

создает общежития для лиц, страдающих психическими расстройствами, утративших социальные связи;

принимает иные меры, необходимые для социальной поддержки лиц, страдающих психическими расстройствами.

(3) Абзац утратил силу. — Федеральный закон от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.

Решение вопросов социальной поддержки и социального обслуживания лиц, страдающих психическими расстройствами, находящихся в трудной жизненной ситуации, осуществляется органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

(часть третья в ред. Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ.)

Комментарий к ст. 16

Психиатрическая помощь при стихийных бедствиях и катастрофах является очень важной, поскольку указанные явления, как правило, сопровождаются выраженным психотравмирующим воздействием, что нередко приводит к психическим расстройствам, носящим массовый характер. Последние могут возникать также в результате токсических, травматических поражений центральной нервной системы.

Статья 23. Психиатрическое освидетельствование

(1) Психиатрическое освидетельствование проводится для определения: страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждается ли он в психиатрической помощи, а также для решения вопроса о виде такой помощи.

(2) Психиатрическое освидетельствование проводится при наличии информированного добровольного согласия обследуемого на его проведение. Психиатрическое освидетельствование несовершеннолетнего в возрасте до пятнадцати лет или больного наркоманией несовершеннолетнего в возрасте до шестнадцати лет проводится при наличии информированного добровольного согласия на его проведение одного из родителей либо иного законного представителя, а в отношении лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать информированное добровольное согласие, — при наличии информированного добровольного согласия на проведение психиатрического освидетельствования законного представителя такого лица. В случае возражения одного из родителей либо при отсутствии родителей или иного законного представителя психиатрическое освидетельствование несовер-

шеннолетнего проводится по решению органа опеки и попечительства, которое может быть обжаловано в суд. Законный представитель лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, извещает орган опеки и попечительства по месту жительства подопечного о даче информированного добровольного согласия на проведение психиатрического освидетельствования подопечного не позднее дня, следующего за днем дачи указанного согласия.

(часть 2 в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

(3) Врач, проводящий психиатрическое освидетельствование, обязан представиться обследуемому и его законному представителю как психиатр, за исключением случаев, предусмотренных пунктом «а» части четвертой настоящей статьи.

(4) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда по имеющимся данным обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

(5) Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя, если обследуемый находится под диспансерным наблюдением по основаниям, предусмотренным частью первой статьи 27 настоящего Закона.

(6) Данные психиатрического освидетельствования и заключение о состоянии психического здоровья обследуемого фиксируются в медицинской документации, в которой указываются также причины обращения к врачу-психиатру и медицинские рекомендации.

(7) Психиатрическое освидетельствование гражданина, указанного в статье 15 настоящего Закона, проводится в рамках военно-врачебной экспертизы в соответствии со статьей 61 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

(часть 7 введена Федеральным законом от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

Комментарий к ст. 23

1. В соответствии с ч. 1 **психиатрическим освидетельствованием является каждый осмотр пациента врачом-психиатром**, поскольку при этом всякий раз решается вопрос о наличии или отсутствии психиче-

ского расстройства, его характере, нуждаемости в том или ином виде психиатрической помощи.

2. Психиатрическое освидетельствование несовершеннолетнего лица в возрасте до 15 лет или лица, признанного в установленном порядке недееспособным, несмотря на их возражения, не считается недобровольным, если осуществлено по просьбе или с согласия его законного представителя. Если между родителями несовершеннолетнего нет согласия по этому вопросу и один из них активно возражает против освидетельствования (нейтральную позицию одного из родителей или его временное отсутствие не следует расценивать как возражение), а также при отсутствии родителей заинтересованные лица (педагоги, врачи общемедицинской сети и т. п.) могут обратиться в орган опеки, который может принять решение о необходимости психиатрического освидетельствования. Решение органа опеки может быть обжаловано в суд в порядке, предусмотренном ст. 47. Лица, признанные в установленном порядке недееспособными, в силу тяжести имеющегося в таких случаях психического расстройства подлежат диспансерному наблюдению независимо от их желания и желания законного представителя (см. ст. 27), поэтому их периодические осмотры (освидетельствования) осуществляются в соответствии с ч. 5 настоящей статьи и ч. 3 ст. 26.

3. **Необходимость представления обследуемому в качестве врача-психиатра является одним из элементарных требований медицинской этики и должно, безусловно, соблюдаться во всех случаях добровольного освидетельствования (по просьбе или с согласия).** Это требование вполне выполнимо и при ряде выраженных психических расстройств, когда освидетельствование проводится без согласия обследуемого, но его ориентировка в окружающем сохранена и сознание не нарушено. Однако в случаях тяжелых и выраженных расстройств (острое психотическое состояние, глубокое слабоумие и др.) представление обследуемому врача-психиатра теряет смысл, так как не может быть осознано обследуемым.

4. **Лица, за которыми установлено диспансерное наблюдение (см. ст. 26, 27), могут быть освидетельствованы без их согласия и согласия их законных представителей по заранее намеченному плану, в случае неявки к врачу в назначенный срок или по вызову.** О таком порядке их ставят в известность, когда им объявляется решение об установлении диспансерного наблюдения и разъясняется содержание последнего.

Статья 24. Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя

(1)) В случаях, предусмотренных пунктом «а» части четвертой и частью пятой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом

освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром самостоятельно.

(2) В случаях, предусмотренных пунктами «б» и «в» части четвертой статьи 23 настоящего Закона, решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя принимается врачом-психиатром с санкции судьи.

Комментарий к ст. 24

1. Врачу-психиатру учреждения, оказывающего скорую или амбулаторную психиатрическую помощь, предоставлено **право принятия решения о неотложном освидетельствовании** в случаях, когда ему сообщается информация о том, что лицо совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает его **непосредственную опасность для себя или окружающих** (п. «а» ч. 4 ст. 23).

2. Аналогичным образом принимается решение и об освидетельствовании лица, находящегося под диспансерным наблюдением в соответствии с ч. 1 ст. 27.

3. В ч. 2 речь идет о случаях недобровольного освидетельствования, которые по особенностям психического состояния лица и характеру нарушений поведения не относятся к неотложным. **Необходимость психиатрического вмешательства обусловлена здесь беспомощным состоянием лица**, которое в силу тяжелого психического расстройства не способно самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности (п. «б» ч. 4 ст. 23), а также **существенным вредом его здоровью, который может наступить вследствие прогрессирования психического расстройства, связанного с не оказанием психиатрической помощи** (п. «в» ч. 4 ст. 23). В обоих этих случаях в связи с отсутствием непосредственной опасности для самого лица или окружающих допустимо некоторое промедление с оказанием психиатрической помощи, достаточное для того, чтобы были получены дополнительные гарантии соблюдения прав и законных интересов личности. В качестве такой гарантии Закон устанавливает необходимость получения санкции судьи на проведение психиатрического освидетельствования в порядке, описанном в ст. 25.

Статья 25. Порядок подачи заявления и принятия решения о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя

(1) Решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, за исключением случаев, предусмотренных частью пятой статьи 23 настоящего Закона, принимается врачом-психиатром по заявлению, содержащему

сведения о наличии оснований для такого освидетельствования, перечисленных в части четвертой статьи 23 настоящего Закона.

(2) Заявление может быть подано родственниками лица, подлежащего психиатрическому освидетельствованию, врачом любой медицинской специальности, должностными лицами и иными гражданами.

(3) В неотложных случаях, когда по полученным сведениям лицо представляет непосредственную опасность для себя или окружающих, заявление может быть устным. Решение о психиатрическом освидетельствовании принимается врачом-психиатром немедленно и оформляется записью в медицинской документации.

(4) При отсутствии непосредственной опасности лица для себя или окружающих заявление о психиатрическом освидетельствовании должно быть письменным, содержать подробные сведения, обосновывающие необходимость такого освидетельствования и указание на отказ лица либо его законного представителя от обращения к врачу-психиатру. Врач-психиатр вправе запросить дополнительные сведения, необходимые для принятия решения. Установив, что в заявлении отсутствуют данные, свидетельствующие о наличии обстоятельств, предусмотренных пунктами «б» и «в» части четвертой статьи 23 настоящего Закона, врач-психиатр в письменном виде мотивированно отказывает в психиатрическом освидетельствовании.

(5) Установив обоснованность заявления о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя, врач-психиатр направляет в суд по месту жительства лица свое письменное мотивированное заключение о необходимости такого освидетельствования, а также заявление об освидетельствовании и другие имеющиеся материалы. Судья решает вопрос о даче санкции в трехдневный срок с момента получения всех материалов. Действия судьи могут быть обжалованы в суд в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

(в ред. Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ.)

Комментарий к ст. 25

1. Заявление о необходимости психиатрического освидетельствования лица без его согласия или согласия его законного представителя следует подавать врачу-психиатру учреждения, оказывающего амбулаторную или скорую психиатрическую помощь. В соответствии с ныне действующей структурой внебольничных психиатрических учреждений это может быть участковый психиатр, обслуживающий территорию, на которой проживает лицо, подлежащее освидетельствованию, в экстренных случаях – дежурный врач этого учреждения или врач учреждения, оказывающего скорую психиатрическую помощь, а также главный врач одного из указанных учреждений или его заместитель.

2. Независимо от формы заявления оно в обязательном порядке должно содержать **сведения о таких действиях и нарушениях поведения лица, которые указывают на наличие у него тяжелого психического расстройства**, обуславливающего проявления, соответствующие п. «а», «б» или «в» ч. 4 ст. 23.

3. **Закон не ограничивает круг лиц, которые могут обращаться с заявлением.** Ими могут быть в зависимости от конкретных обстоятельств (острота состояния, место пребывания свидетельствуемого, наличие близких родственников и т. п.) различные лица, имеющие отношение к свидетельствуемому. В целом можно сказать, что чем более экстренный (неотложный) характер носит освидетельствование, тем более широк круг этих лиц, вплоть до случайных встречных. Это связано с необходимостью обеспечить неотложной психиатрической помощью лиц с острыми, внезапно развившимися психическими расстройствами, которые не допускают соблюдения каких-либо формальностей.

4. Особо следует подчеркнуть, что в неотложных случаях, когда есть основания считать, что лицо страдает тяжелым психическим расстройством, обуславливающим его непосредственную опасность для себя или окружающих, достаточно устного заявления (сообщения по телефону). Однако содержание этого заявления, особенно сведения, которые оцениваются как основание для недобровольного освидетельствования, обязательно должно быть зафиксировано в медицинской документации, как и паспортные данные заявителя, а также его отношение к лицу, подлежащему освидетельствованию (сосед, работник ДЕЗ, член семьи, врач, сотрудник милиции и т. п.).

5. **Если заявление не содержит информации о непосредственной опасности лица для себя или для окружающих** и случай не расценивается как неотложный, **оно должно быть письменным.** В заявлении, которое может быть написано в свободной форме, должны содержаться фамилия, имя, отчество заявителя, его адрес (телефон) и отношение к лицу, подлежащему освидетельствованию, мотивы обращения к психиатру, фактические данные, которые указывали бы на: 1) наличие у лица тяжелого психического расстройства (психоза, острого и хронического, включая депрессивные состояния, слабоумия, повторяющихся состояний расстроенного сознания и т. п.); 2) поведение и высказывания, свидетельствующие о беспомощности или необходимости психиатрического вмешательства, во избежание существенного вреда его здоровью (п. «б» и «в» ч. 4 ст. 23); 3) отказ лица или его законного представителя от обращения к врачу-психиатру и невозможность добровольного освидетельствования.

6. В зависимости от конкретных обстоятельств психиатр, рассматривающий заявление, может **принять меры к получению допол-**

нительных сведений. Эти сведения должны быть направлены на подтверждение и уточнение данных, перечисленных в п. 5 комментария, поскольку они совершенно необходимы для принятия решения.

7. Удостоверившись в наличии **достаточно веских оснований** ожидать, что у лица, подлежащего освидетельствованию, имеет место одно из названных психических расстройств, врач-психиатр пишет заключение **о необходимости психиатрического освидетельствования без согласия лица и его законного представителя.** Данное заключение направляется в суд по месту жительства лица, подлежащего освидетельствованию. В препроводительном письме отмечается также, что само лицо, подлежащее освидетельствованию, или его законный представитель уклоняются или возражают против психиатрического освидетельствования. К заключению прилагаются заявление лица, обратившегося к психиатру, и другие имеющиеся материалы.

Получив заключение психиатра о необходимости психиатрического освидетельствования с приложенными к нему материалами, **судья в течение трех дней решает вопрос о даче санкции.**

Статья 26. Психиатрическая помощь, оказываемая в амбулаторных условиях

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

(1) В отношении лица, страдающего психическим расстройством, в амбулаторных условиях осуществляются профилактика, диагностика, лечение, медицинская реабилитация и диспансерное наблюдение в зависимости от медицинских показаний.

(часть 1 в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

(2) Психиатрическая помощь в амбулаторных условиях (за исключением диспансерного наблюдения) оказывается при добровольном обращении лица, страдающего психическим расстройством, в соответствии со статьей 4 настоящего Закона.

(часть 2 в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

(3) Диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя в случаях, предусмотренных частью первой статьи 27 настоящего Закона, и предполагает наблюдение за состоянием психического здоровья лица путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказание ему необходимой медицинской и социальной помощи.

Комментарий к ст. 26

1. **Амбулаторной психиатрической помощью** называется психиатрическая помощь, которая оказывается лицу, страдающему психическим расстройством, во внебольничных условиях, т. е. **без помещения лица в стационар.** Этим она отличается от стационарной помощи.

Амбулаторная психиатрическая помощь, как и психиатрическая помощь вообще, включает в себя обследование психического здоровья, диагностику психических расстройств, их лечение, психопрофилактическую и реабилитационную помощь, а также уход за лицами, страдающими психическими расстройствами.

2. Согласно формулировке ч. 1 настоящей статьи **вид амбулаторной психиатрической помощи определяется в зависимости от медицинских показаний**. К медицинским показаниям относятся наличие определенного психического расстройства, его характер, тяжесть, особенности течения и прогноза, влияние на поведение и социальную адаптацию данного лица, на его способность самостоятельно и разумно решать вопросы о психиатрической помощи, предлагаемой врачом-психиатром.

За лицами с тяжелыми расстройствами психики, имеющими неблагоприятное течение и прогноз, устанавливается диспансерное наблюдение, дающее право врачу-психиатру оказывать больному психиатрическую помощь независимо от согласия последнего (ч. 3 настоящей статьи и ст. 27 Закона).

3. Особым видом амбулаторной психиатрической помощи является **диспансерное наблюдение**, сущность которого раскрывается в ч. 3 настоящей статьи. В ее формулировке содержатся три основных момента.

Во-первых, диспансерное наблюдение может устанавливаться только в случаях, предусмотренных ч. 1 ст. 27 настоящего Закона.

Во-вторых, диспансерное наблюдение может устанавливаться независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, или его законного представителя.

В-третьих, **диспансерное наблюдение за состоянием здоровья лица осуществляется путем регулярных осмотров врачом-психиатром и оказания больному необходимой медицинской и социальной помощи**. Таким образом, при осуществлении наблюдения врач-психиатр должен проявлять активность в оказании помощи больному даже в тех случаях, когда со стороны самого больного такой инициативы не обнаруживается.

Установление диспансерного наблюдения дает врачу-психиатру право на основании ч. 5 ст. 23 настоящего Закона **проводить осмотры больного** (путем посещения на дому, в иных местах или приглашения на прием) с той частотой, которая требуется для оценки изменений в состоянии психического здоровья и полноценного оказания психиатрической помощи, независимо от согласия самого больного. **Вопрос о частоте осмотра лиц, в отношении которых осуществляется диспансерное наблюдение, решается сугубо индивидуально.**

Статья 27. Диспансерное наблюдение

(1) Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством

с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

(2) Решение вопросов о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначенной руководителем медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, или комиссией врачей-психиатров, назначенной органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.

(часть 2 в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

(3) Мотивированное решение комиссии врачей-психиатров оформляется записью в медицинской документации. Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в порядке, установленном разделом VI настоящего Закона.

(4) Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица. После прекращения диспансерного наблюдения психиатрическая помощь в амбулаторных условиях оказывается в соответствии с частью второй статьи 26 настоящего Закона. При изменении психического состояния лицо, страдающее психическим расстройством, может быть освидетельствовано без его согласия или без согласия его законного представителя по основаниям и в порядке, предусмотренным частью четвертой статьи 23, статьями 24 и 25 настоящего Закона. Диспансерное наблюдение может быть возобновлено в таких случаях по решению комиссии врачей-психиатров.

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

(5) Порядок диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, устанавливается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

(часть 5 введена Федеральным законом от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

Комментарий к ст. 27

1. **Основания для установления диспансерного наблюдения** раскрываются в ч. 1 настоящей статьи. Оно может устанавливаться за лицом, страдающим таким психическим расстройством, которое соответствует в совокупности трем критериям:

а) психическое расстройство должно быть хроническим или затяжным;

б) его болезненные проявления должны быть тяжелыми;
в) тяжелые болезненные проявления должны быть стойкими или часто обостряющимися.

2. **К категории хронических** относятся психические расстройства, которые в силу присущих им закономерностей развития болезненного процесса имеют **длительное течение** — от нескольких лет до нескольких десятков лет и даже на протяжении всей жизни индивида.

К затяжным относятся психические расстройства, существующие, как правило, не менее года, длительность течения которых определяется не их изначально хроническим характером, а особенностями проявления у данного лица при данных обстоятельствах.

3. **Понятие «тяжесть психического расстройства»** отражает в обобщенном виде степень выраженности болезненных проявлений и степень нарушения психической деятельности в целом, включая понимание и оценку происходящего, собственной личности, способность адекватно строить свое поведение. **К тяжелым** относятся такие психические расстройства, которые не только имеют достаточно выраженные проявления, но и значительно снижают понимание окружающего и собственной личности, искажают оценки реальных событий и своего состояния, нарушают поведение, препятствуют поддержанию адекватного контакта с действительностью, а также лишают больного способности принимать осознанные решения относительно предлагаемых медицинских мер.

4. **Тяжелые болезненные проявления следует считать стойкими**, если они существуют к моменту осмотра больного не менее года и (или) если прогностические признаки течения психического расстройства с высокой вероятностью свидетельствуют об их существовании в будущем на протяжении года и более.

Под частыми обострениями обычно понимают возникновение тяжелых болезненных проявлений ежегодно или более одного раза в год.

5. Таким образом, **только наличие всех трех квалифицирующих признаков (хронического или затяжного течения психического расстройства, тяжести болезненных проявлений и их стойкости или частоты обострений)** дает основание для установления за больным диспансерного наблюдения.

6. В соответствии с ч. 2 настоящей статьи **вопрос о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении решается не единолично врачом-психиатром, а комиссией врачей-психиатров**. Такая комиссия назначается приказом главного врача лечебно-профилактического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь.

7. **Правило оформления комиссионного решения** заключено в ч. 3 настоящей статьи. В записи решения должны быть изложены основ-

ные анамнестические сведения, отражено психическое состояние пациента, уровень его социальной адаптации, дана диагностическая оценка имеющегося или перенесенного психического расстройства и указаны основания, по которым принято решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения. Запись решения комиссии вносится в медицинскую документацию и удостоверяется подписями председателя и членов комиссии.

Диспансерное наблюдение считается установленным или прекращенным с момента принятия комиссионного решения.

8. В ч. 4 настоящей статьи определяются основания для прекращения диспансерного наблюдения. Под **выздоровлением** понимается исчезновение болезненных проявлений психического расстройства и восстановление психического здоровья.

При заболеваниях, имеющих приступообразное или периодическое течение, исчезновение болезненных проявлений по миновании приступа, фазы или обострения еще **не свидетельствует** о прекращении болезни, которая после так называемого «светлого промежутка», или ремиссии, может проявиться новым приступом, фазой или обострением. Встречаются случаи, когда вслед за несколькими частыми приступами наступают **длительные, полноценные ремиссии, которые длятся годами и даже десятилетиями**, а затем вновь прерываются приступами болезни.

При наступлении выздоровления лицо признается психически здоровым и не нуждающимся в психиатрической помощи.

Если у лица, за которым было установлено диспансерное наблюдение по основаниям ч. 1 настоящей статьи, исчезают не все болезненные проявления психического расстройства, а лишь тяжелые стойкие или часто обостряющиеся, то это свидетельствует о значительном улучшении психического состояния. **Значительное улучшение психического состояния может быть основанием для прекращения диспансерного наблюдения, если оно (улучшение) является стойким**, т. е. вероятность возврата тяжелых болезненных проявлений минимальна. Достоверность такого прогноза возрастает с увеличением продолжительности наблюдения. Практически же, если состояние значительного улучшения сохраняется на протяжении полутора-двух лет и не имеет признаков неблагоприятной динамики, оно может считаться стойким.

Если в результате психиатрического освидетельствования лица, в отношении которого диспансерное наблюдение было прекращено, обнаружатся **основания для возобновления диспансерного наблюдения** (соответственно ч. 1 настоящей статьи), оно возобновляется по решению комиссии врачей-психиатров в порядке, установленном ч. 2 и 3 настоящей статьи.

Статья 29. Основания для госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без его согласия либо без согласия одного из родителей или иного законного представителя до постановления судьи, если его психиатрическое обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает:

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

- а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или
- б) его беспомощность, т. е. неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или
- в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Комментарий к ст. 29

1. Статья содержит три критерия, которые действительны при следующем общем для всех критериев условии — если обследование и лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым. **Тяжесть психического расстройства** определяется наличием нарушений психотического уровня (психоз) или выраженного психического дефекта (врожденная умственная отсталость, приобретенное слабоумие, выраженные изменения личности).

2. Остановимся на применении каждого из указанных трех критериев.

А. Критерий непосредственной опасности для себя или окружающих. Применим к категориям лиц с тяжелыми психическими расстройствами. При этом по направленности опасности обычно выделяют лиц: 1) опасных одновременно для себя и окружающих, 2) опасных для окружающих, 3) опасных для себя. Необходимо отметить, что во всех случаях имеется в виду непосредственная опасность.

Б. Критерий беспомощности, т. е. неспособности самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, применим к лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами в виде психотических проявлений или глубоких личностных изменений, врожденного или приобретенного слабоумия, которые обуславливают отсутствие или утрату бытовых и социальных навыков: невозможность элементарного самообслуживания, обеспечения себя пищей, одеждой и пр. Такие больные расцениваются как представляющие

«пассивную опасность» для себя, т. е. причиняющие себе ущерб не путем активных действий — самоубийства или членовредительства, а в результате **пренебрежения заботой о своих интересах**. Вопрос о необходимости их госпитализации возникает нередко в связи с потерей или временным отсутствием ухаживающих за ними родных или опекунов (смерть, болезнь или вынужденный срочный отъезд). В этих случаях, оставаясь без надзора, они начинают бродяжничать, голодают, нередко оказываясь в ситуации, которая представляет угрозу для жизни.

В. Критерий причинения существенного вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи, применяется также к больным с тяжелыми психическими расстройствами. Речь идет о состояниях, характеризующихся определенной остротой (обострения, приступы заболевания), симптоматика при которых не обуславливает, однако, непосредственной опасности для себя и окружающих, хотя необходимость лечения таких больных в условиях стационара представляется очевидной.

3. Следует указать, что **Закон не выделяет ни один из приведенных в данной статье трех критериев в качестве главного; они в равной степени могут служить основанием для госпитализации в недобровольном порядке**. Неприменение критериев «б» и «в» в тех случаях, когда психическое состояние пациентов соответствует этим критериям, и **отказ вследствие этого от решения о госпитализации в недобровольном порядке — такое же нарушение закона**, как недобровольная госпитализация без указанных в Законе оснований, поскольку нарушаются гражданские права пациентов на получение медицинской помощи. **Это нарушение может быть обжаловано (согласно ст. 47 настоящего Закона) в судебном порядке, в вышестоящий орган или прокуратуру.**

4. Поскольку обоснованность госпитализации в дальнейшем рассматривается судьей, **заключение врача о недобровольной госпитализации должно носить доказательный характер**, т. е. помимо диагноза описание состояния должно содержать изложение конкретных фактов об имевших место действиях, высказываниях, особенностях поведения лица, страдающего психическим расстройством, на основании которых принято решение о необходимости недобровольной госпитализации. **Недобровольная госпитализация начинается с момента принятия врачом-психиатром решения о помещении пациента в больницу независимо от его желания, поскольку с этого момента могут быть в случае необходимости приняты меры принуждения, сдерживания, фиксации.** Доставленный таким образом в психиатрический стационар пациент вновь осматривается врачом-психиатром в приемном отделении, в том числе на предмет соответствия его психического состояния критериям недобровольной госпитализации.

**Статья 32. Психиатрическое освидетельствование лиц, госпитализированных в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке
(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)**

(1) Лицо, госпитализированное в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, подлежит обязательному психиатрическому освидетельствованию в течение 48 часов комиссией врачей-психиатров медицинской организации, которая принимает решение об обоснованности госпитализации. В случаях, когда госпитализация признается необоснованной и госпитализированный не выражает желания остаться в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, он подлежит немедленной выписке.

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

(2) Если госпитализация признается обоснованной, то заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в ней.

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

Комментарий к ст. 32

1. Обычно до помещения в стационар пациент осматривается врачами дважды. Первый раз – во время амбулаторного приема в диспансере либо на дому или в любом другом месте, куда вызывается скорая психиатрическая помощь. Второй раз – врачом приемного отделения, когда больной уже доставлен в больницу. Возможен, однако, и вариант неотложной госпитализации, когда больной осматривается до помещения в стационар одним врачом-психиатром, например, если пациент сам является в больницу, но оставаться в ней отказывается, или он был доставлен туда родственниками, сослуживцами, другими лицами, а врач приемного отделения, освидетельствовав больного, принимает решение о недобровольной госпитализации.

2. В ч. 1 настоящей статьи Закон предусматривает, кроме того, обязательное освидетельствование в течение 48 часов поступившего в стационар пациента комиссией врачей-психиатров медицинского учреждения, в которое он помещен. Комиссия принимает решение об обоснованности госпитализации. Согласно ч. 2 ст. 5 настоящего Закона по требованию пациента для участия в этой комиссии (как и в других комиссионных освидетельствованиях) может быть приглашен любой специалист (врач-психиатр, психолог), участвующий в оказании психиатрической помощи. Кроме того, если мнение любо-

го из врачей-психиатров не совпадает с мнением комиссии, он вправе дать свое заключение, которое приобщается к заключению комиссии. Все это обеспечивает объективность и независимый характер врачебного освидетельствования.

3. Комиссия врачей-психиатров выносит **мотивированное заключение об обоснованности госпитализации**. Заключение должно содержать описание психического состояния пациента, достаточно убедительное для суда, в который оно направляется. Судья при необходимости продлевает срок пребывания лица в психиатрическом стационаре до пяти дней для рассмотрения заявления о недобровольной госпитализации.

Статья 33. Обращение в суд по вопросу о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Вопрос о госпитализации лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке по основаниям, предусмотренным статьей 29 настоящего Закона, решается в суде по месту нахождения медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях.

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

(2) Заявление о госпитализации лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке подается в суд представителем медицинской организации, в которой находится лицо.

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

К заявлению, в котором должны быть указаны предусмотренные законом основания для госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке, прилагается мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях.

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

(3) Принимая заявление, судья одновременно дает санкцию на пребывание лица в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде.

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

Комментарий к ст. 33

1. Статья 33 в ч. 2 определяет территориальную подведомственность дел, связанных с дачей судьей санкции на недобровольное помещение лица в психиатрическое учреждение.

Вопрос о госпитализации лица в недобровольном порядке решается в суде по месту нахождения психиатрического учреждения. Это создает дополнительную гарантию прав лица, подвергнутого такой госпитализации. Судья вправе рассмотреть заявление непосредственно в помещении стационара и убедиться в правомерности вывода врачей-психиатров о необходимости такой госпитализации.

2. Комментируемая статья (в ч. 3) определяет действия судьи в случае получения упомянутого выше заявления о госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке. Судья обязан принять такое заявление, но он вправе исследовать все представленные документы и в случае отсутствия главного из них — заключения комиссии врачей-психиатров того стационара, где находится лицо, — отказать в санкции на недобровольную госпитализацию.

Закон обязывает одновременно с принятием заявления дать санкцию на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения дела в суде. Статья 34 данного Закона определяет предельный срок такого рассмотрения — пять дней с момента принятия.

Статья 34. Рассмотрение заявления о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Заявление о госпитализации лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке судья рассматривает в течение пяти дней с момента его принятия в помещении суда либо в указанной медицинской организации.

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

(2) Лицу должно быть предоставлено право лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его госпитализации. Если по сведениям, полученным от представителя медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в помещении суда, то заявление о госпитализации рассматривается судьей в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях.

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

(3) Участие в рассмотрении заявления прокурора, ходатайствующего о госпитализации представителя медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, и представителя лица, в отношении которого решается вопрос о госпитализации, обязательно.

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

Комментарий к ст. 34

1. В целях защиты прав лица, помещенного в недобровольном порядке в психиатрический стационар, Закон допускает рассмотрение заявления как в помещении суда, так и в помещении психиатрического учреждения.

2. Вместе с тем следует учитывать требование части второй комментируемой статьи о необходимости личного участия госпитализированного лица в судебном рассмотрении вопроса о его недобровольной госпитализации. В связи с этим Закон обязывает судью обеспечить рассмотрение дела в помещении психиатрического учреждения, если психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в помещении суда.

Статья 35. Постановление судьи по заявлению о госпитализации в недобровольном порядке

(1) Рассмотрев заявление по существу, судья удовлетворяет либо отклоняет его.

(2) Постановление судьи об удовлетворении заявления является основанием для госпитализации и дальнейшего содержания лица в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях.

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

(3) Постановление судьи в десятидневный срок со дня вынесения может быть обжаловано лицом, госпитализированным в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, его представителем, руководителем указанной медицинской организации, а также организацией, которой законом либо ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, или прокурором в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

(в ред. Федеральных законов от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ; от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

Комментарий к ст. 35

1. В ч. 1 данной статьи содержится правило, довольно жестко определяющее возможные варианты постановлений, принимаемых судьей по результатам рассмотрения заявления о госпитализации в недобровольном порядке. Рассмотрение заявления нельзя отложить, а в случае недостаточности доказательственной базы заявление подлежит отклонению.

Постановление судьи о приеме к производству заявления о госпитализации в недобровольном порядке и даче санкции на временное пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый

для рассмотрения заявления в суде, после его принятия направляется представителю психиатрического учреждения, подавшего заявление.

В судебное заседание вызываются прокурор, представитель психиатрического учреждения, представитель лица, о госпитализации которого заявлено ходатайство, а также представитель организации, которой предоставлено право защищать граждан, — по его просьбе. Администрация психиатрического учреждения обеспечивает явку лица, которое госпитализировано.

После вступления постановления в законную силу его копия направляется для исполнения руководителю психиатрического учреждения. При отказе в удовлетворении заявления постановление считается исполненным по поступлении сообщения о выписке лица, о котором вынесено постановление, из стационара.

2. Законом (ч. 3 комментируемой статьи) предусмотрена **возможность обжалования постановления, принятого судьей по заявлению о недобровольной госпитализации, всеми лицами, участвующими в рассмотрении заявления.** Речь идет о праве госпитализированного лица либо его представителя, а также руководителя психиатрического учреждения и других лиц, участвующих в рассмотрении дела, обжаловать постановление судьи в течение десяти дней. Правом принесения протеста на постановление обладает и прокурор.

Специфика рассмотрения такой категории дел, в свою очередь, обусловливает, в качестве исключения из общего правила, необходимость определить в Законе, что **подача жалобы или протеста не приостанавливает исполнения вынесенного судьей постановления об удовлетворении заявления психиатрического учреждения и не является поэтому основанием для прекращения пребывания в стационаре лица, госпитализированного в недобровольном порядке.**

Статья 36. Продление госпитализации в недобровольном порядке

(1) Пребывание лица в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке продолжается только в течение времени сохранения оснований, по которым была проведена госпитализация.

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

(2) Лицо, госпитализированное в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке, в течение первых шести месяцев не реже одного раза в месяц подлежит освидетельствованию комиссией врачей-психиатров указанной медицинской организации для решения вопроса о продлении госпитализации. При продлении госпитализации свыше шести месяцев освидетельствования комиссией врачей-психиатров проводятся не реже одного раза в шесть месяцев.

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

(3) По истечении шести месяцев с момента госпитализации лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления такой госпитализации направляется медицинской организацией, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, в суд по месту нахождения указанной медицинской организации. Судья в порядке, предусмотренном статьями 33–35 настоящего Закона, постановлением может продлить госпитализацию. В дальнейшем решение о продлении госпитализации лица, госпитализированного в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке, принимается судьей ежегодно.

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

Комментарий к ст. 36

1. В тех случаях, когда в связи с психическим состоянием пациента основания для недобровольной госпитализации остаются в течение длительного времени, необходимость дальнейшего пребывания пациента в стационаре в соответствии с ч. 2 настоящей статьи контролируется комиссией врачей-психиатров данного медицинского учреждения. **В течение шести месяцев с момента помещения в больницу не реже одного раза в месяц комиссия проводит освидетельствование пациента, о чем делается обоснованная запись в истории болезни.** Примененная в статье формулировка: «...не реже одного раза в месяц» означает, что такое освидетельствование может быть проведено и раньше месячного срока, если возникнут обстоятельства, в связи с которыми это станет необходимым (например, в спорных случаях по просьбе пациента или его представителя; в связи с улучшением психического состояния, когда врач самостоятельно не готов принять такое решение).

Если госпитализация длится **шесть месяцев и при этом сохраняются основания для ее продолжения в недобровольном порядке, комиссия врачей-психиатров проводит в дальнейшем освидетельствования не реже, чем через каждые шесть месяцев.** Это обусловлено тем, что в данном случае речь идет о затяжном или хроническом течении болезни, когда госпитализация может продолжаться свыше года, а нередко и значительно больше. На этом этапе комиссионные освидетельствования с интервалом в один месяц становятся излишне частыми, они могут проводиться, как это и предусмотрено Законом, с интервалом до полугода.

2. Поскольку лицо, страдавшее на момент помещения в стационар выраженным психическим расстройством, может оказаться в положении лишенного свободы, если его необоснованно — несмотря на улучшение психического состояния — продолжают задерживать в больнице, Закон предусматривает (ч. 3 настоящей статьи) судебный

контроль за длительностью содержания пациента в стационаре вопреки его воле. Первый раз по истечении шести месяцев и в дальнейшем ежегодно мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости продления недобровольной госпитализации направляется в суд по месту нахождения психиатрического учреждения.

Процедура вынесения судьей постановления о продлении недобровольной госпитализации аналогична той, которая применяется в начале помещения больного в стационар в недобровольном порядке (ст. 33–35 настоящего Закона). Судья рассматривает заявление представителя психиатрического учреждения, в котором находится больной, в течение пяти дней с момента его принятия в помещении суда или непосредственно в психиатрическом учреждении. Рассмотрение заявления производится в психиатрическом учреждении, если по полученным от него сведениям больной по своему состоянию не может участвовать в рассмотрении вопроса в помещении суда. Предусматривается обязательное участие в рассмотрении заявления помимо представителя больницы прокурора, а также представителя лица, в отношении которого решается вопрос о продлении госпитализации в недобровольном порядке.

Статья 5. Права лиц, страдающих психическими расстройствами

(1) Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации и федеральными законами. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации.

(в ред. Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ.)

(2) Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на:

уважительное и гуманное отношение, исключающее унижение человеческого достоинства;

получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения;

психиатрическую помощь в наименее ограничительных условиях, по возможности по месту жительства;

пребывание в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, только в течение срока, необходимого для оказания психиатрической помощи в таких условиях;

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

все виды лечения (в том числе санаторно-курортное) по медицинским показаниям;

оказание психиатрической помощи в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

предварительное согласие и отказ на любой стадии от использования в качестве объекта испытаний методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, лекарственных препаратов для медицинского применения, специализированных продуктов лечебного питания и медицинских изделий, научных исследований или обучения, от фото-, видео- или киносъемки;

(в ред. Федеральных законов от 2 июля 2013 г. № 185-ФЗ; от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

приглашение по их требованию любого специалиста, участвующего в оказании психиатрической помощи, с согласия последнего для работы во врачебной комиссии по вопросам, регулируемым настоящим Законом;

помощь адвоката, законного представителя или иного лица в порядке, установленном законом.

(3) Ограничение прав и свобод лиц, страдающих психическими расстройствами, только на основании психиатрического диагноза, фактов нахождения под диспансерным наблюдением или пребывания в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, а также в стационарном учреждении социального обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами, не допускается. Должностные лица, виновные в подобных нарушениях, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и субъектов Российской Федерации.

(в ред. Федеральных законов от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ; от 2 июля 2013 г. № 185-ФЗ; от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

Комментарий к ст. 5

1. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных федеральными законами. Это правило полностью согласуется с положениями Конституции РФ, которая в ч. 2 ст. 55 не допускает издания в России законов, отменяющих или умаляющих права и свободы человека и гражданина, но в ч. 3 той же статьи разрешает ограничение таких прав и свобод.

2. В федеральных законах России для ограничения прав и свобод граждан, связанных с психическим расстройством, используется несколько способов. Во-первых, такое ограничение прав и свобод гражданина может быть связано с признанием его недееспособности. Возможность признания гражданина, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, недееспособным предусмотрена в ГК РФ. **Право принимать такие решения предоставлено только суду, а порядок их принятия регулируется ГПК РФ.**

Вторым способом, используемым в российских законах для ограничения прав лиц с психическими расстройствами, является установление правоограничений с общей ссылкой на наличие у лица заболевания или расстройства психики как основание для этого с последующей конкретизацией в правовых актах Правительства РФ. Федеральный закон «Об оружии» от 13 декабря 1996 г. (СЗ РФ. 1996. № 51. Ст. 5681) устанавливает, что для получения лицензии на владение оружием граждане РФ обязаны представить в орган внутренних дел по месту жительства медицинское заключение об отсутствии противопоказаний к владению оружием, связанных, в том числе, и с психическим заболеванием. Лицам, не представившим такого заключения, лицензия не выдается. Правительству РФ поручается определить перечень заболеваний, при наличии которых противопоказано владение оружием (ст. 13).

Сходным образом установлены и ограничения выполнения отдельных видов профессиональной деятельности и деятельности, связанной с источником повышенной опасности, в связи с наличием у гражданина психического расстройства, что вытекает из ст. 6 настоящего Закона. Перечень медицинских психиатрических противопоказаний, в котором раскрывается, какие расстройства дают возможность применить подобные ограничения, утвержден Правительством РФ.

3. Право на информацию о психическом расстройстве и применяемых методах лечения также является одним из важнейших прав лиц с психическими расстройствами, позволяющих им самостоятельно или вместе с их родными принимать решения о своем лечении.

Часть 2 комментируемой статьи не устанавливает ограничений права на информацию для недобровольных пациентов, поэтому такая информация должна предоставляться всем лицам с психическими расстройствами, которым оказывается психиатрическая помощь, — как добровольно обратившимся, так и находящимся в психиатрическом стационаре в недобровольном порядке или на принудительном лечении по решению суда (ст. 13 Закона). В доступной форме и с учетом возраста, как требует Закон, соответствующая информация должна предоставляться и несовершеннолетним в возрасте до 15 лет.

Статья 37. Права пациентов, находящихся в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь в стационарных условиях (в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

(1) Пациенту должны быть разъяснены основания и цели госпитализации его в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, его права и установленные в указанной медицинской организации правила на языке, которым он владеет, о чем делается запись в медицинской документации.

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

(2) Все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, вправе:

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, и соблюдения прав, предоставленных настоящим Законом;

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, к адвокату, в государственное юридическое бюро (при наличии);

(в ред. Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 326-ФЗ.)

встречаться с адвокатом, работником или уполномоченным лицом государственного юридического бюро и со священнослужителем наедине;

(в ред. Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 326-ФЗ.)

исполнять религиозные обряды, соблюдать религиозные каноны, в том числе пост, иметь религиозные атрибутику и литературу, если это не нарушает внутренний распорядок медицинской организации;

(в ред. Федерального закона от 25 ноября 2013 г. № 317-ФЗ.)

выписывать газеты и журналы;

получать общее образование, в том числе по адаптированной образовательной программе;

(в ред. Федерального закона от 2 июля 2013 г. № 185-ФЗ.)

получать наравне с другими гражданами вознаграждение за труд в соответствии с его количеством и качеством, если пациент участвует в производительном труде.

(3) Пациенты имеют также следующие права, которые могут быть ограничены по рекомендации лечащего врача заведующим отделением или главным врачом в интересах здоровья или безопасности пациентов, а также в интересах здоровья или безопасности других лиц:

вести переписку без цензуры;

получать и отправлять посылки, бандероли и денежные переводы;

пользоваться телефоном;

принимать посетителей;

иметь и приобретать предметы первой необходимости, пользоваться собственной одеждой.

(4) Платные услуги (индивидуальная подписка на газеты и журналы, услуги связи и так далее) осуществляются за счет пациента, которому они предоставляются.

Комментарий к ст. 37

1. Основания и цели помещения пациента в психиатрический стационар, его права и установленные в стационаре правила разъясняются всем гражданам, госпитализируемым как в добровольном, так и в недобровольном порядке, о чем делается соответствующая запись в их медицинской карте (истории болезни). В случаях, если в момент госпитализации психическое состояние пациента исключает возможность адекватного восприятия предоставленной ему информации, то **в медицинской карте стационарного больного делается об этом соответствующая запись**. В подобных случаях необходимые разъяснения даются пациенту сразу же по мере наступления улучшения в психическом состоянии, о чем также делается запись в медицинской карте стационарного больного. Все разъяснения даются пациенту на том языке, которым он владеет.

2. Все права пациентов, указанные в Законе, являются равно приоритетными. Ограничения отдельных прав должны быть обусловлены особенностями болезненного состояния пациентов и допускаются исключительно в целях обеспечения защиты их жизни, здоровья или безопасности, а также в интересах защиты жизни, здоровья или безопасности других лиц, находящихся в психиатрическом стационаре.

3. При возникновении необходимости подобного ограничения личных прав пациентов данный вопрос решается заведующим отделением или главным врачом по представлению лечащего врача больного. **Решение об ограничении прав пациента заносится в медицинскую карту (историю болезни); это решение должно быть мотивированным, с указанием срока его действия.**

Контрольные вопросы

1. Какие виды психиатрической помощи гарантирует государство?
2. На каких принципах основывается оказание психиатрической помощи в РФ?
3. Что такое согласие на лечение и как оно оформляется?
4. Что такое амбулаторная психиатрическая помощь? Какие виды этой помощи вы знаете?
5. С какой целью устанавливается диспансерное наблюдение?
6. Порядок установления диспансерного наблюдения за лицом, страдающим психическим расстройством.
7. Какими правами обладают психически больные люди, и чем эти права гарантируются?
8. Какими правами обладают пациенты психиатрических стационаров?
9. Каким образом можно психически больного человека ограничить в правах?

10. В каких случаях возможно недобровольное психиатрическое освидетельствование?

11. Каков порядок проведения недобровольного психиатрического освидетельствования?

12. Действия врача-психиатра при недобровольном освидетельствовании гражданина.

13. На каких основаниях гражданина можно поместить в психиатрический стационар в недобровольном порядке?

14. Порядок действия медицинских работников при недобровольном помещении в психиатрический стационар.

15. Каким образом можно обжаловать неправомерные действия медицинских работников при недобровольной госпитализации?

2. ОРГАНИЗАЦИЯ, ПОРЯДОК НАЗНАЧЕНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ

2.1. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Судебно-психиатрическая экспертиза относится к категории **судебных экспертиз**, назначаемых и проводимых лишь в рамках производства по уголовному или гражданскому делу по правилам, установленным УПК и ГПК РФ. Ее проведение регламентируется Федеральным законом от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» и инструкцией «Об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений», утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 мая 2005 г. № 370.

В основе правового положения экспертов лежит их **независимость от сторон в судебном процессе**. Эта независимость обеспечивается тем, что судебно-психиатрические учреждения находятся в государственной или муниципальной системе здравоохранения, и поэтому судебно-психиатрическая экспертиза (СПЭ) производится врачами-психиатрами, работающими в учреждениях Министерства здравоохранения России. Однако предусматривается возможность включения в состав экспертных комиссий дополнительных специалистов-психиатров с их согласия (по ходатайству гражданина или его представителя перед органом, назначившим СПЭ).

Целью судебно-психиатрической экспертизы является определение психического состояния испытуемого в момент (период) совершения тех или иных деяний.

Основной задачей СПЭ является **выдача заключения экспертной комиссии с рекомендациями:**

а) о вменяемости или невменяемости обвиняемых, подозреваемых, подсудимых, в отношении которых у органов дознания, следствия и суда возникло подозрение в состоянии их психического здоровья;

б) о необходимости применения медицинских мер в отношении лиц, признанных невменяемыми в момент совершения правонарушения или заболевших психической болезнью после совершения преступления;

в) о способности свидетелей, потерпевших, других лиц (направленных судебно-следственными органами на СПЭ) правильно воспринимать, запоминать и воспроизводить обстоятельства, имеющие значение для уголовного (гражданского) дела, в случаях, когда у органов следствия, прокуратуры и суда возникают сомнения в их психической полноценности;

г) о психическом состоянии истцов, ответчиков, а также лиц, в отношении которых решается вопрос о дееспособности.

Следует особо подчеркнуть, что окончательный вывод о вменяемости и дееспособности лица, обследованного судебными психиатрами, делает только суд, и только суд может назначить принудительные меры медицинского характера.

Необходимо указать, что в соответствии с законодательством и практикой СПЭ не имеет инстанций. Это означает, что все экспертные комиссии и судебные психиатры, как и психиатры, привлеченные к проведению судебно-психиатрической экспертизы, пользуются равными юридическими правами, т. е. заключения, вынесенные различными экспертными комиссиями (начиная от ГНЦ им. В.П. Сербского до амбулаторной СПЭ психоневрологического диспансера), являются для суда «равноправными». Кроме того, повторно проводимая экспертиза любыми экспертами-психиатрами не отменяет заключение судебно-психиатрической экспертной комиссии, проводимой до этого, а является для суда равнозначной и также одним из видов доказательств. Суд может согласиться с экспертизой любого учреждения или экспертной комиссии, если она покажется ему достаточно обоснованной, и может назначить новую экспертизу в случае, если ее обоснование будет неубедительным, но при этом его несогласие должно быть мотивированным (ст. 283 УПК РФ).

В соответствии с уголовно-процессуальным и гражданским процессуальным законодательством СПЭ производится по постановлению следователя, органа дознания, по определению суда и определению (постановлению), вынесенному единолично по делу частного обвинения или в порядке досудебной подготовки гражданского дела. Ходатайствовать о назначении экспертизы по уголовным делам могут обвиняемый, потерпевший, их законные представители, защитник с момента участия в деле, обвинитель в судебном заседании. В гражданском процессе имеют право ходатайствовать о назначении экспертизы истцы, ответчики, их представители. При возбуждении дела о признании гражданина недееспособным СПЭ является обязательной, независимо от заявленных ходатайств.

Федеральный закон от 29 февраля 2012 г. № 14-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях усиления ответственности за преступления сексуального характера, совершенные в отношении несовершеннолетних», внес изменения в три действующих российских кодекса – Уголовный, Уголовно-процессуальный и Уголовно-исполнительный. В этой связи ст. 196 УПК («Обязательное назначение судебной экспертизы») дополнена пунктом 3¹, содержащим новое законодательное положение:

«Назначение и производство судебной экспертизы обязательно, если необходимо установить:

...3¹) психическое состояние подозреваемого, обвиняемого в совершении в возрасте старше восемнадцати лет преступления против половой неприкосновенности несовершеннолетнего, не достигшего возраста четырнадцати лет, для решения вопроса о наличии или об отсутствии у него расстройства сексуального предпочтения (педофилии)».

Существуют **критерии, которые дают основания сомневаться в психическом здоровье лица**, оказавшегося в сфере следственно-судебного разбирательства или в местах лишения свободы. Правильное применение этих критериев обеспечивает своевременное назначение экспертизы. Среди этих критериев одни достаточно легко формализуемы, другие требуют большого опыта, знаний, интуиции.

1. Характер совершенного преступления. Данные о странности поведения в момент совершения деяния, об особой жестокости, демонстративности и безмотивности преступления – показания к назначению экспертизы. Экспертиза может установить связь этих данных с болезненным расстройством психики и дать рекомендации признать лицо невменяемым. Если эти особенности поведения и правонарушения относятся к вменяемому, то они как не болезненные, а личностные особенности преступника получают соответствующую оценку суда.

2. Не только странное, нелепое поведение в следственном изоляторе, в зале судебного заседания или местах лишения свободы, но и определенные жалобы и высказывания могут быть поводом для направления на экспертизу. Жалобы на путаницу мыслей, на неспособность сосредоточиться и понять смысл происходящего, на «голоса» и «воздействие со стороны», на страхи и чувство враждебного, угрожающего отношения окружающих, что находит отражение в неправильном поведении, должны стать показанием к направлению на экспертизу. Во время допросов подследственных или бесед с осужденными могут выявиться и другие признаки психической несостоятельности: неспособность правильно осмысливать вопросы, отвечать по их существу, непоследовательность рассуждений, пассивность, безучастное отношение к совершенному деянию и привлечению к уголовной от-

ответственности или, напротив, аффективные (эмоциональные) реакции, явно выходящие за рамки адекватных в данной ситуации.

3. Достаточно **формальным основанием** для сомнения в психической полноценности лица, вовлеченного в следственно-судебную ситуацию, являются сведения о его лечении в прошлом в психиатрических больницах или о том, что он находится под диспансерным наблюдением.

Такое же значение имеют данные трудовой и военно-психиатрической экспертизы об инвалидности и негодности к военной службе по состоянию психического здоровья.

4. Сведения о высокой частоте психических заболеваний среди родственников, об обучении во вспомогательной школе, о явных странностях поведения, о попытках самоубийства также должны приниматься во внимание, но они должны быть объективизированы (справки из психиатрических учреждений, характеристики и т. д.), чтобы стать реальным поводом к назначению экспертизы.

Имеют значения сведения о перенесенных в прошлом заболеваниях головного мозга (энцефалит, менингит и т. д.), травмах черепа, если они сопровождались психическими нарушениями, вызывали ухудшение успеваемости в учебе или снижение трудоспособности.

Могут приниматься во внимание заявления соответствующих общественных организаций, характеристики и отзывы учреждений с указаниями на психическую неполноценность данного лица.

Свидетели по делу также могут высказывать по собственной инициативе сомнения в психической полноценности обвиняемого. В этом случае их показания обязательно уточняют, конкретизируют и стараются получить подробные сведения о психическом состоянии обвиняемого у его родственников и других свидетелей.

Предварительная, до назначения экспертизы, объективизация всех этих данных чрезвычайно важна, так как она может предупредить необоснованное назначение экспертизы или, наоборот, будет содействовать своевременному проведению экспертизы и правильному экспертному решению. Необходимо учитывать, что как в уголовном, так и в еще большей степени в гражданском процессе данные о наследственной отягощенности, о тех или иных странностях в поведении и понимаемых в бытовом смысле признаках психических расстройств могут умышленно и неумышленно искажаться и извращаться. Симуляция и диссимуляция не только своего настоящего психического состояния, но и анамнеза (истории жизни и заболевания) — нередкое явление в судебно-психиатрической практике. Родственники и другие лица, заинтересованные в исходе уголовного или гражданского дела, также могут давать предвзятые оценочные квалификации «психической ненормальности» психически здоровых лиц или, наоборот, говорить

о психической норме у душевнобольных. Прямо противоположные показания о психическом здоровье лица, подвергающегося судебно-психиатрическому освидетельствованию в гражданском процессе, довольно часто дают свидетели, заинтересованные в установлении дееспособности или недееспособности этого лица. В связи с этим только после всесторонней объективизации все сведения могут стать достаточными аргументами для назначения экспертизы.

Следователь, судья, изучая личность обвиняемого, обычно могут получить достаточный материал о формировании его личности, социальном поведении, круге интересов, ценностных ориентациях. Странное, неадекватное поведение в семье, быту, на производстве, отмеченное задолго до привлечения к уголовной ответственности или судебного определения дееспособности — недееспособности, должно быть поводом для направления на экспертизу. То же относится и к необычности или безмотивности правонарушения или действия (завещание или сделка и т. д.), ставшего предметом разбирательства в гражданском процессе.

Некоторые неболезненные по своей природе антисоциальные формы поведения могут производить впечатление странных, причудливых, лишенных понятных мотивов, что вызывает сомнение в психической полноценности обвиняемого. То же относится и к особой жестокости, проявляемой иногда преступниками при совершении преступлений. Эти признаки сами по себе не могут служить доказательством психического расстройства, они должны учитываться лишь в совокупности с другими данными об особенностях личности и поведения обвиняемого.

Наряду с теми данными, которые добываются в ходе предварительного следствия или судебного разбирательства на основании свидетельских показаний, медицинских документов, бытовых и производственных характеристик, а также самого деяния, приведшего к уголовному или гражданскому процессу, следователь, прокурор, адвокат, судья, а также администрация мест лишения свободы могут на основе своих знаний о проявлениях психических заболеваний высказать в соответствующих случаях предположение о психическом расстройстве и поставить вопрос о судебно-психиатрическом освидетельствовании.

Своевременность выявления и направления на экспертизу лиц, вызывающих сомнения в психической полноценности, свидетельствует о судебно-психиатрической грамотности юристов, является залогом правосудия и имеет существенное значение для профилактики повторных общественно опасных действий психических больных.

Признаки болезненного расстройства психики обвиняемого могут внезапно выявиться на любом этапе уголовного процесса, что и определяет время направления на экспертизу. Если перечисленные факты, вызы-

вающие сомнения в психическом здоровье обвиняемого, становятся известны в процессе следствия, а поведение обвиняемого не требует его неотложного помещения в психиатрическое учреждение, то следует оформлять направление на СПЭ после того, как собрано достаточно материалов, характеризующих психическое состояние обследуемого вообще и в период совершения преступления в частности.

Различные обстоятельства, вызывающие сомнения в психическом здоровье обвиняемого, далеко не всегда достаточны для вывода об имеющейся у него психической болезни и для установления невменяемости. Они лишь служат показанием к СПЭ. На основании этих фактических данных следователь готовит постановление о направлении на экспертизу (суд в соответствующих случаях выносит определение о проведении СПЭ).

В постановлении необходимо указать: кому поручается экспертиза (психиатрическому учреждению, судебно-психиатрической экспертной комиссии или отдельным экспертам-психиатрам); какими мотивами руководствовался следователь (судья) при ее назначении; конкретные вопросы, на которые необходимо дать ответ. Практический опыт говорит, что именно постановка целенаправленных вопросов вызывает большие затруднения у следственных работников.

Предлагаются формулировки наиболее часто встречающихся в современной следственной практике вопросов, которые ставятся перед экспертами-психиатрами при экспертизе **обвиняемого**. Представленные вопросы изложены в подготовленном сотрудниками Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского практическом пособии «Подготовка следователем материалов для судебно-психиатрической экспертизы»¹.

Однородная судебно-психиатрическая экспертиза

Возможные вопросы в отношении обвиняемого:

1. Страдал ли обвиняемый во время совершения инкриминируемого ему деяния (деяний) психическим расстройством, которое делало обвиняемого неспособным в тот период осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими? (ч. 1 ст. 21 УК РФ).

2. Страдал ли обвиняемый во время совершения инкриминируемого ему деяния (деяний) психическим расстройством, которое делало обвиняемого неспособным в тот период в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими? (ч. 1 ст. 22 УК РФ).

¹ http://serbsky.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=118&Itemid=89 (дата обращения – 02.11 2013).

3. Не страдает ли обвиняемый психическим расстройством, которое делает его неспособным ко времени производства по уголовному делу понимать характер и значение уголовного судопроизводства и своего процессуального положения либо к самостоятельному совершению действий, направленных на реализацию процессуальных прав и обязанностей?

4. Не страдает ли обвиняемый психическим расстройством, которое делает его неспособным ко времени производства по уголовному делу осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими? Когда началось это психическое расстройство и не заболел ли обвиняемый после совершения им преступления в состоянии вменяемости (ч. 1 ст. 81 УК РФ)? Не вышел ли обвиняемый из указанного болезненного состояния, и если да, то в какое время?

5. Связано ли психическое расстройство обвиняемого с возможностью причинения им существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц?

6. Нуждается ли обвиняемый в применении к нему принудительных мер медицинского характера, и если да, то в каких именно (ч. 2 ст. 21, ч. 2 ст. 22, ч. 1 ст. 81, ч. 1 и 2 ст. 97 и ст. 99 УК РФ)?

7. Если обвиняемый страдает психическим расстройством, при котором сохраняется способность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) и руководить ими, то не относится ли данное психическое расстройство к категории психических недостатков, препятствующих самостоятельному осуществлению права на защиту?

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза

Возможные вопросы в отношении обвиняемого:

1. Находился ли обвиняемый в момент совершения инкриминируемого ему деяния в состоянии аффекта?

2. Каковы индивидуально-психологические особенности обвиняемого? Оказали ли они существенное влияние на его поведение во время совершения инкриминируемого ему деяния?

3. Находилась ли обвиняемая во время совершения инкриминируемого ей деяния в состоянии повышенной эмоциональной напряженности, вызванной психотравмирующей ситуацией?

4. Имеется ли у несовершеннолетнего отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством? При наличии у несовершеннолетнего отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством, можно ли заключить, что во время совершения общественно опасного деяния он не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими?

Комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза

Возможные вопросы в отношении обвиняемого:

1. Имеются ли у обвиняемого признаки каких-либо аномалий сексуальности (в том числе расстройств сексуального влечения), которые оказали влияние на его поведение в (такой-то) ситуации? Если таковые имеются, то в какой степени их влияние на поведение было выражено, носят ли они болезненный, патологический характер, и лишали ли они обвиняемого возможности осознавать фактический характер и значение своих действий либо руководить ими во время совершения инкриминируемого ему деяния?

2. Нуждается ли обвиняемый в применении к нему принудительных мер медицинского характера с учетом возможной патологии сексуальной сферы и связанной с данными расстройствами его общественной опасностью?

3. Имеются ли у обвиняемого какие-либо болезненные расстройства сексуальной (или психической) сферы, препятствующие совершению им полового акта?

Кроме уголовного процесса судебно-психиатрическая экспертиза (в том числе комплексная) проводится в отношении лиц, участвующих в различных **гражданских спорах в рамках Гражданского и Семейного права**¹:

1. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, в отношении которых решается вопрос о признании их недееспособными и восстановлении дееспособности лицу, ранее ее лишенному.

Предметом данного вида экспертного исследования является оценка психического состояния лица, его способности понимать значение своих действий и руководить ими с учетом дальнейшего прогноза.

2. Судебно-психиатрическая экспертиза лиц, совершивших имущественные сделки (составление завещания, договора купли-продажи, договора дарения, договора пожизненного содержания, доверенности) в случаях оспаривания их в судебном порядке.

Предметом данного вида экспертиз является определение психического состояния лица в юридически значимый период совершения сделки и его способности понимать значение своих действий и руководить ими. Данный вид экспертизы может быть осуществлен как в отношении живых лиц, так и при проведении посмертных экспертиз.

3. Судебно-психиатрическая экспертиза в рамках Семейного кодекса РФ:

а) о признании брака недействительным.

Предметом данного вида экспертиз является определение психического состояния лица в юридически значимый период регистрации

¹ http://serbsky.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=118&Itemid=89 (дата обращения – 02.11.2013).

брака и его способности понимать значение своих действий и руководить ими;

б) об ограничении родительских прав, связанных с защитой интересов детей в случаях ненадлежащего исполнения их прав в семье, жестокого обращения с детьми.

Предметом данного вида экспертиз является определение психического состояния, обуславливающего опасность в случае оставления ребенка с одним из родителей, с учетом оценки тяжести, степени выраженности и динамики психического расстройства;

в) об определении места жительства ребенка, характере участия в его воспитании каждого из родителей при их раздельном проживании.

Предметом данного вида экспертного исследования является оценка уровня и специфики возрастного развития и психического состояния ребенка в зависимости от условий семейного воспитания, а также влияние на психическое состояние и развитие ребенка особенностей поведения и отношение каждого из родителей с учетом их стиля воспитания и психического состояния.

4. Гражданские дела о возмещении морального и материального вреда.

Предметом данного вида экспертного исследования является оценка изменений психической деятельности потерпевшего с учетом их степени, стойкости, длительности и установлением причинно-следственной связи между действиями причинителя вреда и возникшими изменениями психики.

Все виды экспертиз проводятся только на основании определения суда.

Иногда необходима постановка и иных (помимо указанных) вопросов перед экспертами: степень обоснованности заключений предыдущих экспертиз или диагнозов лечебных учреждений; определение времени начала заболевания, клинического течения или его прогноза; возможности медико-социальной реабилитации и т. д.

Судебно-психиатрическим экспертом может быть только лицо, имеющее звание врача и прошедшее специализацию по психиатрии. Кроме того, эксперт должен быть объективен, не иметь личной заинтересованности в результатах экспертизы. Обладая специальными познаниями и практическим опытом в области психиатрии, эксперт призван помочь следствию и суду выяснить те фактические обстоятельства по делу, которые не могут быть установлены без экспертизы (ст. 196 УПК РФ). Знакомясь с доказательствами по делу, эксперт своими разъяснениями и выводами помогает следствию и суду установить, имеет ли он дело с психическим больным или психически здоровым человеком, каков характер психического заболевания, если оно имеется.

Эксперт несет **уголовную ответственность** за дачу заведомо ложного заключения в соответствии со ст. 307 УК РФ и за разглашение

данных предварительного расследования в соответствии со ст. 310 УК РФ.

Проведение судебно-психиатрических экспертиз, как правило, поручается **постоянным судебно-психиатрическим комиссиям (СПЭК), которые работают на базе психоневрологических диспансеров или психиатрических больниц.** Состав этих комиссий утверждается приказом краевого, областного или городского отдела здравоохранения края, области или города, где они создаются. Кроме того, следователь и суд могут сами определить персональный состав экспертной комиссии или поручить Министерству здравоохранения субъекта Федерации образовать такую комиссию. Следователь или суд могут поручить проведение СПЭ любым врачам, имеющим специализацию по психиатрии. Наиболее сложные, в том числе повторные, экспертизы обычно поручают проводить Государственному научному центру социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (г. Москва) – ведущему судебно-психиатрическому учреждению России.

Судебно-психиатрическая экспертиза проводится комиссионно в составе не менее трех психиатров: докладчика, члена и председателя комиссии. В сложных и наиболее ответственных случаях комиссия обычно состоит из большего числа членов. Орган, ведущий производство по делу, может включить в состав экспертной комиссии других психиатров и врачей других специальностей (наркологов, сексопатологов, судебных медиков и т. д.). В данном случае говорят о комплексных судебно-психиатрических экспертизах.

На предварительном следствии обвиняемый вправе заявлять отвод экспертам и просить следователя о назначении экспертов из числа названных им лиц (ст. 198 УПК РФ). В судебном разбирательстве правом заявлять подобные ходатайства обладают и другие участники процесса (потерпевший, истец, ответчик, прокурор и др.). Однако окончательное решение о выборе экспертов принимает орган, в производстве которого находится дело.

Согласно процессуальному законодательству эксперт имеет право с разрешения следователя и суда знакомиться с данными уголовного дела, необходимыми для экспертного заключения. Органы, назначающие экспертизу, обязаны предоставить эксперту необходимые материалы. Эксперты-психиатры проводят исследование только тех материалов, которые были предоставлены направляющим на экспертизу органом. Эксперты не вправе самостоятельно собирать материалы, подлежащие экспертному исследованию. Они не могут, например, запросить медицинскую документацию из психиатрических учреждений, в которых находился испытуемый, запросить его служебную характеристику. При необходимости дополнить материалы, имеющиеся в их распоряжении, эксперты имеют право заявлять ходатайство перед

органом, назначившим экспертизу, о предоставлении всех материалов, требуемых для дачи заключения (ст. 57, 199 УПК РФ).

Предоставляемые в распоряжение экспертов-психиатров следствием и судом сведения являются фактическими данными, которые рассматриваются как объективный анамнез свидетельствуемого в противоположность субъективному анамнезу, сообщаемому им на экспертизе. Эти данные включают медицинскую документацию (подробные выписки из истории болезни, их копии или подлинники), протоколы свидетельских показаний, характеристики с места работы и жительства, иногда письменную продукцию обследуемого (его дневники, письма, сочинения и т. д.).

При анализе указанных материалов следует иметь в виду, что особые трудности для экспертизы представляет оценка психического состояния больных на начальных стадиях заболевания, при медленно текущих «вялых» формах психических расстройств, в период полных ремиссий, а также при психопатических проявлениях. Очевидцы общественно опасного деяния и те, кто знал обследуемого по работе или в быту, нередко не замечают таких болезненных симптомов или не придают им серьезного значения, объясняют их особенностями характера, отрицательным влиянием микросоциальной среды или иными «психологическими» причинами.

При медленном течении душевной болезни у больных может длительно сохраняться относительная социальная адаптация. Окружающие нередко считают их людьми со странностями, оригиналами, но в характеристиках нет никаких данных, которые вызывали бы подозрение о наличии психического заболевания. По собственной инициативе свидетели могут не сообщать о необычных поступках данного лица, если их об этом не будут спрашивать.

Эксперты-психиатры должны своевременно обращать внимание на материалы дела, характеризующие личность обследуемого. В случае необходимости они могут ходатайствовать о предоставлении дополнительных сведений. Их можно получить прежде всего путем допроса свидетелей о психическом состоянии и поведении данного лица до правонарушения, в момент его совершения и в дальнейшем. Эксперт-психиатр может в консультативном порядке сообщить следователю, какие стороны психического состояния подэкспертного следует выяснить и у кого из родственников, сослуживцев и т. д. Иногда экспертам приходится формулировать вопросы, которые следователь должен задать свидетелю для уточнения состояния обвиняемого.

Хотя материалы дела являются основными документами, которые используют эксперты, изучая жизнь и поведение обследуемого, иногда они содержат различные и даже противоположные характеристики и свидетельские показания. Понятно, что эксперт не может односто-

ронне использовать содержащиеся в уголовном деле противоречивые данные, иначе суд может определить проведение повторной экспертизы. Отметив различные стороны поведения подэкспертного, в дальнейшем в мотивировочной части акта следует дать разъяснение этим противоречиям, указав, например, что заключению о невменяемости при диагнозе «шизофрения» не противоречат данные о том, что обследуемый вел себя внешне упорядоченно, имел положительные производственные характеристики.

Согласно ст. 57 УПК РФ эксперт несет ответственность за отказ или уклонение от дачи заключения в судебном заседании либо при производстве предварительного следствия или дознания. В тех случаях, когда экспертом для решения поставленных перед ним вопросов необходимы дополнительные материалы дела (опрос свидетелей, характеристики, медицинские документы и т. д.) или специальные обследования и консультации узких специалистов (например, нейрохирургов, сексопатологов), без которых невозможно дать экспертное заключение, экспертная комиссия может использовать эти обстоятельства как объективную причину временного, до получения этих данных, отказа от дачи заключения. В таких случаях следственно-судебные органы обязаны обеспечить экспертов всеми необходимыми данными и консультациями, на которые те указывают, мотивируя свой отказ от дачи заключения.

Если поставленные перед экспертом вопросы выходят за пределы его специальных познаний, он в письменной форме сообщает органу, назначившему экспертизу, о невозможности дать заключение, подробно объяснив мотивы отказа.

Эксперты вправе в пределах своей компетенции указать в заключении на обстоятельства, по поводу которых вопросы не были поставлены, при условии, что эти обстоятельства имеют значение для правильного разрешения дела (ст. 57, 204 УПК РФ). Эксперты, не согласные с другими членами комиссии, составляют отдельное заключение (ст. 200 УПК РФ).

В ряде случаев для получения дополнительных данных необходим опрос родственников подэкспертного самим психиатром-экспертом.

Профессиональный врачебный опрос может выявить ряд существенных для правильной диагностики обстоятельств. На такую беседу врач должен получить официальное разрешение следственно-судебных органов, и родственники к экспертам вызываются в таких случаях через эти органы. Родственников подэкспертного всегда интересуют те или иные обстоятельства, связанные с возбужденным уголовным делом против их близкого; однако эксперт не имеет права разглашать данные предварительного следствия или дознания без разрешения следователя или лица, производящего дознание, о чем его предупреждает ст. 310 УК РФ.

2.2. ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ

Выделяют следующие формы проведения судебно-психиатрической экспертизы:

- амбулаторная;
- стационарная;
- экспертиза в судебном заседании;
- заочная (в том числе и посмертная).

Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза. Экспертиза этого вида состоит в однократном, реже повторном, освидетельствовании лица комиссией психиатров. Основное преимущество амбулаторной СПЭ — ее краткосрочность и оперативность, а недостаток — ограниченные возможности обследования и наблюдения. В случаях затруднений в распознавании болезни и определении ее тяжести, необходимости дифференциальной диагностики при первичном установлении диагноза хронического психического заболевания необходимо стационарное обследование. Это обстоятельство не должно приводить к недооценке амбулаторной экспертизы, так как во многих случаях она способна дать ответ на все вопросы следственных органов и суда. Возможности амбулаторной экспертной комиссии в решении поставленных перед ней вопросов во многом предопределяются правильной подготовкой следственно-судебными органами всех нужных экспертам медицинских и следственных материалов.

Во время амбулаторного освидетельствования врач-докладчик изучает материалы дела, обследует подэкспертного, составляет историю болезни. Члены комиссии также знакомятся с делом и после доклада им истории болезни беседуют с подэкспертным. Затем выносится заключение и оформляется акт экспертизы амбулаторной комиссии. В некоторых случаях бывает необходимость провести повторную (обычно через несколько дней) беседу с подэкспертным, и тогда при оформлении акта указывают даты освидетельствования, отмечается динамика психического состояния и дается единое заключение. Если экспертная комиссия не может дать ответы на поставленные вопросы, то она выносит заключение о необходимости стационарной экспертизы.

Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза обычно без особых затруднений выносит окончательное решение при освидетельствовании психически здоровых лиц, совершивших правонарушение в состоянии простого алкогольного опьянения, в случаях кратковременных расстройств психической деятельности в момент совершения преступления. Решающим обстоятельством в этих случаях являются материалы уголовного дела, если они содержат достаточно данных,

характеризующих психическое состояние лица в момент инкриминируемого деяния. Также амбулаторная экспертиза может вынести окончательное решение при хронических психических заболеваниях, подтверждаемых медицинскими документами.

Амбулаторной экспертизе рекомендовано подвергать лиц, нуждающихся в определении дееспособности, а также большинство свидетелей и потерпевших. Потерпевшим по делам об изнасиловании, особенно несовершеннолетним, следует стремиться проводить только амбулаторную экспертизу. Пребывание таких лиц в стационаре нецелесообразно по деонтологическим соображениям.

Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза.

Проведение подобной экспертизы регламентируется Инструкцией «Об организации производства судебно-психиатрических экспертиз в отделениях судебно-психиатрической экспертизы государственных психиатрических учреждений», утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 мая 2005 г. № 370.

Поводом для ее назначения служат данные анамнеза и настоящего положения подэкспертного, которые позволяют предположить начальные этапы или стертые формы развивающегося психического заболевания или динамику психопатических состояний. Лица, обнаружившие при амбулаторной экспертизе признаки психоза, но ранее не получавшие психиатрической помощи, как правило, нуждаются в стационарном обследовании. Стационарная экспертиза необходима также при трудностях дифференциальной диагностики и определении тяжести психических изменений, в том числе и при определении снижения интеллекта, для уточнения характера и частоты пароксизмальных состояний. Необходимость длительного клинического наблюдения и лабораторных исследований (спинно-мозговая пункция, электроэнцефалография, компьютерная томография и т. п.) является прямым показанием для назначения стационарной экспертизы.

Для проведения стационарной экспертизы в психиатрических больницах Министерства здравоохранения создаются судебно-психиатрические отделения или выделяются специальные палаты в общих отделениях. Судебно-психиатрическое отделение организуется для лиц, не содержащихся под стражей, и реже – охраняемые силами и средствами органов МВД для лиц, содержащихся под стражей. В них помещают только обвиняемых и осужденных. Гражданские истцы и ответчики, а также потерпевшие и свидетели для стационарной СПЭ направляются в общее отделение психиатрических больниц. При назначении стационарной экспертизы помещение в психиатрический

стационар (стационарное отделение) подозреваемого или обвиняемого, не содержащегося под стражей, допускается только на основании судебного решения.

В отношении подэкспертных, не взятых под стражу, должны сохраняться все те же права, которые охраняют интересы больных, находящихся на лечении на общих основаниях: возможность свиданий, свободной переписки, прогулок в больничном саду и т. д. В отношении обследуемых, находящихся под стражей, существует ряд ограничений.

Сроки пребывания лица, направленного на экспертизу, в психиатрическом стационаре (стационарном отделении) определяются, а продление этих сроков производится в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 31 мая 2001 г. № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации». Стационарное обследование не должно продолжаться более 30 дней. Если за этот срок дать окончательное заключение о психическом состоянии и вменяемости обследуемого невозможно, то экспертная комиссия выносит решение о необходимости продления срока обследования, направляя это решение в письменном виде органу, назначившему экспертизу. Общий срок пребывания лица, направленного на экспертизу, в психиатрическом стационаре (стационарном отделении) при производстве одной экспертизы не может превышать 90 дней.

На каждого обследуемого заводят психиатрическую историю болезни. В случае необходимости для решения спорных вопросов привлекают консультантов-специалистов — невропатологов, нейрохирургов, эндокринологов и др.

При стационарной экспертизе используют лишь такие методы исследования и лечения, которые приняты в лечебных учреждениях нашей страны. Лечение современными психотропными препаратами лиц с психическими нарушениями не только улучшает их состояние, но и делает их более доступными к продуктивному контакту и позволяет лучше понять динамику психических изменений, т. е. в конечном счете помогает проведению экспертизы. Все виды диагностических процедур и лечения врачи должны согласовывать с обследуемым, если их психическое состояние позволяет проводить такое согласование и не содержит тех расстройств, которые могут представить опасность для окружающих и для самого больного.

Если обследование, от которого категорически отказывается подэкспертный, имеет принципиальное значение для диагностики и решения экспертных вопросов, то врачам рекомендуется об этом известить следственно-судебный орган, с санкции которого проводится экспертиза. С ведома последних может быть проведена беседа с род-

ственниками для получения их согласия на обследование подэкспертного. В таких случаях деонтологическая тактика эксперта обязана учитывать не только важность и необходимость лабораторного обследования, но и правовое положение подэкспертного: до решения экспертной комиссии и определения суда подэкспертный в юридическом плане не считается психически больным, а является лицом, находящимся под следствием.

Во время стационарной экспертизы судебно-следственным органом нецелесообразно проводить с обследуемым какие-либо действия (допросы, очные ставки и т. п.), так как это будет нарушать контакт с лечебным персоналом и исказить результаты обследования.

Экспертиза в судебном заседании. Необходимость экспертизы в суде возникает при различных обстоятельствах. Ее проведение суд может определить обвиняемым, которые ранее не подвергались экспертному освидетельствованию, и сомнение в их психической полноценности впервые возникло во время судебного рассмотрения дела. В таких случаях эксперты далеко не всегда могут дать окончательное заключение, особенно в отношении лиц, которые не обнаруживали ранее психических нарушений. Чаще эксперты рекомендуют направить обвиняемого на амбулаторную или стационарную экспертизу.

Иногда экспертная комиссия сама рекомендует проведение экспертизы в судебном заседании, так как затрудняется решить вопрос о вменяемости (или дееспособности) при противоречивых данных о психическом состоянии подэкспертного во время совершения правонарушения (или сделки в гражданском процессе). Экспертная комиссия предполагает дополнительно оценить психическое состояние путем опроса свидетелей в судебном заседании. В таком случае на суде может присутствовать один эксперт, наблюдавший обследуемого ранее, так как отрывать от текущей экспертной работы всех членов комиссии зачастую нецелесообразно. Тем самым экспертный вопрос передается на единоличное решение. Подобные решения выносятся редко, поскольку практика экспертизы показывает, что в большинстве случаев при своевременном получении экспертами нужных материалов можно вынести заключение в условиях обычного обследования. В связи с этим решение экспертных вопросов на судебном заседании следует рекомендовать только в крайнем случае, когда при проведении экспертизы нет иной возможности уточнить психическое состояние обвиняемого в момент преступления.

Чаще всего экспертов-психиатров вызывают на судебное заседание в отношении лиц, прошедших экспертизу, с вынесением окончательного заключения. Вызов эксперта бывает связан с сомнением суда в правильности заключения, необходимостью разъяснения тех

или иных положений экспертного заключения, получением неизвестных экспертам данных, которые, по мнению суда, могут иметь значение, и наконец, изменением психического состояния и поведения обвиняемого. В последних случаях чаще приходится дифференцировать реактивный психоз, психогенную декомпенсацию и симуляцию.

До начала судебного заседания эксперт-психиатр должен ознакомиться с теми материалами уголовного дела, которые получены уже после проведения экспертизы. В случаях изменившегося состояния эксперта целесообразно ознакомить с данными личного дела, в которых отражено поведение обследуемого в следственном изоляторе.

Во время судебного заседания эксперт внимательно наблюдает за поведением обвиняемого, анализируя факты, как подтверждающие вынесенное заключение, так и свидетельствующие об изменениях в психическом состоянии. С разрешения председательствующего эксперт может задавать вопросы свидетелям и обвиняемому, в понятной для опрашиваемого и суда форме. Обследование обвиняемого следует проводить во время специального перерыва в судебном заседании в отсутствие состава суда и участников процесса.

Экспертов-психиатров вызывают в суд также в связи с принятием решения о направлении на принудительное лечение. При этом суду может потребоваться согласовать с экспертом меры медицинского характера, оценить общественную опасность больного.

При невозможности дать ответы на вопросы, поставленные судом (т. е. вопросы, непосредственно касающиеся экспертных выводов), эксперт в своем заключении делает вывод о необходимости направления обследуемого на стационарную экспертизу. Так же обычно поступают и в отношении признанных вменяемыми обследуемых, если у них ко времени суда возникли психические изменения, препятствующие участию в судебном процессе. Обычно в таких случаях речь идет о психогенных заболеваниях, но в судебном заседании установить подлинный характер и продолжительность подобных состояний бывает трудно.

Заочная судебно-психиатрическая экспертиза. Этот вид экспертизы проводится только по материалам дела, если невозможно непосредственное обследование обвиняемого (подозреваемого) или если необходимо выяснить психическое состояние умершего в тот или иной период его жизни. Такая посмертная экспертиза может назначаться при расследовании дел о самоубийствах, а также в гражданском процессе, когда возникает сомнение в психическом здоровье лица в момент составления им завещания или совершения иного юридического действия.

При заочной экспертизе психическое состояние подэкспертного оценивается на основании свидетельских показаний, медицинской документации (в этих случаях особенно важно получить подлинники историй болезни и амбулаторных карт), характеристик, письменной продукции обследуемого. Эксперту приходится внимательно изучать документацию и связывать в единое целое ряд мелких штрихов, имеющих место в отдельных характеристиках и показаниях, чтобы вынести заключение об особенностях психического состояния.

Иногда для получения более полных данных о психическом состоянии обследуемого целесообразно провести дополнительные допросы свидетелей и близких. После консультации психиатра с работниками следствия и суда это может проводиться с участием одного из членов экспертной комиссии.

Недостаточность материалов, предоставленных в распоряжение экспертов при заочной экспертизе, может быть причиной отказа от дачи заключения.

2.3. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЭКСПЕРТНОЙ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

Данное заключение оформляется актом экспертизы; его структура и принцип составления регламентированы ст. 204 УПК РФ. Приводимые фактические данные должны быть максимально точными и сопровождаться указанием, откуда они почерпнуты (из материалов дела, со слов обследуемого, из медицинской документации). Содержание акта должно быть понятно не только специалистам-психиатрам, но и судебно-следственным работникам. Он должен включать не только выводы о диагнозе и судебно-психиатрической оценке, но и обоснование этих выводов, вытекающее из данных о психическом состоянии подэкспертного в прошлом и в период обследования.

Заключение СПЭ состоит из введения, сведений о прошлой жизни обследуемого, истории настоящего заболевания (если таковое имеется), описания физического, неврологического и психического состояния (включая результаты лабораторных исследований), заключительной, так называемой мотивировочной части. Последняя состоит из выводов и их обоснования.

При изложении истории жизни (анамнеза) эксперт должен отчетливо показать динамику выявленных психических нарушений. Анамнез желательно проследить до момента поступления лица на экспертизу, так как проведение в период следствия, а тем более пребывания под стражей имеет существенное значение для диагностики и судебно-психиатрической оценки. Особое внимание следует обращать на

психическое состояние лица в период, относящийся к инкриминируемому деянию (имеется в виду состояние, непосредственно предшествующее правонарушению, в этот момент и сразу после содеянного).

В заключение формулируется диагноз применительно к одному из четырех признаков медицинского критерия невменяемости (хроническое психическое расстройство, временное психическое расстройство, слабоумие или иное болезненное состояние психики). Затем в мотивировочной части акта приводится клиническое обоснование диагноза и аргументируется судебно-психиатрическая оценка применительно к юридическому критерию невменяемости.

В случаях рекомендации признать невменяемым обосновывают меры медицинского характера.

Выводы экспертов при СПЭ являются ответами на вопросы, поставленные перед ними, и потому должны быть определенными. Это касается заключений с рекомендациями о вменяемости, дееспособности и др. Предположительное заключение допустимо лишь в некоторых случаях заочных экспертиз, в частности при самоубийствах, когда нельзя получить недостающие сведения.

Заключение экспертов подлежит оценке следственных органов и суда, которые анализируют судебно-психиатрический акт на предмет его информативности, а также полноту и достоверность изложенных в нем фактов. В результате заключение может быть принято ими или отвергнуто. Несогласие с экспертной комиссией следственные органы и суд должны мотивировать и конкретно обосновать в постановлении или определении (ст. 207, 283 УПК РФ). Подобная мотивировка несогласия с экспертизой не только важна для обоснования этого процессуального действия, но и имеет большое значение для повторной экспертизы, так как указывает, какие обстоятельства вызывают у следователя и суда сомнение в экспертном заключении.

В соответствии со ст. 205 УПК РФ в случае недостаточной ясности или неполноты экспертного заключения по отдельным вопросам возможен допрос экспертов, давших заключение. Согласно ст. 207 УПК РФ возможно также назначение дополнительной экспертизы, которая может быть поручена тем же самым или другим экспертам. Существенные сомнения по поводу экспертного заключения, особенно касающиеся основных вопросов (прежде всего вменяемости) требуют повторной экспертизы, которая проводится комиссией экспертов в новом составе.

Контрольные вопросы

1. Что такое невменяемость? Какие ее критерии выделяют?
2. Кто имеет право назначить судебно-психиатрическую экспертизу?
3. Кто и в каких учреждениях проводит судебно-психиатрическую экспертизу?

4. Какая ответственность существует у судебно-психиатрических экспертов?
5. Чем регламентируется проведение судебно-психиатрической экспертизы?
6. Какие документы следователь должен собрать для проведения экспертизы?
7. Какие вопросы следует поставить перед экспертами при экспертизе обвиняемого в уголовном процессе?
8. Какие вопросы решает судебно-психиатрическая экспертиза в гражданском процессе?
9. Какие формы проведения судебно-психиатрических экспертиз выделяют?
10. В чем преимущества амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы?
11. Какие основания должны присутствовать для назначения стационарной судебно-психиатрической экспертизы?
12. Как долго может длиться стационарная судебно-психиатрическая экспертиза?
13. С какой целью экспертов могут вызвать в судебное заседание?
14. Каким образом проводят заочную судебно-психиатрическую экспертизу?

3. ПРИНУДИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

Принудительные меры медицинского характера – это особая уголовно-правовая форма государственного принуждения, содержание которой заключается в принудительном лечении невменяемых, а также вменяемых лиц, совершивших преступления и нуждающихся по своему психическому состоянию в принудительном лечении.

Правовые основы принудительных мер медицинского характера. Эти меры **сходны с наказанием**:

назначаются судом;

являются государственным принуждением.

Отличаются от наказания:

по основаниям применения (наличие психического заболевания и необходимость лечения);

по содержанию (отсутствие отрицательной уголовно-правовой оценки содеянного);

по целям (лечение, а не исправление);

по юридическим последствиям (данные меры не влекут судимости).

По правовой природе они являются уголовно-правовыми мерами безопасности, сущность которых заключается в принудительном лечении лиц, совершивших уголовно-противоправные деяния и представляющих по своему психическому состоянию опасность для общества.

3.1. ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

Действующее уголовное законодательство по существу не формулирует, что является основанием для применения принудительных мер медицинского характера. В ст. 97 УК РФ приводится **перечень лиц, к которым суд может применить эти меры**:

лицам, совершившим преступления в состоянии невменяемости;

лицам, у которых психическое расстройство наступило после совершения преступления, невозможно назначить наказание или исполнить его;

лицам с психическими расстройствами, не исключающими вменяемости;

лицам, совершившим в возрасте старше восемнадцати лет преступление против половой неприкосновенности несовершеннолетнего,

не достигшего четырнадцатилетнего возраста, и страдающим расстройством сексуального предпочтения (педофилией), не исключающим вменяемости (согласно Федеральному закону от 29 февраля 2012 г. № 14-ФЗ).

По мнению Г.В. Назаренко (2003), единственным основанием применения принудительных мер медицинского характера является общественная опасность психически больного, совершившего уголовно-противоправное деяние. Общественная опасность такого лица характеризуется двумя критериями:

юридическим (совершение деяния, предусмотренного УК);

медицинским (наличие психического расстройства, делающее лицо опасным для себя или других).

Общественная опасность психически больного лица представляет собой пролонгированное состояние. И если ранее, до 1996 г., общественную опасность определяли в зависимости от характера и степени общественной опасности содеянного, то в настоящее время формула закона о потенциальной опасности (ст. 97 УК ч. 2) ориентирует правоприменителя на определение общественной опасности исходя из медицинских показателей, характеризующих форму психического расстройства, его глубину, стойкость и динамику. В этом отношении по наблюдениям психиатров очень опасны больные с бредом преследования, воздействия, отравления.

3.2. ЦЕЛИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА (СТ. 98 УК РФ)

Уголовное законодательство относит к целям применения принудительных мер медицинского характера три направления деятельности правоохранительных органов и медицинских учреждений:

Излечение: невменяемых, лиц, заболевших после преступления, ограниченно вменяемых.

Улучшение психического состояния указанных лиц.

Предупреждение свершения ими новых уголовно-противоправных деяний.

То есть речь идет о двух направлениях деятельности, о двух целях применения:

Цель медицинского характера: излечение или улучшение состояния (интересы больного). Термин «излечение» следует понимать более широко, чем выздоровление, так как понятие принудительного лечения включает в себя не только лечение как таковое, но и содержание в стационаре с определенным режимом, соответствующим характеру психического заболевания и степени общественной опасности лица.

Цель юридического характера: предупреждение совершения новых общественно опасных деяний психически больными (интересы общества). Достижение этой цели связано с принудительным амбулаторным лечением и наблюдением у психиатра либо с помещением более опасных больных в психиатрический стационар, что предполагает не только лечение, но также изоляцию психически больных от общества, постоянное наблюдение за ними, а в более серьезных случаях — интенсивный надзор.

Виды принудительных мер медицинского характера описаны в ст. 99 УК РФ. Широкий диапазон от амбулаторного лечения и принудительного наблюдения у психиатра до стационара с интенсивным наблюдением позволяет подобрать эти меры дифференцированно каждому психически больному, который в них нуждается.

3.3. ВИДЫ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА

3.3.1. Принудительное наблюдение и лечение у врача-психиатра в амбулаторных условиях

Может быть назначено при наличии оснований, предусмотренных ст. 97 УК РФ, если лицо по своему психическому состоянию не нуждается в помещении в психиатрический стационар.

По мнению Г.В. Назаренко (2003), амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра может быть назначено лицам, которые по своему психическому состоянию и с учетом характера совершенного деяния представляют невысокую общественную опасность.

Уголовный кодекс не дает критериев этого психического состояния. С точки зрения вышеупомянутого автора, **юридическими критериями психического состояния**, в котором больной не нуждается в стационарном лечении, являются:

А) способность правильно понимать смысл и значение применяемого амбулаторного наблюдения и лечения у психиатра;

Б) способность руководить своим поведением в процессе принудительного лечения.

Медицинскими критериями рассматриваемого психического состояния являются:

А) временные психические расстройства, которые не имеют отчетливой тенденции к повторению;

Б) хронические психические расстройства в стадии ремиссии, обусловленной принудительным лечением в психиатрическом стационаре;

В) иные психические расстройства, не исключающие вменяемости (ч. 2 ст. 99 УК РФ).

Согласно Федеральному закону от 29 февраля 2012 г. № 14-ФЗ «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях усиления ответственности за преступления сексуального характера, совершенные в отношении несовершеннолетних» при наличии у рассматриваемого субъекта не исключающей вменяемости педофилии рекомендовано правовое последствие в виде применения специфической принудительной меры медицинского характера. Она предусмотрена новым пунктом «д» ч. 1 ст. 97 УК, а также п. «а» ч. 1 ст. 99 УК. Этот новый вид принудительных мер медицинского характера получил название, уже имеющееся в УК: «амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра».

Место проведения принудительного амбулаторного лечения зависит от вида наказания, назначенного судом:

А) лица, осужденные к лишению свободы, проходят амбулаторное лечение по месту отбывания наказания, т. е. в исправительных учреждениях;

Б) лица, осужденные к наказаниям, не связанным с лишением свободы, получают принудительное лечение у психиатра по месту жительства.

Фактически амбулаторное принудительное наблюдение и лечение являются особой разновидностью диспансерного наблюдения и как таковые заключаются в проведении регулярных осмотров врачом-психиатром и оказании больному необходимой медицинской и социальной помощи (ч. 3 ст. 26 Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании).

Амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра может применяться как:

первичная мера принудительного лечения: кратковременные расстройства психики (патологическое опьянение, алкогольный психоз, послеродовой психоз и т. д.)

последний этап принудительного лечения: у лиц с хроническими расстройствами психики, слабоумием после прохождения принудительного лечения в стационаре, в связи с тем, что указанные лица нуждаются во врачебном наблюдении и поддерживающем лечебном режиме.

3.3.2. Назначение принудительного лечения в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях

Два обстоятельства, при наличии которых суд вправе назначить принудительное лечение в стационаре:

1) опасность лица, совершившего ООД, для себя или других лиц и возможность причинения таким лицом иного существенного вреда;

2) невозможность осуществить необходимое лечение, уход, содержание и наблюдение вне условий психиатрического стационара.

При выборе рекомендуемой принудительной меры СПЭК исходят из принципа необходимости и достаточности рекомендуемой меры для предотвращения новых общественно опасных деяний со стороны больного.

Суд в свою очередь оценивает заключение экспертов-психиатров в совокупности со всеми обстоятельствами дела, такими как характер совершенного деяния, способ совершения преступления, тяжесть наступивших последствий, и принимает решение о назначении конкретного вида принудительного лечения и указывает, в какой стационар направляется больной.

В зависимости от режима медицинские организации, оказывающие психиатрическую помощь в стационарных условиях, делятся на:

стационары общего типа;

стационары специализированного типа;

стационары специализированного типа с интенсивным наблюдением.

Психиатрические стационары **общего типа** представляют собой психиатрические больницы, клиники, институты, научные центры, которые осуществляют психиатрическое лечение всех больных в общем порядке. Указанные стационары не специализируются на принудительном лечении. Это означает, что режим содержания психически больных лиц, находящихся на добровольном, недобровольном и принудительном лечении, фактически является одинаковым.

Психиатрические стационары **специализированного типа** предназначены для проведения принудительного лечения лиц, совершивших общественно опасные деяния, и осуществляют специальный режим содержания пациентов, исключающий совершение побегов и совершение повторных эксцессов, выходящих за рамки закона.

3.3.3. Принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях общего типа

Психиатрический стационар общего типа — это обычно психиатрическая больница (отделение), оказывающее психиатрическую помощь.

Об отсутствии необходимости в интенсивном наблюдении за такими больными свидетельствуют:

их несклонность к нарушению режима;

неконфликтность с окружающими;

неагрессивный характер поведения.

Принудительное лечение в психиатрическом стационаре общего типа проводится совместно с психически больными, которые не со-

вершили ООД, и в тех же режимных условиях. Вместе с тем в отношении лиц на принудительном лечении применяются **определенные режимные ограничения**:

- отсутствие свободного выхода из отделения;
- прогулки только на территории больницы;
- домашние отпуска не предоставляются.

Таким образом, в психиатрические стационары общего типа помещаются больные, совершившие общественно опасные деяния, не связанные с посягательствами на жизнь граждан, не представляющие опасность для окружающих, но нуждающиеся в больничном содержании и лечении в принудительном порядке, психическое состояние и поведение которых не требует интенсивного наблюдения.

3.3.4. Принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа

В соответствии с законом (ч. 3 ст. 101 УК) «принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию требует постоянного наблюдения».

Принудительное лечение в **специализированном стационаре** суд вправе назначить лицу, которое представляет опасность для себя или других лиц либо может причинить иной существенный вред (ч. 2 ст. 97 УК) и в силу общественной опасности, обусловленной психическим расстройством, требует постоянного наблюдения.

В специализированные стационары, как правило, направляются психически больные лица с психопатоподобными расстройствами, различными проявлениями психического дефекта и изменениями личности. Совершенные ими деяния в большинстве случаев имеют корыстный, насильственный либо хулиганский характер. Такие больные, по мнению специалистов, представляют **значительную общественную опасность**, так как для них характерно совершение повторных общественно опасных деяний при наличии стойких антисоциальных установок.

Психиатрические стационары специализированного типа создаются в крупных психиатрических больницах, где имеется опыт специализации. Обычно специализированный стационар формируется из одного—двух отделений на регион с общим количеством коек 150—200 мест. Постоянное наблюдение в специализированных стационарах обеспечивается дополнительным медицинским персоналом и наружной охраной, которая осуществляется службой обеспечения безопасности. К числу **контрольно-наблюдательных мер** относятся: ис-

пользование охранной сигнализации, организация прогулок в строго изолированных местах, контроль за передачами, проведение необходимых мероприятий в строгом соответствии с инструкцией.

Наряду с постоянным наблюдением за контингентом специализированного стационара в отношении пациентов проводятся лечебно-реабилитационные мероприятия, принимаются коррекционно-воспитательные меры и осуществляется трудовая реабилитация больных.

3.3.5. Принудительное лечение в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях специализированного типа с интенсивным наблюдением

В соответствии с законом (ч. 4 ст. 101 УК) «принудительное лечение в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением может быть назначено лицу, которое по своему психическому состоянию представляет **особую опасность для себя или других лиц и требует постоянного и интенсивного наблюдения**».

Принудительное лечение в специализированном стационаре с интенсивным наблюдением — это наиболее строгая принудительная мера медицинского характера, так как предполагает постоянное и интенсивное наблюдение, а также принятие специальных мер безопасности. В подобных стационарах осуществляются наружная охрана больниц и надзор за поведением больных внутри отделений, в местах проведения прогулок, культурных мероприятий и занятий трудом. Охрана таких стационаров осуществляется силами контролерского состава МВД с помощью специальных средств контроля и сигнализации.

Психиатрическое лечение в стационарах специального типа с интенсивным наблюдением может быть назначено лицам, которые по своему психическому состоянию представляют особую опасность для себя либо окружающих. Г. В. Назаренко (2003) считает, что **особая опасность имеет медицинские и юридические показатели**. Медицинскими показателями особой опасности являются психотические состояния и продуктивная симптоматика. В частности, шизофрения и другие психозы с бредовыми идеями преследования и отравления, императивными галлюцинациями. Юридическими показателями особой опасности психически больных лиц являются такие поведенческие акты, которые способны причинить существенный вред себе либо другим лицам. О наличии признаков особой опасности для самого себя свидетельствуют попытки самоубийства и членовредительства. Показателями особой опасности для других являются факты нападения на окружающих и совершение поджогов.

Уголовно-криминологическими показателями особой опасности служат также:

- а) характер совершенного деяния (убийство, разбой, изнасилование и т. п.);
- б) неоднократное совершение общественно опасных деяний, несмотря на применение принудительных мер медицинского характера;
- в) вероятность совершения деяний, отнесенных Кодексом к категории особо тяжких (ст. 15 УК РФ).

К числу уголовно-исполнительных показателей особой опасности следует отнести трудности содержания отдельных лиц в психиатрическом стационаре. Психиатры вполне обоснованно считают, что существуют две категории больных, представляющих повышенную социальную опасность: одна категория упорно стремится избежать лечения, больные совершают попытки побега и осуществляют агрессивные действия в отношении медицинского персонала; другая категория – это больные, которые повторно поступают в психиатрический стационар, плохо поддаются медикаментозному лечению, мерам социальной адаптации и целенаправленно совершают противоправные действия.

Контрольные вопросы

1. Что такое принудительные меры медицинского характера?
2. Какие ПММХ предусматривает законодатель в ст. 99 УК РФ и каков порядок их применения?
3. Какие основания для применения принудительных мер медицинского характера?
4. С какими целями применяются принудительные меры медицинского характера?
5. Что служит уголовно-криминологическими показателями особой опасности психически больного?

4. СИМПТОМАТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Нарушения психической деятельности проявляются в виде отдельных **симптомов** (признаков) и их сочетаний — **синдромов**. Отдельные симптомы сами по себе не обладают специфическими особенностями каких-либо болезней. Сочетание отдельных симптомов, т. е. синдромы, уже обладают специфичностью для того или иного заболевания.

Симптомы и синдромы психических заболеваний выделяются на основе описания характерной для них психической патологии (психопатологии). Психопатологические симптом и синдром обозначают определенные признаки психической патологии при данном заболевании. Психопатологические симптомы условно делят на позитивные и негативные.

Позитивные обозначают признаки патологической продукции (вновь возникающие дезадаптивные признаки) психической деятельности (сенестопатии, галлюцинации, бред, тоска, страх, тревога, эйфория, психомоторное возбуждение и т. д.).

Негативные включают признаки обратимого или стойкого, прогрессирующего, стационарного или регрессирующего ущерба, выпадения, изъяна, дефекта того или иного психического процесса (гипомнезия, амнезия, гипобулия, абулия, апатия и т. п.).

Позитивные и негативные симптомы в клинической картине болезни выступают в единстве, сочетании и имеют, как правило, обратно пропорциональное соотношение: чем более выражены негативные симптомы, тем менее, беднее и фрагментарнее — позитивные.

В процессе развития какого-либо заболевания психопатологические синдромы, составляющие клиническую картину этого заболевания, могут меняться, но порядок их смены (динамика) также обладает определенной специфичностью. Это позволило психиатрам выделить и описать отдельные формы психических заболеваний, обозначив их по главным клиническим (психопатологическим) признакам, которые отражаются в диагнозе. Установление диагноза какого-либо психического заболевания возможно по сочетанию и динамике основных психопатологических симптомов и синдромов.

Знание симптоматики психических заболеваний способствует распознаванию психических неполноценных лиц, оказавшихся в сфере судебно-следственного разбирательства, и своевременному направлению их на СПЭ.

Важно помнить, что только разностороннее рассмотрение отдельных симптомов и определенных их групп или сочетаний, имеющих законо-

мерные связи, может привести к распознаванию психической болезни. Симптомы и синдромы, взятые каждый в отдельности, изолированно, не обладают нозологической специфичностью и не могут служить целям установления диагноза, поскольку отличаются многозначностью.

4.1. ПАТОЛОГИЯ ОЩУЩЕНИЙ И ВОСПРИЯТИЯ

Ощущение — простейший психический процесс отражения отдельных чувственно конкретных свойств и качеств предметов и явлений при их непосредственном воздействии на рецепторные зоны органов чувств. Ощущения элементарны и являются отдельными компонентами целостного восприятия.

Восприятие — психический процесс отражения предметов и явлений в целом, в совокупности их чувственно конкретных свойств и составных частей при их непосредственном воздействии на рецепторные зоны анализаторов. Восприятия предметны. Их образ проецируется в так называемое объективное (реальное) пространство, что связано с полем действия анализатора (дистантный или контактный и т.д.), соотношением его с результатами деятельности других анализаторов и индивидуальным опытом восприятий.

Изменение интенсивности ощущений

Анестезия (выпадение), **гипестезия** (понижение) одного или нескольких видов чувствительности. Частным случаем анестезии в психиатрической практике является **аналгезия** — утрата болевой чувствительности. Она наблюдается, в частности, при острых психотических состояниях, сопровождающихся обманами восприятия, аффективными нарушениями, психомоторным возбуждением. Пациенты, находящиеся в психотическом состоянии и совершающие попытки самоубийства или членовредительства, в последующем сообщают, что совершенно не испытывали боли даже при обширных и глубоких самоповреждениях.

По мере улучшения психического состояния болевая чувствительность восстанавливается. Снижение или утрата чувства боли возникает в гипнотическом трансе, в аффекте, в состояниях глубокой депрессии, при оглушении сознания, в опьянении, во время глубокой медитации. Повышение болевого порога также свойственно личностям, обедненным эмоционально. Такие люди плохо чувствуют как собственную боль, так и чужую, поэтому могут совершать очень жестокие преступления, наносить своим жертвам многочисленные ранения, истязать их.

Гиперестезия — субъективное усиление одного либо нескольких видов элементарной чувствительности, повышение восприимчивости обычных внешних раздражений, нейтральных для обычного че-

ловека в нормальном состоянии. Обычный дневной свет ослепляет, окраска окружающих предметов становится необычно яркой, их форма — особенно отчетливой, светотень контрастной. Звуки оглушают, стук закрывающихся дверей звучит как выстрел, невыносим звон расставляемой посуды. Запахи воспринимаются остро, раздражают. Прикасающееся к телу белье, одежда кажутся шероховатыми, грубыми. На фоне гиперестезии часто отмечаются раздражительность, несдержанность, гневливость, душевный дискомфорт.

Сенестопатии — разнообразные, крайне неприятные, мучительные, тягостные ощущения стягивания, жжения, давления, переливания, переворачивания и т. д., исходящие из различных частей тела, отдельных внутренних органов и не имеющие под собой телесной основы. Другими словами, при объективном обследовании организма каких-либо отклонений в работе органов не находят. Часто жалобы весьма вычурны и носят упорный, назойливый характер. Пациенты указывают, что болезненные ощущения их «преследуют», «не дают возможности отвлечься на что-то другое».

Сенестопатии могут быть постоянными, эпизодическими, но иногда выступают и в виде приступов, острых атак. Приступы сенестопатий, обычно ярких, множественных и разнообразных, нередко сопровождаются паническими реакциями, вегетативными расстройствами, страхом сумасшествия, выразительными позами, особыми защитными действиями.

Иллюзии. Термин переводится как «обман, обманчивое представление». Это **ложное восприятие реально существующих и актуальных в данный момент предметов и явлений.**

Существуют различные виды иллюзорного восприятия. Многие из них не являются патологией, так как обусловлены физиологическими особенностями органа зрения либо физическими свойствами окружающей среды. Например, ложка в стакане с водой на границе сред «вода—воздух» кажется переломившейся. В качестве другого примера можно назвать мираж в пустыне.

При психических расстройствах возникают **патологические иллюзии.** Они имеют ряд важных особенностей. Это их психологическая непонятность, выпадение из смыслового контекста ситуации. Наглядные образы целиком поглощаются, перекрываются мнимыми, подвергаются грубому искажению. В содержании патологических иллюзий выражаются идеи преследования, другие болезненные переживания. **Критическая оценка иллюзорных образов отсутствует.**

Различают следующие виды патологических иллюзий: **аффективные, вербальные и парейдолические.**

Аффективные иллюзии чаще всего возникают при страхе или тревожно-подавленном настроении. В этом состоянии висящий в углу халат воспринимается как притаившийся убийца, доносящийся из столовой звон ложек, стук тарелок — как бряцание оружием, приготовление к казни. В обычном уличном шуме слышится многоголосый говор народа, собирающегося для публичного осуждения больного.

Вербальные иллюзии заключаются в ложном восприятии содержания реального разговора окружающих. В замечаниях, вопросах и ответах на постороннюю, совершенно не относящуюся к больному тему он слышит обвинения в свой адрес, разоблачения, упреки, укоры, брань, угрозы.

Парейдолические иллюзии (парейдолии) возникают без существенных изменений аффекта, но при снижении тонуса психической деятельности, ее пассивности. Их содержание образно и фантастично. Вместо узоров на обоях, на ковре, трещин на стенах воспринимаются люди в необычной одежде, сказочные герои, фантастические чудища, необыкновенные растения, грандиозные здания, красочные панорамы. Больным кажется, что «оживают» портреты, изображенные там лица начинают двигаться, подмигивать, высовываться из рамок, строить гримасы. Парейдолии возникают спонтанно, приковывают к себе внимание пациентов, сопровождаются живыми эмоциональными реакциями.

Галлюцинации — мнимое восприятие, возникает спонтанно, без сенсорной стимуляции (без реального объекта в данном месте и в данное время). И если при иллюзиях реальность существует, пусть и искажается, то здесь образы возникают в глубинах мозга без всякой опоры на окружающий мир. Галлюцинации для больного человека — истинное восприятие, а не нечто воображаемое. Нередко галлюцинации, каким бы иррациональным ни было их содержание, для пациента более актуальны, чем реальность.

Критика к своему состоянию отсутствует. Этим объясняется социальная опасность пациентов с галлюцинациями — человек начинает действовать согласно своим обманам восприятия. Если ему померещится в друге инопланетный монстр, то, не задумываясь, больной может напасть и проявить агрессию.

Различают **истинные галлюцинации** и **псевдогаллюцинации**.

Истинные галлюцинации: галлюцинаторные образы проецируются в окружающий мир, в реальное пространство в пределах досягаемости соответствующего органа чувств.

Истинные галлюцинации разделяются на зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, общего чувства и комплексные (возникающие в нескольких анализаторах).

Зрительные галлюцинации (видения) могут быть бесформенными — пламя, дым, туман (фотопсии, фосфены); их форма может быть неотчет-

ливой, неясной или, наоборот, очерченной во всех деталях, иногда даже более отчетливой, чем реальные предметы. Величина видений бывает натуральной, уменьшенной (микроскопические галлюцинации), увеличенной (макроскопические галлюцинации). Зрительные галлюцинации могут быть бесцветными, нередко они окрашены в естественные тона, а иногда имеют одноцветную, крайне интенсивную окраску — ярко-красную или синюю, последняя часто наблюдается в галлюцинациях больных эпилепсией. Видения могут быть подвижными или неподвижными, неменяющегося содержания (стабильные галлюцинации) и постоянно меняющегося в виде разнообразных событий, разыгрывающихся как на сцене или кинотеатре (сценopodobные галлюцинации). Иногда возникают одиночные образы или части предмета, тела (один глаз, половина лица, ухо). В других случаях галлюцинации бывают множественными (толпы людей, стаи зверей, масса насекомых, фантастических существ). Содержание зрительных галлюцинаций может пугать, вызывать ужас или, напротив, интерес, любопытство, восхищение.

Слуховые галлюцинации разделяются на акоазмы — слышание звона, гудков, шума, выстрелов и фонемы — слышание слов, разговоров (словесные, или вербальные, галлюцинации, «голоса»). По интенсивности слуховые галлюцинации могут быть тихими, обычной громкости, громкими, оглушающими. Они могут доноситься сверху, снизу, с той или иной стороны, в одних случаях издалека, в других — вблизи. Содержание вербальных галлюцинаций может быть безразличным, угрожающим, зловещим, издевательским, предупреждающим, предсказывающим. «Голоса» бывают знакомыми, незнакомыми, безличными, мужскими, женскими, детскими. По содержанию вербальные галлюцинации различаются:

а) комментирующие или оценочные: в них отражается мнение «голосов» о поведении человека — доброжелательное, язвительное, ироническое, осуждающее, обвиняющее. «Голоса» могут говорить о теперешних и о прошлых поступках, а также оценивать то, что он намерен делать в будущем;

б) угрожающие: обычно на фоне страха, созвучны бредовым идеям преследования. Воспринимаются мнимые угрозы убийства, расправы, мести, зверских пыток, изнасилования, дискредитации. Иногда «голоса» носят отчетливо выраженную садистическую окраску;

в) опасной для окружающих и самих больных разновидностью слуховых обманов являются императивные галлюцинации, содержащие приказы что-то делать или запреты на действия. Распоряжения голосов больные чаще относят на свой счет. Реже считают, что они относятся к окружающим. Так «голос» приказывает окружающим убить больного. «Голоса» могут требовать совершить поступки, прямо противоречащие сознательным направлениям, — ударить кого-то, оскор-

бить, совершить кражу, осуществить попытку самоубийства или членовредительства, отказаться от приема пищи, лекарства или беседы с врачом, отвернуться от собеседника, закрыть глаза, стиснуть зубы, неподвижно стоять, ходить без всякой цели, переставлять предметы, переезжать из одного места в другое.

Чаще всего императивные галлюцинации оказывают неодолимое влияние на больного человека. Пациенты даже не пытаются противопоставить им себя, выполняя самые дикие распоряжения, в том числе общественно опасные деяния (ООД). По словам больных, они чувствуют в это время «паралич» своей воли, действуют подобно «автоматам, зомби, марионеткам».

г) слуховые галлюцинации с характером констатации — точной регистрации того, что воспринимают или делают сами пациенты: «Это вокзал... Милиционер идет... Это не тот автобус... Встал... Идет... Обувается... Спрятался под кровать... Топор взял...» Иногда голоса называют объекты, не замеченные пациентом. Так, он хочет и не может определить название улицы, по которой идет, а «более наблюдательный» голос правильно подсказывает ему это. Констатации касаются не только внешних проявлений и действий, но также побуждений, намерений: «Меня дублируют, повторяют. Еще только подумаю что-то сделать, а голос это скажет. Хочу выйти из дома и сразу же слышу, как об этом говорят...» Больные считают, что их «записывают, прослушивают, фотографируют, снимают на видеопленку».

Обонятельные галлюцинации выражаются в появлении разнообразных мнимых запахов — дыма, газа, нечистот, реже приятного содержания. Мнимые запахи бывают самой различной интенсивности — от слегка осязаемых до удушающих. Очень часто обонятельные галлюцинации возникают у пожилых людей при развитии инволюционного психоза. В этих случаях обычно они связаны с бредом ущерба, например, старушка заявляет в милицию, что соседи травят ее удушающим газом с целью завладеть ее жилплощадью.

Вкусовые галлюцинации обычно не отделимы от обонятельных; они выражаются в виде ощущения вкуса, не присущего принимаемой пищи или питью, чаще неприятного, отвратительного. Часто сочетаются с бредом отравления, поэтому больные, испытывающие данные галлюцинации, могут внешне немотивированно отказываться от пищи и питья.

При **тактильных (осязательных) галлюцинациях** появляются мнимые ощущения прикосновения, дотрагивания, ползания, давления, локализуемые на поверхности тела, внутри кожи, под нею. Больные утверждают, что чувствуют прикосновение рук, поглаживание, ощущают, как их обсыпают песком, пылью, колют иголкой, царапают ногтями, обнимают, кусают, похлопывают, тянут за волосы, считают, что на коже или под ней находятся и перемещаются живые существа, чаще всего насекомые. Не-

редко тактильные галлюцинации локализируются в полости рта, где ощущается присутствие волос, проволочек, других посторонних предметов.

Интероцептивные (**висцеральные галлюцинации**, галлюцинации общего чувства) — ложное ощущение явного присутствия внутри тела, в его полостях, инородных тел, живых существ: мышей, собак, змей, червей, чувство дополнительных внутренних органов, «вшитых приборов», других предметов. Отличаются от сенестопатий телесностью, предметностью. Иллюстрацией может служить следующее наблюдение. Больная утверждает, что в течение многих лет ее «мучают глисты». Гельминты, ранее заполнявшие брюшную полость, проникли недавно в грудную клетку, голову.

Отчетливо ощущает, как «аскариды» шевелятся, свиваются в клубки, переползают с места на место, присасываются к внутренним органам, задевают сердце, сдавливают сосуды, закрывают просвет бронхов, копошатся под черепом. Больная настаивает на немедленной операции, считая, что в противном случае ей грозит гибель.

Сложные (комплексные) галлюцинации заключаются в одновременном существовании разных видов галлюцинаций (зрительных и слуховых, зрительных и тактильных, зрительных и обонятельных и т. п.).

Предположить наличие галлюцинаций у больного, если он сам об этом не сообщает, можно на основании его внешнего вида и поведения. При зрительных галлюцинациях взгляд больного становится то сосредоточенным, то беспокойным, блуждающим, испуганным, восхищенным. При слуховых галлюцинациях больной прислушивается, поворачивает голову в сторону, внезапно прерывает речь, затыкает уши, прячется под одеяло. При обонятельных он зажимает нос, при вкусовых — отказывается от пищи, выплевывает ее, при тактильных — сбрасывает с себя мнимых насекомых.

Галлюцинации обычно не возникают изолированно, они представляют собой лишь одно из проявлений психоза. Зрительные, а часто и осязательные галлюцинации наступают чаще всего при помрачении сознания. Словесные галлюцинации развиваются преимущественно при ясном сознании и обычно сопровождаются бредом.

Псевдогаллюцинации, подобно истинным галлюцинациям, чувственно определены, конкретны, но в отличие от них не отождествляются с реальными предметами и явлениями. Больные в таких случаях говорят об особых, отличных от реальных «голосах», специальных видениях, психических образах. Однако это не свидетельствует о критическом отношении к неправдоподобности видений. Страдающие псевдогаллюцинациями не сомневаются в действительном существовании видений, голосов, но в отличие от больных с истинными галлюцинациями утверждают, что их голоса и видения — результат насильственного воздействия извне, что они им «сделаны». Псевдогаллюцинации, как правило, не проецируются вовне, в мир реальных

вещей и явлений, а ограничиваются сферой представлений (возникают «внутри головы»). При психозах псевдогаллюцинации встречаются гораздо чаще, чем истинные галлюцинации.

Аутометаморфопсия (расстройство схемы тела) – искажение формы или величины своего тела. При тотальной аутометаморфопсии тело воспринимается увеличенным – макропсия, уменьшенным – микропсия. При парциальной аутометаморфопсии увеличенными или уменьшенными воспринимаются отдельные части тела, иногда чувство увеличения одной части тела воспринимается одновременно с ощущением уменьшения другой. Тело, какая-либо его часть может восприниматься изменившейся лишь в одном измерении – казаться удлиненной, вытянутой, укороченной. Изменения могут касаться объема, формы: утолщение, похудание. Голова, к примеру, кажется «квадратной». Указанные нарушения возникают чаще при закрытых глазах, под контролем зрения исчезают. Они могут быть постоянными либо эпизодическими, появляющимися особенно часто при засыпании. При резко выраженных нарушениях тело воспринимается искаженным до неузнаваемости, в виде бесформенной массы. Так, при закрытых глазах больная ощущает свое тело в виде лужицы, растекающейся по стулу, сбегаящей на пол и расплывающейся по его щелям и трещинам. При открытых глазах тело воспринимается нормально.

Может быть нарушено восприятие положения частей тела в пространстве: голова кажется повернутой затылком вперед, ноги и руки – вывернутыми, язык – свернувшимся в трубочку. У одной из больных появлялось ощущение, будто ноги подняты вверх, охватили шею и сплелись вокруг нее. Встречается нарушение восприятия единства тела, отдельные его части ощущаются в разобщении друг от друга. Голова воспринимается на некотором расстоянии от туловища, крышка черепа как приподнимается и висит в воздухе, глаза вышли из орбит и находятся впереди лица. При ходьбе кажется, будто нижняя часть тела идет впереди, а верхняя находится позади, ноги ощущаются где-то сбоку. Тело может восприниматься как механическое соединение отдельных частей, «рассыпавшимся, склеенным».

4.2. ПАТОЛОГИЯ ПАМЯТИ

Память – это психический процесс отражения и накопления непосредственного и прошлого индивидуального и общественного опыта. Основными ее функциями являются запоминание, сохранение и воспроизведение.

Расстройства памяти проявляются нарушениями запоминания, хранения, забывания и воспроизведения различных сведений и лич-

ного опыта. Различают количественные нарушения, выражающиеся ослаблением, выпадением или усилением следов памяти, и качественные нарушения, при которых наблюдаются ложные воспоминания, смешение прошлого и настоящего, реального и воображаемого.

Количественные нарушения памяти включают **амнезию, гипермнезию и гипомнезию**.

Амнезия — выпадение памяти на разные сведения, навыки, на тот или иной промежуток времени. Различают следующие виды амнезии.

Фиксационная амнезия: утрата способности запоминать и воспроизводить новые сведения. Резко ослаблена или отсутствует память на текущие, недавние события при сохранении ее на приобретенные в прошлом знания. Ориентировка в обстановке, времени, окружающих лицах, в ситуации нарушена — амнестическая дезориентировка.

Прогрессирующая амнезия: постепенно нарастающее и далеко идущее опустошение памяти. Утрата запасов памяти происходит в определенной последовательности, подчиняющейся закону Рибо—Джексона; от частного — к более общему, от позднее приобретенного, менее прочно закрепленного и менее автоматизированного — к тому, что было приобретено раньше, прочнее закреплено, более организовано и автоматизировано; от менее эмоционально насыщенного — к более эмоционально значимому. Дольше всех сохраняются следы двигательной и эмоциональной памяти — двигательные навыки (привычные движения и действия, походка, жесты), характер аффективных реакций на определенные ситуации.

Ретроградная амнезия: выпадение памяти на события, которые предшествовали состоянию измененного сознания, грубому органическому поражению головного мозга, гипоксии (например, повешению), развитию острого психотического синдрома. Амнезия может распространяться на различные по продолжительности отрезки времени — от нескольких минут, часов, дней до ряда месяцев и даже лет.

Антероградная амнезия — утрата воспоминаний о событиях, непосредственно следующих за окончанием бессознательного состояния или другого явного расстройства психики. Амнезия может распространяться на значительные промежутки времени, достигающие нескольких дней, месяцев, возможно, лет. Клинический пример: больной совершил попытку самоубийства (выбросился из окна четвертого этажа). По выходе из комы в течение месяца находился в состоянии спутанного сознания. По окончании психоза правильно вел себя в отделении, сообщал о себе необходимые сведения, правильно ориентировался в месте, времени, окружающих лицах, читал и рассказывал о прочитанном, не вдаваясь, правда, в детали. Из событий текущей жизни лучше помнил то, что время от времени повторялось. Наблюдалась

ретроградная амнезия на промежуток времени в пределах 4–5 часов, а также амнезия на период нарушенного сознания. Затем больной был переведен из психиатрической клиники в соматический стационар, где выяснилось: он забыл, что находился ранее в психиатрической клинике, не узнавал обстановку, врача, персонал, больных, считал, будто оказался здесь впервые. В данном случае наблюдалась антероре-троградная амнезия, т. е. сочетание двух видов амнезии.

Гипомнезия — ослабление памяти. Одним из ранних признаков является нарушение избирательной репродукции в виде невозможности вспомнить какой-либо факт, необходимый в данный момент, хотя позже этот факт всплывает в памяти сам по себе.

Наступающее ослабление памяти более заметно в отношении механической памяти, чем словесно-логической. Нарушается прежде всего запоминание и воспроизведение справочного материала — дат, имен, цифр, названий, терминов, лиц и т. п. Быстрее забываются также свежие и менее закрепленные впечатления.

Ухудшается ориентировка во времени, страдает хронологическая память, нарушается чувство времени. Вместе с тем никогда не наблюдается столь значительного опустошения памяти, как это бывает при прогрессирующей амнезии. Критическое отношение к ослаблению памяти обычно сохраняется, — это отражается в соответствующих жалобах, в попытках компенсировать возникшую несостоятельность (ведение записей, вязание узелков, использование мнемотехники и т. д.).

Гипермнезия — патологическое обострение памяти, проявляющееся чрезмерным обилием воспоминаний, которые носят яркий чувственно-образный характер, всплывают с необычайной легкостью и охватывают как события в целом, так и мельчайшие его подробности. Гипермнезия встречается при гипоманиакальных и маниакальных состояниях, в начальных стадиях опьянения, особенно наркотического, при шизофрении, в состоянии гипнотического сна. Гипермнезия встречается при депрессии — отчетливо вспоминаются самые незначительные эпизоды прошлого, созвучные пониженной самооценке и идеям самообвинения.

Псевдореминисценции — своеобразное нарушение локализации событий во времени. То, что случилось давно, вспоминается как недавнее событие, и напротив, произошедшее в последнее время расценивается как имевшее место в далеком прошлом. Содержанием псевдореминисценций являются, как правило, факты обыденной жизни.

Конфабуляции — патологические вымыслы, принимаемые больными за воспоминания о реальных событиях прошлого. Замещающие конфа-

буляции возникают на фоне грубых амнестических выпадений памяти. Пробелы воспоминаний заполняются рассказами о различных событиях, происходивших якобы в то время. Характерны изменчивые вымыслы обыденного, правдоподобного содержания, как спонтанные, так и провоцируемые расспросами. Фантастические конфабуляции представляют собой вымыслы о необыкновенных событиях, увлекательных приключениях, сенсационных происшествиях, героических подвигах, великих открытиях и изобретениях, встречах с выдающимися людьми, о занимаемых больными ранее высоких постах и т. д. Содержание фантастических конфабуляций изменчиво, при повторных рассказах сообщаются новые, столь же невероятные подробности. Вымыслы относятся к определенному периоду прошлой жизни, однако содержание конфабуляций может не считаться с понятием о времени.

Криптомнезии проявляются нарушением способности идентифицировать источник воспоминаний, что приводит к ослаблению различия (вплоть до полного его исчезновения) между действительно происходившими и лично пережитыми событиями и событиями, увиденными во сне, или о которых стало известно из книг, кинофильмов, рассказов окружающих.

Одно из проявлений криптомнезии состоит в том, что больные могут считать себя авторами творческих достижений, тогда как на самом деле последние были заимствованы ими. Утверждается собственный приоритет на открытие, изобретение, научную идею, присваивается честь создания художественного или музыкального произведения.

4.3. ПАТОЛОГИЯ МЫШЛЕНИЯ

Мышление – это психический процесс опосредованного и обобщенного отражения существенных сторон предметов и явлений объективного мира и их внутренних взаимосвязей. Человеческое мышление невозможно без языка и имеет свои логические формы. Главными из них являются: понятия, суждения, умозаключения.

Понятие – форма мышления, отражающая существенные признаки предметов и явлений объективного мира.

Суждение – форма мышления, в которой высказывается мысль о предмете, отражаются отношения и связи между предметами и явлениями или между их свойствами и признаками посредством утверждения или отрицания. Эта форма мышления существенно отличается от понятия. Последнее отражает совокупность существенных признаков предмета, а суждение отражает их связи и отношения.

Умозаключение – форма мышления, которая выводит из одного или нескольких суждений (посылок) новое (заключение).

Нарушения мышления по форме

Ускорение мышления характеризуется повышением его темпа. В силу отвлекаемости и расстройств внимания мысли часто не закончены, суждения поверхностны, отмечается склонность к рифмованию. Крайняя степень ускорения ассоциативной деятельности носит название «скачки идей» — *Fuga idearum*. Такое состояние проявляется речевым возбуждением, при крайней выраженности которого речь превращается в «словесную окрошку». Появляется сходство с бессвязностью речи, хотя по существу эти феномены принципиально различаются между собой. При скачке идей связь между мыслями не теряется, но увлекаемый вихрем ассоциаций больной оказывается в состоянии воплотить в речевую продукцию лишь часть из них. Речь не успевает за мыслью. При таком обилии ассоциаций, начав фразу, больной не оканчивает ее, переходит к другой, произносит несколько слов, затем, пропуская слова и целые предложения, спешит высказать следующую мысль и т. д.

Из записи речи больной с ускорением темпа мышления: «Я совсем здорова, у меня только маниакал. Как говорится: не важен метод, важен результат. Ваша нянечка пришла сегодня на работу, а у нее комбинация из-под платья выглядывает. Из-под пятницы — суббота... Завтра суббота. Вы меня завтра выпишете. А у Вас тоже галстук не в порядке, дайте я Вам поправлю. Не думайте, что я подлизываюсь. Уж сколько раз твердили миру, что лесьть гнусна, вредна. Я в Вас влюбилась — ну и что тут такого? Любовь не порок, а большое свинство. Я Вам письмо написала в стихах. Хотите прочитаю?» и т. д.

Замедление мышления — заторможенность, падение темпа мышления. Проявляется затрудненным образованием мыслей, воспоминаний, представлений, уменьшением общего их числа, однообразием и скудностью содержания. Внешне выражается долгими паузами между вопросами врача и ответами пациента, причем последние обычно односложны и неполны. Сами пациенты не задают вопросов, инертны. Субъективно переживается «чувство отупения, торможения, неясности в голове, ощущения преграды, пустоты, обеднения мысли». Падает мыслительная инициатива, страдает воображение, планирование, снижается способность интегрировать разнообразные суждения, мысли выражаются с трудом, медленно подбираются нужные слова и выражения.

Патологическая обстоятельность характеризуется затруднением перехода от одной мысли к другой, тугоподвижностью мышления. Больной в речи не может отделить главное от второстепенного, вязнет в деталях, в рассказе топчется на месте, уходит в сторону от основной темы, через некоторое время к ней возвращается и снова отвлекается побочными ассоциациями.

В ответ на вопрос, как случился первый судорожный припадок, больная эпилепсией стала рассказывать: «Дело было летом... Мы с девочками договорились пойти в лес за грибами. Я с вечера начала готовиться, разволновалась и ночью почти не спала. Проснулась — еще темно. Лежу и думаю: “Вставать или еще не пора?” Решила все-таки встать. Вышла за калитку, вижу, что вовремя: пастух Иван Васильевич уже коров собирает. У того пастуха прошлой осенью жена умерла от угара: все ушли из дома, а она прилегла на печку, да так и не встала. Остался Иван Васильевич один с дочкой Надей, моей подружкой. Как увидела его, так заболела у меня голова, да сильно — как от угара. “Что-то, — говорит, — ты так торопишься? Моя Надежда еще в постели потягивается”. Побежала я к ней — и правда: и не думает вставать, да еще ничего и не собрано, ищет сапоги, корзину... Я еще сильнее разволновалась. Подошли другие девочки, а она все возится. Пришли в лес, а грибы как будто попрятались: ничего нет. Шарю по земле, под каждый куст заглядываю, аж в глазах зарябило. Не заметила, как вышла на Черную поляну. Раньше там хутор был, а во время войны сгорел. Так вокруг обгорелые деревья и стоят до сих пор. Потому и Черной поляна называется. Смотрю и глазам не верю: по всем пням шапками опять разрослись. Я к пню побежала, наклонилась, а дальше все исчезло, ничего не помню. Пришла в себя на берегу речки. Девчонки вокруг стоят. Надя обнимает меня и плачет. А я вся мокрая: то ли они отливали меня, то ли обмочилась... С тех пор и болею приступами».

Резонерство — пустые бесплодные рассуждения, лишённые познавательного смысла. Основными признаками резонерства являются склонность к общим рассуждениям и неспособность принимать во внимание конкретные факты и обстоятельства. Рассуждения приобретают характер беспочвенных, беспредметных и не приводящих к определенному конкретному выводу словесных построений. Высказывания нередко многословны, высокопарны, витиеваты, многозначительны. Клинический пример (из беседы с больным): на вопрос «Считаете ли Вы себя больным?» пациент отвечает: «Это зависит от того, как понимать состояние болезни. Ведь болезнь — это форма существования, а существовать — значит жить, т. е. болезнь — это та же жизнь, одно из ее проявлений. Можно жить не болея, но болеть не живя нельзя. Чем больше в жизни страданий, тем острее ощущение жизни. Я никаких страданий не испытываю. Следовательно, я не только не болен, но я почти не живу. Моя так называемая жизнь сводится лишь к физиологическим отправлениям организма, которые не нарушены».

К резонерству относится подчеркнутое стремление ряда больных к псевдонаучным настроениям, склонность к пустому, выхолощенному теоретизированию, расплывчатым рассуждениям на отвлеченные темы,

бесплодным размышлениям о сложных, неразрешимых проблемах. Заимствованные и большей частью плохо понятые общие представления нередко привлекаются к объяснению сугубо конкретных явлений либо к их обозначению. Речь богата научными терминами из различных областей знания — философии, социологии, техники, психологии и т. д. Так, вместо изложения конкретных жалоб на здоровье больной описывает свое состояние с помощью технических терминов и аналогий.

Разорванность мышления выражается в отсутствии смысловой связи между понятиями при сохранности грамматического строя речи. Ниже приводится пример речи больного шизофренией: «Зная Вашу большую любознательность и полностью разделяя эту точку зрения, я мог бы спуститься до уровня близлежащего прилавка. И в том и в другом случае это было бы правильно, так как нельзя попасть в небо только одним пальцем».

Разорванность мышления может проявляться монологом, когда больной наедине с собой или в присутствии кого-либо говорит безостановочно долго и бессмысленно. При этом не обращает внимания на реакцию собеседника, на то, понимает ли он сказанное, слушает ли вообще.

Бессвязность мышления проявляется распадом логической структуры мышления и грамматического строя речи одновременно. Речь состоит из бессвязного набора отдельных слов, в основном имен существительных, которые могут рифмоваться. Например: «Доля, глаза, коза, пошел, чудо-юдо, пескарик, очкарик, будьте здоровы...» Или отрывок речи другого больного «Пришил-остыл... Трах! Дцы... Рык.. Никогда, да, да, никому... Пряли нивы... О-о-о... А мама такая молодая, молоденькая, володенькая... Тибол и ниф... Пух и прах...»

Наплывы мыслей (ментизм) — непроизвольное, насильственное течение нецеленаправленного потока мыслей, воспоминаний, желаний, представлений различного, обычно плохо запоминающегося содержания — «Ералаш в голове, тысяча мыслей летит, не запоминается». Содержание мыслей может расцениваться больным как странное, нелепое, им обычно не свойственное. Часто сопровождается тягостным чувством сделанности мыслей, невозможности управлять ими. Пациент сообщает: «Мысли приходят самопроизвольно. Читаю, и — раз, ударит — погиб отец, кто-то расстрелял моих детей». Таким же образом возникают необычные желания: «Вдруг появляется импульс прыгнуть с лестницы под машину — в этот момент ни о чем не думаешь, лишь бы прыгнуть». Ментизм проявляется вторжениями отдельных странных мыслей, непродолжительными эпизодами насильственного мышления, может длиться неопределенно долго.

Перерыв в мышлении (шперрунг) — эпизодически возникающие состояния блокады мыслительной деятельности, полного ее прекращения. Больные во время беседы внезапно прерываются, умолкают, спустя некоторое время (обычно секунды, минуты) возобновляют рассказ, иногда с того же, на чем остановились. Субъективно ощущается «пустота в голове, провал, перерыв, закупорка мыслей».

Могут появляться отдельные мысли, которые тут же «тают», не складываясь во что-либо определенное. Перерыв в мышлении возникает на фоне ясного сознания и считается признаком шизофренического психоза.

Нарушение мышления по содержанию

Навязчивые явления (обсессии). Суть явлений навязчивости заключается в принудительном, насильственном, неодолимом возникновении у больных мыслей, представлений, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, действий, движений при сознании их болезненности и критическом к ним отношении.

Навязчивые явления разделяются на отвлеченные (безразличные по своему содержанию) и образные, чувственные (с аффективным, нередко крайне тягостным содержанием).

К отвлеченным навязчивостям относится бесплодное мудрствование (умственная жвачка), навязчивый счет, навязчивое воспроизведение в памяти забытых имен, фамилий, терминов, определений и т. д. Страдающие этим расстройством против своей воли думают, например, о том, почему Земля круглая, что бы случилось с ней и всеми живущими, если бы она была цилиндрической формы; какова была бы Вселенная, если бы она имела границы, и т. п. Навязчивый счет выражается в назойливом стремлении считать все ступени, окна, буквы на вывесках и т. д.

Образные навязчивости проявляются в виде назойливого воспоминания какого-либо крайне неприятного, позорного события в прошлом либо в виде возникающего помимо воли и действительного отношения чувства ненависти и антипатии к близкому человеку. Могут быть навязчивые влечения (компульсии) — появление вопреки разуму, воле и чувствам стремления совершить какое-либо бессмысленное, часто опасное действие. Внезапно появляется желание ударить прохожего по лицу, сказать ему гадость, оскорбить его, цинично выругаться в общественном месте, выколоть соседу или близкому родственнику глаза, сбросить с крыши на голову прохожих тяжелый предмет и т. п. Навязчивые влечения, как правило, не выполняются, чем они отличаются от импульсивных действий.

Помимо вышеуказанных в клинике различных психических заболеваний встречаются многочисленные навязчивые страхи (фобии), навязчивые сомнения и опасения, навязчивые действия.

Сверхценные идеи представляют собой суждения или комплекс мыслей, односторонне отражающих реальные обстоятельства и доминирующих в сознании в силу их особой личностной значимости. Сверхценные идеи, по мнению многих ученых, проявляются в стойком убеждении в своем высоком призвании к различным видам деятельности, уверенности в своей исключительной одаренности, выдающихся способностях и вытекающем из этого стремлении добиться от окружающих признания объективно сомнительных прав на особое положение в жизни.

Содержание сверхценных идей не бывает откровенно странным, нелепым, в целом оно верно отражает реальные факты. Например, больной что-то реально изобретает, создает литературное произведение или картину. Однако он начинает считать себя гениальным писателем, ученым, изобретателем, высказывает убеждение в своем высоком призвании, в то время как объективно его вклад является скромным. Сверхценные идеи отличаются стойкостью, обнаруживают тенденцию застревать в сознании, им свойственна эмоциональная насыщенность. Они плохо поддаются разубеждению, оказывают значительное влияние на поведение и оценку происходящего, так или иначе связанного с содержанием сверхценных идей.

Сталкиваясь с неопровержимыми фактами, дискредитирующими сверхценные идеи, больные внешне некоторое время ведут себя правильно. Однако в новой ситуации, подкрепляющей уверенность в обоснованности своих амбиций, сверхценные идеи вспыхивают в сознании и обнаруживаются в поведении.

По содержанию сверхценные идеи чрезвычайно разнообразны. Это могут быть идеи, в основе которых лежит несоразмерно высокая оценка собственных творческих возможностей — больные считают себя значительными деятелями науки, политики, искусства, техники и ведут многолетнюю борьбу за признание себя в качестве таковых. Сверхценные идеи нередко проявляются в том, что больные считают себя ущемленными в правах, обойденными в справедливости, незаслуженно обиженными, оскорбленными, забытыми. Добиваясь восстановления своего имени, утраченных прав и привилегий, жестоко мстя обидчикам, пишут многочисленные жалобы, доносы, затевают один судебный процесс за другим. Часто встречаются сверхценные идеи ипохондрического содержания, в центре которых находятся опасения за состояние своего здоровья.

Нередко наблюдаются сверхценные идеи ревности в виде недоверчивости, готовности усматривать в поведении близкого человека признаки неверности. Сверхценными могут быть вероисповедные идеи. Больные становятся иногда основателями новых направлений религии, различных сект.

В пубертатном периоде могут формироваться сверхценные идеи, содержащие убеждение в физической неполноценности, уродстве или нарушении какой-либо функции.

Бредовые идеи — это возникающие на болезненной почве неверные, ложные мысли, не поддающиеся коррекции ни путем убеждения, ни другим каким-либо способом (В.А. Гиляровский, 1954). Совокупность бредовых идей называется бредом.

В определении бредовых идей наиболее существенными являются следующие моменты:

- ложное содержание идей и их болезненная основа возникновения;
- убежденность в их правильности;
- недоступность психологической коррекции.

Ложность содержания бредовых идей, полное несоответствие реальности отличает их от сверхценных идей. Отклонение от действительности может быть очевидным, если утверждения больных абсурдны, находятся в глубоком противоречии с фактами. Уверенность больных в правильности бредовых утверждений, отличающая их от навязчивых идей, носит явно патологический характер. Не имея доказательств своей правоты и отчасти понимая это, больные, тем не менее, не отказываются от своих убеждений, так как «интуитивно, нутром, по наитию» чувствуют, что истина находится на их стороне. Заблуждаются не они, а те, кто думает иначе. Накапливая доказательства в пользу бреда, больные стремятся убедить не себя, они в этом не нуждаются, — а окружающих, которые не разделяют их мнения.

Недоступностью коррекции ни логическим, ни суггестивным путем бред отличается от заблуждений и ошибок, свойственных здоровым лицам.

С учетом содержания можно выделить три группы бредовых идей:

- персекуторные;**
- экспансивные;**
- депрессивные.**

Содержанием **персекуторных** бредовых идей является уверенность больных в исходящей извне угрозе престижу, материальному, физическому благополучию и жизни, возникающая на фоне тревоги, страхов, аффективного напряжения. Яркими примерами этих идей являются бред преследования, бред физического и психического воздействия и др.

Бред преследования — больные убеждены, что являются объектом постоянного наблюдения, слежки, ведущихся чаще всего с враждебными целями неизвестными лицами, организациями или людьми из непосредственного окружения. В начальной фазе бреда больные пытаются скрыться от преследователей — избегают контактов, меняют место жительства, пытаются изменить внешность, уезжают в отдаленные, безлюдные места. Спустя некоторое время они могут переходить к активным оборонительным действиям, начиная в свою очередь преследовать мнимых врагов. С этого момента они становятся опасны для окружающих.

Бред физического воздействия – убеждение в том, что преследователи, используя технические средства или другие способы воздействия, нарушают деятельность внутренних органов, расстраивают жизненно важные функции организма, вызывают разнообразные тягостные физические ощущения.

Бред психического воздействия – убеждение в том, что преследователи с помощью особой аппаратуры, гипноза, телепатии, биополей, посредством некоей ноосферы воздействуют на психику и поведение больных. В архаических бредовых идеях фигурирует воздействие посредством магии, колдовства, ворожбы, порчи и т. д.

Бред отравления – убеждение больных в том, что их пытаются отравить или отравили определенным или неизвестным ядом. Довольно часто сочетается с вкусовыми и обонятельными галлюцинациями. По бредовым мотивам больные люди могут отказываться от пищи и питья.

Бред ограбления – больные считают, что лица, преследующие их, завладели квартирой, материальными ценностями, оставили их без средств к существованию. На этом основании они пишут заявления в правоохранительные органы, требуют защиты. В случае отказа в возбуждении уголовного дела могут считать, что полиция в сговоре с бандитами, и жаловаться в вышестоящие инстанции.

Бред ревности – убеждение в том, что супруг(а) или любовник(ница) изменяли в прошлом и (или) изменяют в настоящее время. Постоянно ищут доказательства измены: следят за передвижением подозреваемого человека, подслушивают телефонные разговоры, читают их письма, обыскивают одежду и белье и т. д.

Содержанием **экспансивных** бредовых идей является переоценка своих возможностей, общественного положения, происхождения, здоровья, внешних данных. Наблюдается несколько приподнятый фон настроения. Может быть повышена активность, как общая, так и связанная с реализацией бредовых идей.

Бред величия – убеждение в обладании огромной властью, распространяющейся на всю страну, планету и даже Вселенную.

Бред могущества – убеждение больных в том, что природные и общественные процессы протекают по их воле, их возможности воздействовать на окружающее неограниченны, беспредельны.

Бред бессмертия – больные утверждают, что жили или будут жить всегда. Руководствуясь этим ошибочным мнением, они теряют всякую осторожность, беспечно рискуют своей жизнью.

Бред изобретательства – больные считают себя гениальными изобретателями, авторами грандиозных научных открытий. На этом основании больные добиваются признания, считают, что их незаслуженно замалчивают, пытаются украсть их изобретение и т. д.

Бред высокого происхождения – больными владеет уверенность в том, что их родители – лица, занимающие высокое положение в обществе, однако скрывающие родственные связи с ними.

Содержанием **депрессивных** бредовых идей является пониженная оценка своих возможностей, состояния здоровья, общественного положения, внешности. Бред возникает на фоне подавленного настроения.

Бред самоуничижения – убеждение в собственной никчемности, бездарности, глупости, полной непригодности к какой-либо полезной деятельности и т. п. В этом случае возможны попытки суицида или даже законченный суицид.

Бред самообвинения – больные обвиняют себя в совершении различных неблагоприятных поступков, преступлений и выражают готовность понести за это справедливое наказание. Возможны самооговоры.

Бред греховности – убеждение больных в том, что они нарушили заповеди Бога, осквернили святыни, отступили от данных ранее обетов.

Бред унищания – лишенная объективного основания уверенность в отсутствии материальных средств, полной нищете и скорейшей смерти от голода.

4.4. ПАТОЛОГИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Эмоции – это психический процесс, отражающий субъективное отношение человека к действительности и к самому себе.

Гипертимия (маниакальный аффект) – повышенное, радостное настроение с усилением влечений к неутолимой деятельности, ускорением мышления и речи, веселостью, чувством превосходного здоровья, выносливости, силы, когда все воспринимается в розовом цвете; над всем господствует оптимизм. Для маниакального аффекта характерны изменчивость внимания, отвлекаемость, поверхностность суждений, многоречивость, гипермнезия. Больным свойственна переоценка собственной личности, нередко достигающая степени сверхценных или бредовых идей величия, могущества, бессмертия. Больные выглядят помолодевшими, у них учащается пульс, они буквально неистощимы, сон сокращается. Растормаживаются все влечения, больные очень подвижны. В связи с вышеперечисленным такие люди могут совершать различные правонарушения. Если интенсивность маниакального аффекта невелика, то говорят о гипомании.

Эйфория – повышенное настроение с беспечным довольством, пассивной радостью в сочетании с замедлением мышления и снижением двигательной активности.

Гипотимия (депрессивный аффект, депрессия) — угнетенное, меланхолическое настроение, глубокая печаль, уныние, тоска с неопределенным чувством грозящего несчастья и физически тягостными ощущениями в виде стеснения в груди, тяжести на сердце и во всем теле. Ничто не приносит радости, удовольствия, весь мир становится мрачным. Настоящее и будущее видятся безысходными и безрадостными. Прошлое рассматривается как цепь ошибок. Депрессивный аффект сопровождается замедлением и затруднением всех психических актов, снижением влечений, отсутствием аппетита, нарушением сна. Больные выглядят постаревшими, у них выпадают волосы, наблюдаются многочисленные вегетативные нарушения (колебания артериального давления, запоры, импотенция и др.). Отмечаются явления моторной (двигательной) заторможенности, вплоть до ступора, когда больные застывают в однообразной позе со скорбным выражением на лице. При нерезко выраженном депрессивном аффекте говорят о субдепрессии.

Всякая депрессия чревата суицидом. По внешнему виду нельзя судить о глубине снижения настроения и суицидальных намерениях человека. Бывают атипичные депрессии, когда больной достаточно подвижен, может сохранять некоторую трудоспособность и даже иронизировать над своим состоянием. Однако втайне от других людей, даже самых близких, может готовиться суицид. Замечено, что люди, демонстративно заявляющие о своей готовности уйти из жизни, редко это продельвают. Поэтому при любой депрессии необходима консультация психиатра для решения вопроса о госпитализации.

Дисфория — угрюмое, ворчливо-раздражительное, злобное и мрачное настроение с повышенной чувствительностью к любому, даже весьма незначительному, внешнему раздражителю, ожесточенностью, взрывчатостью. Имеет большое судебно-психиатрическое значение, так как эти больные могут совершать различные агрессивные действия. Например, больного случайно толкнули в автобусе, в ответ на это больной ударил обидчика.

Апатия — состояние безучастности, равнодушия, безразличия, полной индифферентности к происходящему, окружающим, своему положению, прошлой жизни, перспективам будущего. Такие пациенты перестают следить за своей внешностью, могут неделями не умываться и не расчесываться, перестают убираться в квартире, бросают работу или учебу. Внешне апатия проявляется в виде снижения мимических движений, вплоть до амимии, и маломодулированности голоса. Глубокая степень апатии обычно не осознается, не расценивается пациентами в качестве патологического явления, не тяготит их, не отражается в жалобах на самочувствие.

4.5. ПАТОЛОГИЯ ВОЛИ

Воля – это психический процесс, заключающийся в сознательной, целенаправленной, мотивированной, активной психической деятельности, которая связана с преодолением внешних и внутренних препятствий и направлена на удовлетворение потребностей человека. Волевой акт состоит из этапов последовательных, спланированных действий.

Гипобулия (понижение волевой активности) – бедность побуждений, вялость, бездеятельность, скудная, лишенная выразительности речь, ослабление внимания, обеднение мышления, снижение двигательной активности, ограничение общения вследствие снижения интересов.

Абулия – отсутствие побуждений, утрата желаний, полная безучастность и бездеятельность, аспонтанность, адинамия. Больные бросают работу, суживается круг общения.

Гипербулия – повышение волевой активности, усиление побуждений, повышенная деятельность, порывистость, инициативность, говорливость, подвижность.

Импульсивные действия совершаются без контроля сознания, возникают при глубоком нарушении психической деятельности. Они внезапны и стремительны, немотивированы и бессмысленны. Больные внезапно бросаются бежать, прыгают с поезда во время движения, нападают на первого встречного, избивают всех подряд, разрушают все, что попадет им под руку, неожиданно начинают петь, кричать, бросаются на пол, кувыркаются, вертятся, ударяются головой о стену, увечат себя, пытаются совершить суицид.

Импульсивные влечения – остро, время от времени возникающие стремления, овладевающие рассудком, подчиняющие себе все поведение больного. В клинике психических болезней наблюдают:

дроманию – периодически возникающее стремление к поездкам, к бродяжничеству. В динамике указанного синдрома существует определенная этапность. Первый, реактивный этап выражается ситуационно обусловленными и психологически понятными уходами. Второй этап характеризуется привычными, фиксированными уходами; появление таких уходов объясняют также патологически повышенными влечениями. На третьем этапе уходы и бродяжничество становятся непреодолимыми, импульсивными;

клептоманию – периодически и внезапно возникающую страсть к бесцельным кражам. Украденные вещи, обычно не имеющие большой

ценности, затем выбрасываются либо возвращаются владельцу. Кражи совершаются открыто, без принятия типичных для банального воровства мер предосторожности, так что обнаруживаются почти сразу же, как и лица, их совершившие;

пироманию — стремление к поджогам. Больные стремятся поджигать все, что может гореть, совершенно не думая о материальном ущербе или даже о возможности человеческих жертв. Например, один больной шизофренией поджег дом, в котором находилась его парализованная мать, и спокойно сел на лавочку, наблюдая за огнем;

копролалию — непреодолимое стремление употреблять в речи циничные ругательства. Встречается при синдроме Жилия де ля Туретта;

нимфоманию (у женщин) и **сатириазис** (у мужчин) — импульсивно возникающие эротические влечения. Сексуальная активность во время таких приступов может носить неукротимый и беспорядочный характер, сопровождаться насильственными действиями по отношению к партнеру. Половые контакты, однако, не снижают интенсивности влечения, не приносят удовлетворения. Более того, они могут ухудшить самочувствие, в связи с чем пациенты предпочитают их избегать.

Извращение влечений и побуждений встречаются разные нарушения врожденных влечений: сексуального, пищевого, инстинкта самосохранения, родительского инстинкта:

анорексия — резкое угнетение пищевого инстинкта. Анорексия чаще всего носит невротический характер и встречается у юных девушек с низкой самооценкой;

булимия — резкое усиление пищевого инстинкта, неумеренный аппетит, зачастую сочетается с неразборчивостью в еде;

копрофагия — патологическое влечение к поеданию несъедобных вещей, в том числе и экскрементов;

гомицидомания — влечение к убийству людей без ситуационно-психологической обусловленности. Подобные преступления очень сложно расследовать, так как отсутствует мотив преступления, затруднительно построить разыскную версию;

суицидомания — влечение к самоубийству.

Перверзии — различные формы извращения полового влечения, так называемые сексуальные девиации. Современные сексологи выделяют большое количество перверзий. Уголовно-правовая оценка этих девиаций зависит от многих факторов, в частности от ситуации, в которой реализуется половое влечение:

фетишизм — объектом полового влечения является часть тела, одежда или какой-нибудь иной предмет, символизирующий сексуального партнера. На этой почве возможны кражи, например, нижне-

го белья во время его сушки на улице, обуви. Подобное поведение в случае значительного ущерба потерпевшему чревато уголовной ответственностью по ст. 158 УК РФ «Кража»;

педофилия – половое влечение к детям. Как правило, страдающий данным расстройством сексуального предпочтения, имеет возможность вступать в полноценные половые отношения, однако половозрелые особи его не привлекают. Сексуальное предпочтение отдается малолетним детям (до 14 лет). С несовершеннолетними детьми совершаются как развратные действия (ст. 135 УК РФ), так и изнасилования (ст. 131 УК РФ), а также насильственные действия сексуального характера (ст. 132 УК РФ);

геронтофилия – половое влечение к лицам пожилого возраста, старикам. Сексуальное предпочтение отдается не сверстникам, а лицам значительно старше по возрасту. Возможны изнасилования пожилых женщин (ст. 131 УК РФ);

зоофилия (скотоложество) – половое влечение к животным. В отдельных случаях, когда животному наносится вред или даже оно погибает при совершении сексуальных действий, можно применять ст. 245 УК РФ «Жестокое обращение с животными»;

некрофилия – половое влечение к трупам и совершение с ними сексуальных действий. Крайней формой некрофилии является некросадизм – стремление к осквернению трупа и надругательству над ним (чаще в форме отрезания молочных желез, вырезания половых органов) и некрофагия – поедание частей трупа (часто – половых органов). И некрофагия, и некросадизм иногда сочетаются с предварительным убийством жертвы, либо получение сексуального удовлетворения сопряжено именно с самим процессом убийства;

садизм – половое удовлетворение, получаемое путем причинения страданий или унижений половому партнеру. В отдельных случаях партнер садиста рискует получить серьезные повреждения или даже погибнуть. В подобных ситуациях будет обсуждаться причинение вреда здоровью или убийство;

мазохизм – получение сексуального удовлетворения при унижении и физических страданиях, причиняемых половым партнером;

вуайеризм – влечение к подглядыванию за половым актом или обнаженными объектами сексуальных предпочтений.

4.6. СИНДРОМЫ НАРУШЕННОГО СОЗНАНИЯ

Сознание – высший интегративный психический процесс. Оно осуществляет в бодрствующем состоянии познавательное отражение объективного мира и самого себя, способствует адаптации субъекта в окружающей его природной и социальной среде и позволяет изменять ее в соответствии со своими потребностями.

Синдромы помрачения сознания различны по своим проявлениям. Однако они имеют и общие признаки:

- 1) отрешенность от реального мира, выражающаяся в неотчетливом восприятии окружающего, затруднение фиксации или полной невозможности восприятия;
- 2) более или менее выраженная дезориентировка во времени, месте, окружающих лицах, ситуации;
- 3) нарушение процесса мышления в виде бессвязности с ослаблением или полной невозможностью суждений;
- 4) затруднение запоминания происходящих событий и субъективных болезненных явлений (воспоминания о периоде помрачения сознания очень отрывочно или совсем отсутствуют).

Оглушение выражается в резком повышении порога всех внешних раздражений, в затруднении и замедлении образования ассоциаций. Ориентировка в окружающем неполная или отсутствует. Вопросы воспринимаются не сразу, больной понимает их смысл с большим усилием, сложные вопросы не осмысливает. Ответы неполные, неточные. Все движения замедлены, мимика бедная, больной молчалив. Взгляд и выражение лица безразличные, тупые. Больной легко впадает в дремоту. Воспоминаний о периоде оглушения обычно не сохраняется.

Делирий — характерен наплыв ярких чувственно-пластических представлений, обилие образных, непрерывно всплывающих, наглядных воспоминаний. Возникает ложная ориентировка в окружающем. Характерны парейдолии и зрительные галлюцинации, истинные вербальные галлюцинации. Настроение очень изменчивое. Возникает то панический страх, то возбужденное любопытство, то плаксивость, то эйфория. Больной обычно беспокоен, пытается куда-то бежать, сопротивляется при удерживании.

Галлюцинации при делирии сценopodobные. Больные становятся как бы зрителями, живо и адекватно реагирующими на все призрачные события. Они в страхе убегают, защищаются, с любопытством рассматривают что-либо. Вместе с тем отмечается противопоставление себя своим видениям и сохранность ориентировки в собственной личности. Воспоминания о делирии отрывочны, часто бессвязные.

Онейроид (сновидное, фантастически-бредовое помрачение сознания) выражается в причудливой смеси фрагментов отражения реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких, чувственных, фантастических представлений.

Больной полностью отрешен от окружающего, наблюдаются изменения самосознания (перевоплощение), а также диссоциация между последовательно развивающимися, как в сновидении, фантастиче-

скими событиями и внешней неподвижностью или бессмысленным возбуждением. Воспоминания о субъективных явлениях во время онейроидного помрачения сознания сохраняются с гораздо большими подробностями и последовательностью, чем при делирии.

Сумеречное помрачение сознания — это расстройство наступает внезапно, обычно недолго и столь же внезапно кончается, вследствие чего его называют транзиторным. Типично сочетание глубокой дезориентировки в окружающем с развитием галлюциноза и острого образного бреда, аффектом тоски, злобы и страха, неистовым возбуждением или внешне упорядоченным поведением.

Под влиянием бреда, галлюцинаций и напряженного аффекта больной внезапно совершает чрезвычайно опасные поступки: зверски убивает или калечит принимаемых за врагов близких родственников, посторонних людей; в силу охватившей его ярости бессмысленно разрушает все, что попадает под руку, с одинаковой злобой и одушевленное, и неодушевленное.

Приступ сумеречного помрачения сознания кончается критически, нередко с последующим глубоким сном. Воспоминания полностью отсутствуют. Сумеречное помрачение сознания может быть эквивалентом судорожных припадков при эпилепсии.

Контрольные вопросы

1. Что такое симптом и что такое синдром? Какое значение они имеют для клинической картины болезни?
2. Какие симптомы нарушения восприятия вы знаете? Каково их судебно-психиатрическое значение?
3. Как может нарушаться память?
4. Какие расстройства мышления вам известны?
5. Чем отличается бред от навязчивой идеи?
6. Какие виды бреда вы знаете? Каково их судебно-психиатрическое значение?
7. Какие нарушения эмоций вы знаете? Каково их судебно-психиатрическое значение?
8. Как проявляется депрессивный синдром?
9. Как проявляется маниакальный синдром?
10. Патология воли и ее судебно-психиатрическое значение.
11. Каково судебно-психиатрическое значение импульсивных влечений?
12. Каково судебно-психиатрическое значение сексуальных девиаций?
13. Критерии помраченного сознания.
14. Виды нарушенного сознания, их судебно-психиатрическое значение.

5. ЭНДОГЕННЫЕ ПСИХОЗЫ И ИХ СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

Эндогенные психозы – это целая группа психических расстройств, объединенная по принципу происхождения заболевания. Эндогенными в медицине принято называть болезни, которые возникают без видимых внешних причин и в основном обуславливаются внутренними изменениями в организме. Часто истинная причина этих расстройств не установлена, есть предположение о существенном влиянии генетических факторов.

Психические расстройства эндогенного характера в судебно-психиатрической практике занимают большое место.

5.1. ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения – психическое заболевание, а точнее, группа сходных психических расстройств неясной этиологии, с тенденцией к длительному непрерывному волнообразному или приступообразному течению, приводящее к особым изменениям личности в виде снижения психической активности, эмоционального обеднения и нарастающей замкнутости, отгороженности от окружающих.

В судебно-психиатрической практике примерно 50% подэкспертных, признанных невменяемыми, составляют больные шизофренией. Это обстоятельство свидетельствует о большом судебно-психиатрическом значении данного психического заболевания.

Распространенность. Ежегодно диагностируется приблизительно один новый случай на 1000 человек населения. Этот показатель устойчив во всем мире, поскольку заболеваемость не зависит от расы или национальности. Значимых половых различий при заболеваемости шизофренией не обнаружено.

Средний возраст начала заболевания составляет для мужчин 15–25 лет, для женщин – 25–35 лет. Диагноз шизофрении редко устанавливают лицам в возрасте моложе 10 лет и старше 50 лет.

Этиология. Причины развития шизофрении точно не известны. По мнению А. Б. Шмуклера (2012), в развитии заболевания имеют значение следующие факторы:

- Наследственность
- Нарушение раннего развития ЦНС
- Прогрессирующее нарушение развития мозга

- Нейрохимическая сенсбилизация
- Злоупотребление психоактивными веществами (каннабиноидами)
- Вирусное поражение
- Неблагоприятные факторы окружающей среды.

Многие исследователи соглашаются, что в развитии шизофрении большую роль играет наследственный фактор. Имеется семейная предрасположенность к болезни. Если больны оба родителя, то риск заболевания ребенка составляет 40–50%; если болен один из них — 5%; при наличии больного сиблинга — 10%, если болен сиблинг и один родитель — 17%. У родственников больных шизофренией первой степени родства это заболевание выявляется значительно чаще, чем у родственников третьей степени родства (двоюродных братьев и сестер), у которых вероятность шизофрении почти такая же, как и у населения в целом.

В то же время шизофрению нельзя считать чисто наследственным заболеванием, так как ее конкордантность у однойцевых близнецов составляет 50%. Вероятнее всего, наследуется предрасположенность к шизофренической дезорганизации психики. Иногда она приводит к заболеванию уже в детском или подростковом возрасте, но чаще — в юношеском или раннем взрослом возрасте, когда начинается самостоятельная жизнь. Лишившись опеки, человек с наследственной предрасположенностью может не вынести жизненных трудностей, разочарований и утрат, и тогда, по мнению ряда ученых, у него развивается шизофрения.

Представляет интерес и так называемая модель стресс-диатеза, согласно которой для возникновения заболевания необходимо наличие и специфической уязвимости индивидуума (диатеза), и действие стрессора окружающей среды. Стрессор может иметь биологическую природу (например, вирус) или психосоциальную (неблагоприятная семейная обстановка).

Основные симптомы шизофрении. Сходство разных форм шизофрении определяется основными («ядерными», «негативными») симптомами, различия — дополнительными («вторичными», «позитивными») симптомами.

Ядерные симптомы встречаются при всех формах шизофрении, но степень их выраженности различна. Ядерных симптомов немного: апатия, абулия, аутизм, амбивалентность.

Апатия (эмоциональное снижение). Начинается с нарастающей холодности больных к близким и значимым для них людям, безучастности к событиям, которые непосредственно задевают больного, утраты прежних интересов и увлечений. Проявления эмоций ослабевают и упрощаются. Голос становится монотонным, лишенным эмоциональных модуляций. На одной ноте говорят и о вещах безразличных, и о том, что, казалось бы, должно волновать. Лицо делается гипомимичным, утрачи-

ается тонкая выразительность мимики, ее заменяют грубые утрированные гримасы. Появляются нелепое и неуместное хихиканье и смешки. В крайних случаях эти нарушения становятся настолько выраженными, что их называют «эмоциональной тупостью». Но в начале заболевания они могут быть стертыми, проявляться, например, лишь избирательной немотивированной неприязнью больного к тем, кто его любит и о нем заботится (часто к матери), неряшливостью и нечистоплотностью в одежде и в быту. Но даже это может быть внешне незаметным, и лишь сам больной жалуется на то, что потерял способность радоваться и горевать, волноваться или испытывать интерес, как раньше.

Амбивалентность (двойственность): для шизофрении характерны утрата единства психических процессов, рассогласование и дисгармоничность мышления, эмоции, моторики (своеобразное «расщепление» — термин, от которого и произошло название: «шизо» в переводе с греческого означает «расщепляю», «френос» — «разум»). Это ярче всего наблюдается в эмоциональной сфере: больной сообщает, что он испытывает к кому-либо одновременно любовь и ненависть или интерес и отвращение к чему-либо сразу. Изменяется поведение: больной ласкается и щиплет, целует и кусает одновременно.

Абулия (дословно «безволие») проявляется снижением активности, бездеятельностью. В тяжелых случаях больные даже не обслуживают себя: не моются, испражняются где попало, мочатся под себя, целые дни валяются в постели или сидят в одной позе. Обычно абулия начинается с того, что они забрасывают свои обычные занятия и работу, запускают все домашние дела, никак не могут собраться что-нибудь сделать. Иногда это связывают с «падением энергетического потенциала», когда больные жалуются на слабость, усталость при полном бездействии.

Аутизм — утрата контактов с окружающими, уход во внутренний мир, отгороженность, замкнутость. Теряются связи с прежними приятелями и знакомыми, а новые друзья не появляются. Важно появление этого признака, когда ранее он отсутствовал.

Наряду с вышеперечисленным у больных шизофренией возможна другая разнообразная симптоматика, не являющаяся абсолютно специфической для этой болезни: бред, галлюцинации, кататонические расстройства, депрессия или мания, неврозоподобные и психопатоподобные проявления.

Формальные нарушения мышления получили такое название потому, что они касаются не содержания мыслей, а самого мыслительного процесса, прежде всего логической связи между мыслями, а в тяжелых случаях даже внутри одной фразы. Когда это достигает крайности, речь больного становится совершенно разорванной, состоящей из набора обрывков фраз («словесный салат»). Обычно в начале заболевания нарушения выражены незначительно:

в виде «соскальзываний» (нелогичного перехода от одной мысли к другой, чего сам больной не замечает);

«неологизмы» (придумывание новых вычурных слов, например «тягофон» вместо «телефон»);

склонность к пустому резонерству, бесплодным рассуждениям (например, «собака виляет хвостом, когда радуется, а кошка, когда сердится, — если бы у человека был хвост, то когда бы он им вертел?») или витиеватых выражений, ранее больному не свойственных («пир вокала» — об эстрадном концерте певца).

В начальных стадиях заболевания подобные нарушения мышления вообще могут быть незаметны, их удастся обнаружить только патопсихологическими методами, например, обнаруживаются искажения процесса обобщения, которое осуществляется по несущественным признакам. Из четырех картинок (часы, термометр, весы, очки) больной откладывает в сторону как не относящиеся к одному понятию (измерительные приборы) не очки, а весы («они большие, в карман не положишь»). Сами больные могут жаловаться на неуправляемый поток мыслей, или его внезапные перерывы, или на два параллельно текущих потока мыслей.

Память и интеллект, приобретенные до начала заболевания, долго остаются без существенных изменений. По мере формирования шизофренического дефекта происходит разрушение личности и, безусловно, происходит интеллектуально-мнестическое снижение.

А.Б. Шмуклер (2012) выделяет нарушения социальной когниции у больных шизофренией.

Нарушение адекватности социального восприятия, вербальных коммуникаций, способности к решению межличностных проблем и сложных жизненных ситуаций:

снижение способности

- к распознаванию эмоций другого человека;
- адекватному выражению собственных эмоций;
- точной передаче полученной им вербальной информации;
- вербальному выражению собственных чувств и мыслей.

Повышенная тревога по отношению к социальным эмоционально значимым стимулам.

Легкая дезорганизация деятельности под влиянием эмоциональных нагрузок.

Плохая переносимость ситуации конкуренции.

Сниженная способность испытывать удовольствие.

Тот же автор указывает на нарушения интегративной перцепции у больных шизофренией. У больных шизофренией отмечается нарушение обобщения информации, поступающей из различных источников

(зрительных, слуховых, вестибулярных, соматосенсорных и пр.), и формирование интегративного образа.

Не получающее сенсорной информации или лишенное обратной сенсорной связи «действие» (или «действие», получающее искаженную информацию) дезорганизуется, становится «атактичным». Расогласование ожидания и результата действия может приводить к когнитивным расстройствам, а также, возможно, лежит в основе развития психопатологической симптоматики, в частности, синдрома психического автоматизма.

При описании шизофрении принято выделять типы течения и формы болезни. Форма шизофрении может иметь разные типы течения.

Типы течения шизофрении

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) выделяются следующие типы течения шизофрении:

1. Непрерывный (непрерывнотекущая шизофрения) – начало болезни постепенное, болезненные расстройства нарастают исподволь. Течение болезни практически без светлых промежутков.

2. Эпизодический с нарастающим дефектом (ранее назывался приступообразно-прогредиентная, или шубообразная шизофрения).

Данный тип протекает в форме приступов, после приступов отмечается сглаживание болезненной симптоматики, некоторое улучшение (ремиссия). Однако от приступа к приступу отмечаются все более заметные изменения личности, нарастает дефект.

3. Эпизодический ремиттирующий (рекуррентный).

Возникают относительно кратковременные психотические приступы, после которых – светлый промежуток (интермиссия). Изменения личности нарастают медленно.

Формы шизофрении

Параноидная шизофрения

Это наиболее часто встречающаяся форма, особенно если заболевание начинается после 20 лет. Характерен **бред воздействия, преследования и отношения**. Реже встречаются другие виды бреда – заражения, отравления, метаморфозы, ревности, величия и т. д. Бред воздействия проявляется тем, что больной утверждает, что на него кто-то или что-то действует необычным способом, руководя его мыслями, чувствами, поведением или подвергая опасности его здоровье. Эти воздействия не воспринимаются обычными органами чувств: невидимые лучи, неосязаемые токи и волны, радиоактивность, ультразвук (бред физического воздействия) или гипноз, колдовство, парапсихологические внушения, влияние умерших лиц и т. д. (бред психического воздействия). Оценивая подобные идеи как бредовые, всегда необходимо

проверить, не распространены ли подобные суждения в той субкультуре, к которой принадлежит больной, в его непосредственном окружении. Например, не увлекаются ли там рассказами о колдовстве, о магических действиях, о влиянии инопланетян или занятиями спиритизмом, парапсихологией и т. д.

Бред преследования часто отличается неопределенностью и вычурностью (какие-то никому не известные таинственные организации, террористические группы замышляют расправиться с больным). Отдельных конкретных преследователей обычно называют редко, указывают на совершенно случайных лиц. Бред отношения, как правило, проявляется в людных местах (в вагонах поездов, на сборищах и т. д.) или в привычных компаниях. Кажется, что все на больного смотрят, о нем перешептываются, над ним подсмеиваются, на что-то намекают.

Другие виды бреда поражают своей нелепостью. Больные заявляют, что, дотрагиваясь до дверных ручек, заразились сифилисом или СПИДом (бред заражения), что в тело вселилось какое-то животное, что собственные внутренние органы все сгнили (ипохондрический бред) и др.

Галлюцинации чаще всего бывают **слуховыми** вербальными. Особенно характерны голоса, отдающие приказы больному (императивные галлюцинации), которые могут сделать больного опасным для себя (слышится приказ покончить с собой или нанести самому себе тяжкое повреждение) и для окружающих (голос может велеть больному кого-либо убить, совершить разрушительное действие). Нередко голоса комментируют поведение больного. Слышатся также оклики по имени. Обонятельные галлюцинации бывают гораздо реже (обычно больного преследуют отвратительные запахи – труп, газа, крови, спермы и т. д.), они могут быть причиной отказа от пищи и считаются признаком злокачественного течения болезни. Зрительные галлюцинации нехарактерны, скорее встречаются обусловленные бредом иллюзии («видят» мелькнувшее в чьих-то руках оружие, принимая за него какой-либо предмет при бреде преследования).

Сочетание бреда и галлюцинаций может быть оформлено в виде особого синдрома – синдрома Кандинского–Клерамбо. **Синдром Кандинского–Клерамбо** включает в себя:

- 1) слуховые псевдогаллюцинации;
- 2) бред преследования, бред физического и психического воздействия;
- 3) психические автоматизмы.

Психические автоматизмы – это отчуждение собственных психических актов, больной убежден, что его телом, мыслями кто-то управляет, сам он лишается возможности проявлять свою волю. Психические автоматизмы бывают трех видов:

А) мысленные или идеаторные – больной убежден, что его мыслями управляют. Как вариант может быть убеждение, что свои мысли отнимаются, а «чужие», «сделанные» мысли вкладываются в голову;

Б) сенестопатические – убеждение в том, что преследователи управляют телесными ощущениями больного, создают неполадки в работе внутренних органов (чаще всего называют сердце, кишечник, половые органы);

В) моторные (двигательные) – больной считает, что управляют его движениями как всего тела, так и отдельных его частей. Например, может быть убеждение, что больного «заставляют» говорить всякие нелепости против его воли, так как управляют его языком. Или его «рукой взяли и ударили» прохожего, хотя сам больной этого не хотел.

Клинический пример параноидной формы шизофрении (цит. по Г.В. Морозову, 1988):

«Обследуемый А., 36 лет, обвиняется в попытке убить свою жену и физическом сопротивлении работникам милиции при задержании. Среди родственников А. психически больных нет. Рос и развивался правильно. В школе начал учиться с 7 лет, учился плохо, “из-за лени и озорства” остался на второй год в 5-м классе, после чего оставил школу. Работал коногоном и грузчиком на заводе. По характеру был веселым, общительным. Алкоголем не злоупотреблял. Во время войны служил в армии. После демобилизации вновь поступил работать на завод, женился. Первые 2 года семейной жизни был доволен, но затем стал замечать, что жена “странно ведет себя”. По его словам, «жена принимала у себя в доме каких-то незнакомых мужчин, имела с ними какие-то непонятные дела». Следил за женой. Обнаружил в доме “какую-то электропроводку”, пришел к убеждению, что жена “участвует в шпионской деятельности”.

Не спал по ночам, был тревожен, испытывал страх. Жену упрекал в том, что она сделала что-то такое, отчего все его действия в доме “становятся известными населению”. Заявлял, что в электрическом счетчике и радиорепродукторе установлены “приборы для подслушивания”, за ним на улице “следят, как за шпионом”. Обвинял жену в том, что она о нем “с кем-то шепчется и разговаривает по телевизору”, ночью что-то искал в цветочных горшках.

Без внешнего повода А. нанес жене удар ножом по голове, после чего поджег в комнате одежду жены и, вооружившись ножом и топором, оказал сопротивление работникам милиции и пожарной охраны.

При обследовании внутренних органов отклонений от нормы не выявлено. В неврологическом статусе знаков грубого поражения ЦНС не выявлено.

Обследуемый неточно ориентирован во времени, не понимает цели направления на экспертизу. При беседе с врачом некстати улыбается, иногда многозначительно поглядывает на собеседника, подмигивает.

Формальные сведения о себе сообщает правильно, но на часть вопросов отвечает уклончиво. На вопросы о правонарушении сказал, что “так нужно было”. Постепенно рассказал об этом более подробно.

Считает, что поступил правильно, когда пытался убить жену, которая, по его словам, организовала у себя в доме “приемно-передаточный шпионский центр”. Сообщает, что жена установила в доме при помощи своих сообщников “техническую аппаратуру”, замаскированную в радиорепродукторе, электросчетчике и в других местах. Жена, по его словам, была связана с “изменниками Родины”. А. убежден, что и здесь “за стенами, происходит что-то непонятное, подозрительное”, считает, что вокруг “совершается колдовство”, поэтому отказывается от лабораторных исследований и от лекарств. В отделении держится отчужденно, большую часть времени лежит в кровати. Иногда бывает растерян, суетлив, совершает ряд символических ритуальных действий: всегда перед тем, как лечь в постель, 2 раза стучит ногой по полу, объясняя, что борется с “нечистой силой”. Сообщает, что ему “в уши говорят по-разному”. По просьбе врача повторяет за “голосами” отрывочные бессмысленные фразы. Мышление непоследовательное, речь временами бессвязная, с элементами соскальзывания по созвучию. Критика к своему состоянию и правонарушению отсутствует.

Заключение: А. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении (параноидная форма), рекомендовано признать невменяемым. Нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа».

Гебефреническая шизофрения

Гебефреническая шизофрения начинается в подростковом или юношеском возрасте (Геба в древнегреческой мифологии – богиня юности). В США ее называют дезорганизованной шизофренией. Больные ведут себя как плохие актеры, играющие роль шалящего ребенка. **Нелепая дурашливость, грубое кривлянье, утрированные гримасы, нелепый хохот** делают поведение карикатурно детским. Веселье больных не заражает, а пугает и тяготит других («холодная эйфория»). Они говорят неестественным голосом – патетическим тоном или сюсюкают, при этом часто изощренно нецензурно бранятся, коверкают слова. В речи слышится примитивное рифмование. Временами вспыхивает **двигательное возбуждение**: бегают, кувыркаются, валяются по полу, немотивированно бьют других, часто жестоко, и тут же лезут целоваться. Больные склонны беззастенчиво обнажаться при посторонних, на глазах у всех онанируют, стремятся схватить окружающих за половые органы. Бывают нечистоплотны и неопрятны, могут нарочно мочиться и испражняться в постели или в одежде. Прожорливость чередуется с разбрасыванием пищи.

Бредовые высказывания обычно отрывочные, несистематизированные, а **галлюцинации** – эпизодические.

Заболевание отличается злокачественным течением. В течение 1–2 лет, а иногда и нескольких месяцев развивается шизофренический дефект с резко выраженными ядерными симптомами: апатией, абулией, распадом речи и мышления.

Кататоническая шизофрения

Кататоническая шизофрения (от древнегреч. kata – вдоль, tonos – напряжение) проявляется чередованием кататонического возбуждения и обездвиженности (ступора) с полным молчанием (мутизмом).

Кататоническое возбуждение начинается с растерянно-патетического возбуждения, когда больные с пафосом высказывают отрывочные **бредовые идеи** и при этом обнаруживают неполную ориентацию в окружающем мире. Появляются **«эхо-симптомы»**: повторение чужих слов (эхолалия), мимики окружающих, как бы передразнивание выражения их лица (эхомимия), их движений и действий (эхопраксия). Позже возбуждение становится импульсивным – больные могут броситься бежать, часто при этом срывая с себя одежду. Далее **психомоторное возбуждение** перерастает в хаотичное и сводится к стереотипно повторяющимся бесцельным действиям и немотивированной импульсивной агрессии – больные бьют и крушат все вокруг. Всемю оказывают бессмысленное упорное сопротивление, делают противоположное тому, что им говорят (негативизм). Часто срывают с себя одежду. Могут наносить себе серьезные повреждения.

Кататонический ступор – обездвиженность с полным молчанием (мутизм) может сочетаться с повышенным пластическим тонусом – восковой гибкостью: руки, ноги, голова застывают надолго в той позе, которую они приняли или им кто-нибудь придал, порой в самой неудобной и неестественной. Тонус может быть низким (вялый ступор), или больные, лежа в одной позе (часто в позе «эмбриона»), оказывают резкое сопротивление любым попыткам изменить позу (негативистический ступор). В состоянии ступора больные не едят, могут сопротивляться кормлению, и питание осуществляется через зонд. Мочатся и испражняются под себя. Сознание во время ступора может полностью сохраняться, и в последующем, когда ступор проходит, больные подробно рассказывают обо всем происходившем вокруг. Проиллюстрировать вышесказанное может следующий клинический пример (из книги Т.А. Невзоровой «Лекции по психиатрии»): «Больная В., 18 лет. Работает в почтовом отделении. В анамнезе имеется указание на психические “странности” у тетки по линии матери. Двоюродный брат отца в молодом возрасте неоднократно находился в психиатрической больнице. До 15 лет больная отличалась живым, любознательным характером, с большим внима-

нием относилась к родителям, особенно была привязана к младшей сестренке. Охотно общалась со сверстниками, оставаясь сдержанной и теплой со всеми. Со слов родителей, заболевание началось с того, что девочка стала вялой, утратила инициативу, интерес к занятиям и общению с подругами, охладела к их просьбам. Постепенно совсем отгородилась от родителей, стала с ними груба, порой отказывалась от еды. Через 3 месяца болезненное состояние прошло без всякого вмешательства со стороны врачей. Спустя 3 года неожиданно стала обездвижена, подолгу сидела в одной позе, иногда с пищей во рту застывала на несколько минут, на вопросы почти не отвечала или шептала что-то невнятное. Была помещена в психиатрическое отделение городской больницы, где состояние обездвиженности нарастало».

Далее приводится фрагмент описания осмотра В. врачом-психиатром. «С помощью двух санитаров больная входит в аудиторию. Как только персонал перестал оказывать ей помощь в передвижении, она остановилась как бы на полушаге с выдвинутой вперед правой ногой. Голова опущена, руки, согнутые в локтевом суставе, притянуты к груди. Кожа лица сальная, рот наполнен слюной, между плотно сжатыми губами просвечивают капли слюны. На просьбу врача подойти поближе к столу никак не реагировала. После того как медицинский персонал чуть-чуть подвинул больную вперед, она сделала два полных шага и вновь застыла. На вопросы независимо от их содержания не дает ответа, при этом не отмечается ни мимической, ни сосудисто-вегетативной реакции. Поднятые врачом рука, голова остаются в приданном положении.

— Валя, скажите мне о своем состоянии, я хочу Вам помочь, назначить лечение, чтобы Вы скорее поправились. (Больная продолжает неподвижно стоять, не выражая никаких эмоций, однако мышечное напряжение, негативизм, напряженность в лице усиливаются.) — Ну, если не хотите отвечать, можете идти в палату.

Больная еще доли секунды остается в той же позе, затем поворачивается и собирается выйти, но вновь застывает на полуобороте. Персонал выводит ее из комнаты без всякого сопротивления».

Онейроидная кататония: обездвиженность сочетается со сновидным помрачением сознания. На лице у человека, находящегося в онейроиде, выражения страха и экстаза сменяют друг друга. Обращает на себя внимание расщепление между внешней неподвижностью и яркими и бурными событиями в сознании больного, о которых он рассказывает лишь впоследствии. При этом выясняется, что лишь отдельные реальные события доходили до сознания больного, а обстановка вокруг воспринималась в соответствии с грезоподобными фантазиями (другие больные принимались за инопланетян, сама больница — за какой-то лагерь и т. д.).

Длительность кататонического возбуждения – от нескольких минут до часов, если его не прерывают нейролептиками. Возбуждение часто предшествует ступору, который длится от нескольких часов до нескольких дней, реже дольше.

Простая форма шизофрении

Простая форма проявляется в основном постепенно нарастающими ядерными симптомами шизофрении, совокупность которых обозначают как **апато-абулический** синдром. Болезнь подкрадывается незаметно: родные долго не видят изменений, а когда замечают, то сравнивают, каким был больной год-два назад и каким стал теперь. Исчезает интерес ко всему, что раньше интересовало: к любимым развлечениям, хобби, компаниям друзей. В свободное время больные ничем не заняты: сидят дома, слоняются без дела, бесцельно где-то бродят. Еще продолжают ходить на учебу или на работу, но делают это как бы автоматически, продуктивность быстро падает, усвоить что-то новое оказываются неспособными. Становятся все более замкнутыми, молчаливыми. Волнующие события перестают вызывать эмоциональную реакцию. Их не трогают ни несчастья, ни радостные события. К родным относятся безразлично, порой враждебно, особенно к тем, кто о них больше всех заботится. Эмоциональное снижение заметно: лицо делается маловыразительным, мимика скудная. Голос становится монотонным («деревянный голос»).

Больные становятся вялыми, бездеятельными. Не следят за чистотой одежды, не моются, не хотят менять даже белье, спят не раздеваясь.

Нарушения мышления вначале характеризуются бедностью речи и внезапными остановками, «обрывами» посреди фразы или «соскальзываниями» на неожиданную тему. Больные придумывают новые слова (неологизмы). В далеко зашедших случаях речь состоит из обрывков фраз. Изредка могут встречаться эпизодические бредовые высказывания или возникают галлюцинации (например, оклики по имени), о которых больной может не рассказывать, но видно, что иногда он к чему-то прислушивается. Стойкого бреда и галлюцинаций не возникает.

Клинический пример № 1 (цит. по Г.В. Морозову, 1988).

«Обследуемая Н., 19 лет, привлечена к ответственности за убийство отца. Мать обследуемой неоднократно госпитализировалась в психиатрическую больницу с диагнозом “шизофрения”.

Н. в детстве развивалась правильно, в 8 лет поступила в школу. В 1-м и 2-м классах училась хорошо, по характеру была живой, подвижной, энергичной. В 4-м классе успеваемость значительно снизилась, заниматься не хотела, все стало неинтересным, противным. Начала драться со своими сверстниками, могла неожиданно схватить камень и бросить в ученицу, не обнаруживая затем сожаления.

За недисциплинированность была исключена из школы. Поступила в швейное ателье, где в течение нескольких месяцев была ученицей. Постоянно нарушала дисциплину, однажды бросила горячий утюг на пол — “хотела посмотреть, будет ли гореть пол”. Дразнила работников ателье, не реагировала на их замечания. Окружающие считали ее “чуждой” или “хулиганкой”.

Когда Н. было 15 лет, умерла ее мать. К смерти матери осталась равнодушной, во время похорон “внезапно рассмеялась”, хотя “не могла понять, что было смешного”. После смерти матери проживала с отцом. Ссорилась с ним, не следила за порядком в доме, отказывалась выполнять поручения. Ссоры с отцом быстро забывала, оставалась ко всему безучастной. Часто “бездумно валялась в постели, так как не было никаких желаний, никого не хотела видеть”.

В 17 лет вышла замуж за человека, с которым случайно познакомилась в парке. Через месяц оставила мужа, так как он требовал порядка в доме. В последнее время Н. не работала, редко выходила из дому, не следила за собой, по несколько дней не умывалась.

В день правонарушения отец поздно возвратился домой и лег спать. У Н. внезапно появилось желание убить отца: она схватила топор и ударила отца по голове. “Жалости не было, как будто так и надо”. Начала перекладывать его руки, вытерла текущую по его лицу кровь. Внезапно показало, что на лице отца появилась улыбка, подумала, что “голова что-то думает” и, может быть, смеется над ней. Схватила нож и отрезала голову, так как “хотела, чтобы голова ни о чем не думала”. Голову завернула в платок и начала ходить с ней по комнате, затем устала, села в кресло и уснула. Проснувшись утром, увидела у себя на коленях голову отца, подошла к постели, на которой вечером спал отец, “приложила голову к туловищу” и пошла в отделение милиции, где рассказала о случившемся.

При обследовании патологии внутренних органов не отмечено, отклонений в неврологическом состоянии не выявлено.

Во время экспертизы Н. не обнаруживала интереса к обследованию, при беседе с врачом оставалась безучастной. О совершенном убийстве рассказывала без всякого волнения и беспокойства. Как бы рассуждая вслух, говорила: “Не знаю, зачем его убила, он ведь отец”, тут же замечала, что думать об этом не хочет, так как “голова пустая и ни о чем не думает”. Считала себя здоровой, жалоб не высказывала, но иногда при настойчивых расспросах неохотно говорила, что слышит, “как в мозгах проскакивают какие-то слова, может быть, это какие-то духи”, говоря об этом, улыбалась.

В отделении большую часть времени была вяла, бездеятельна, отказывалась от участия в трудотерапии, не следила за своей внешностью, много времени проводила в постели. В ответ на замечания

иногда становилась грубой, циничной, агрессивной. Раскаяния по поводу совершенного не обнаруживала, объяснения своему поступку дать не могла.

Заключение: Н. страдает шизофренией: рекомендовано признать невменяемой. Нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице специального типа».

Клинический пример № 2 (цит. по Т.А. Невзоровой, 1976):

«Больной В., 20 лет, происходит из семьи служащих. Двоюродная бабка по линии отца была странной, необщительной; близкие считали ее психически неполноценной.

Родился и развивался правильно. Рос единственным ребенком. Рано проявил незаурядные способности к музыке, рисованию, скульптуре. В возрасте 12 лет легко исполнял некоторые классические фортепианные произведения, занимался композицией, но вскоре музыку забросил, погрузился в чтение художественной литературы. Читал все без разбора. Среди товарищей слыл общительным, “заводилой”, добрым и эмоциональным. В детстве почти ничем не болел. С 8-го класса изменился по характеру. Стал молчаливым, вялым, по выражению матери, “словно чем-то озадаченным”. Из числа основных претендентов на золотую медаль выбыл: резко снизилась успеваемость. Родители молча наблюдали за переменной в сыне и склонны были связать ее с “первым чувством влюбленности”. Однако более тщательное наблюдение на протяжении полутора лет убедило их, что ни к кому никаких чувств он не питает, и тогда родители оценили эту переменную как “переходный возрастной сдвиг”. К окончанию 10-го класса несколько оживился, вновь усердно стал заниматься и получил аттестат зрелости лишь с одной неудовлетворительной оценкой. Высшее учебное заведение избрал по любимой специальности – архитектуре. Однако заниматься не смог, несмотря на жесточайший режим, который создали ему родители. “Положенные” часы подготовки к заданию сын был обязан просидеть над книгой. В ответ на вопрос, каковы его успехи, отвечал “отличные”. Каково же было удивление и отца, и матери, когда по окончании двух семестров сын был исключен из института за неуспеваемость. К волнениям и огорчениям близких отнесся безучастно, не пытаясь ни оправдаться, ни что-нибудь предпринять.

При выяснении обстоятельств, приведших к исключению, удалось выяснить, что после удовлетворительного окончания осенней сессии стал проявлять «пренебрежительное, безразличное отношение к занятиям, на которые или не являлся, или приходил к их концу. На семинарских занятиях сидел “отсутствующим”. Обращал на себя внимание неряшливый, запущенный его вид. В беседе с товарищами отвлекался

на “непонятные абстракции, на мистически-религиозные темы”. Изучал Евангелие и Библию. Незадолго до поступления в психиатрическое отделение явился в русскую церковь к священнику и просил его обратить “из магометанской веры в православную”, так как он хочет стать служителем религиозного культа. Свое поведение объяснить родителям отказался, как не стал объяснять смысл и содержание своих многочисленных рисунков. На вопрос матери о причине его поведения, бездеятельности сообщил, что он думает, какой вид самоубийства ему избрать: повеситься или броситься под поезд метро или отравиться, так как он “совсем пуст и ко всему холоден”. Находясь в психиатрической клинике, все дни проводил в постели, ничем не занимался, ни с кем не общался, никаких желаний не выражал. Не тяготился пребыванием в отделении среди тяжелых психически больных.

На вопрос врача, что его волнует, отвечает монотонным голосом: “Ничего! Я стал совсем как манекен. Все, что меня раньше интересовало, теперь мне абсолютно безразлично. Не знаю, что такое природа, музыка, жизнь, родители. Ко всему исчезли чувства. Я буквально пуст. Еще год назад я заметил, что изменился к товарищам, ко всему, что любил. Уже тогда меня больше это удивляло, чем огорчало. Я решил стать священником, так как думаю, что мое сознательное опустошение может быть заменено проникновением в мир первобытного, первозданного человека”. Когда больного попросили уточнить, что означает “сознательное опустошение”, то в ответ услышали: “Это значит, что мое сознание, вернее, сознание своего “Я” как бы исчезло. Я не знаю, существовал ли я раньше? Может быть я всегда был только оболочкой? Я изменился не только духовно, но и физически. Подолгу всматриваясь в черты своего лица, я его не узнаю. Кожа лица, его выражение, вся фигура не мои. Угасло всякое половое чувство, я просто труп. Теперь я иногда думаю о способах насильственной смерти. И эта мысль мне безразлична”».

Шизофренический дефект (резидуальная шизофрения) бывает следствием неблагоприятного течения болезни или неэффективности лечения, когда этот дефект выражен достаточно ярко. В этих случаях постоянно на протяжении многих лет удерживаются признаки апато-булического синдрома, на фоне которых в зависимости от предшествующих форм шизофрении могут сохраняться отрывки прежнего бреда или эпизодические галлюцинации (без нового бредового творчества), отдельные кататонические или гебефренические симптомы. При гебефрении ее проявления могут даже преобладать, удерживаясь годами и не уступая интенсивному лечению. При этом у подростков наблюдается также своеобразная остановка психического развития: оно как бы останавливается на том возрасте, когда началось заболевание. Если это,

например, случилось в 14–15 лет, то 20–30-летний больной продолжает вести себя как подросток.

Судебно-психиатрическая оценка шизофрении

Больные шизофренией могут совершать общественно опасные действия на разных этапах болезни. Определенную опасность больные шизофренией представляют в начале заболевания, когда еще не попали в поле зрения психиатров и не получили медикаментозное лечение. Они неожиданно для окружающих могут совершить какое-нибудь противоправное действие под действием бредовых идей и (или) обманов восприятия. Опасны импульсивные действия больных, которые совершаются внезапно и без всякого внешнего мотива.

Поведение больных при совершении общественно опасных действий определяется, как правило, ведущим клиническим синдромом. Наиболее опасны больные с параноидным синдромом. Под влиянием идей отношения, бреда преследования, физического или гипнотического воздействия они могут совершать нападения, убийства и т. п. Нередко у этих больных окружающие не замечают признаков заболевания, и только неправильное поведение в момент общественно опасных действий позволяет заподозрить психическую болезнь.

Г.В. Морозов (1987) отмечает, что в отдельных случаях из-за стертости клинических проявлений и, соответственно, трудности распознавания заболевания дать судебно-психиатрическую оценку весьма сложно. Нарастающие изменения личности, свойственные шизофрении, у этих больных могут расцениваться как характерологические особенности, а паранойяльный бред – как ситуационная реакция. Эти больные могут долго удерживаться в жизни, работать; они не привлекают к себе особого внимания психиатров, даже если болезнь установлена, что затрудняет выявление нарастания симптоматики, способной привести к общественно опасному действию. Больные с вялым течением болезни дольше могут оставаться незамеченными и в пенитенциарных учреждениях, чаще бывают объектом судебно-следственных ошибок.

Если у шизофреника обнаруживается отчетливая клиническая картина болезни или явные признаки дефекта, то трудностей при судебно-психиатрической оценке, как правило, не возникает. Такие лица попадают под действие ст. 21 УК РФ и обычно их рекомендуют признавать невменяемыми. Если заболевание начинается в период следствия или при отбывании наказания, то суд освобождает заболевшего от исполнения наказания, хотя в отношении инкриминируемого деяния они могут считаться вменяемыми. Таких граждан по решению суда направляют на принудительное лечение в психиатрические больницы.

5.2. БИПОЛЯРНОЕ АФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО (БАР)

Биполярное аффективное расстройство проявляется в виде периодически возникающих маниакальных и депрессивных фаз или приступов. Ранее данная болезнь называлась маниакально-депрессивный психоз, что в целом точно отражало ее суть. Приступы заболевания обычно разделены периодами полного психического здоровья и отсутствием изменений личности (интермиссиями), независимо от количества перенесенных приступов. Иногда болезнь протекает в виде биполярных приступов (имеется и маниакальная фаза, и депрессивная), иногда ее течение монополярное (только одна какая-нибудь фаза).

Распространенность. Достоверных данных о распространенности БАР нет, так как в поле зрения психиатров попадают только те больные, которые нуждаются в госпитализации.

Для биполярного расстройства заболеваемость составляет 0,6–0,9%, соотношение мужчин и женщин равно 1:1,2. Заболеваемость монополярной депрессией выше – 5–9% (женщины) и 2–4% (мужчины).

Средний возраст начала болезни при монополярной депрессии – 35–40 лет, более позднее начало обычно сочетается с отсутствием наследственной отягощенности, асоциальностью, алкоголизмом. Биполярное расстройство начинается несколько раньше, с позднего подросткового возраста, пик приходится на 20–30 лет.

Этиология. Этиология этого психоза, несмотря на длительные исследования, остается недостаточно ясной. Многие исследователи склоняются к версии наследственной передачи заболевания. Риск заболевания БАР у сибсов и дизиготных близнецов составляет 20–25%, у монозиготных – 66–96%, что наводит на мысль о доминантном наследовании.

Клинические проявления БАР

Маниакальная фаза проявляется тремя основными клиническими признаками:

- А) повышенным, радостным настроением;
- Б) ускорением интеллектуальных процессов;
- В) речевым и двигательным возбуждением.

Эти симптомы в типичных случаях определяют состояние больного в течение всей маниакальной фазы. Все окружающее рисуется больному в привлекательных красках, внимание не задерживается надолго на неприятных событиях, имеющих даже непосредственное отношение к больному. Больные не считаются с настроением окру-

жающих и поэтому нередко становятся бестактными, назойливыми. Они переходят от одного занятия к другому, обычно не заканчивая ни одного. Повышенное настроение и снижение критики сопровождаются переоценкой собственной личности. Появляются тематические **обманы восприятия и бредовые идеи**. Бред носит экспансивный характер. Идеи величия обычно сводятся к напоминающим хвастовство несистематизированным и меняющимся по содержанию утверждениям о каком-либо своем таланте, остроумии, внешней привлекательности, большой физической силе и т. п. Возможны зрительные **иллюзии** по типу парейдолий. Может возникать повышение памяти на прошлое (гипермнезия), сопровождающееся нарушением запоминания. В таком состоянии больные дают необоснованные и невыполнимые обещания, совершают хищения, растраты для удовлетворения возникших многочисленных желаний. Больные, испытывая повышенное чувство собственного достоинства, могут отвечать вспышками гнева и ярости на незначительные замечания окружающих. Маниакальное состояние сопровождается расторможением и усилением влечений (пищевое, сексуальное). Особое значение имеет сексуальное возбуждение, проявляющееся в половой распушенности. Сексуальная расторможенность больных усиливается после приема алкоголя. По выраженности маниакального синдрома различают легкое (гипоманиакальное) состояние, описанное выше выраженное маниакальное состояние и резкое маниакальное возбуждение (неистовство). При маниакальном неистовстве может развиваться состояние спутанности сознания, сопровождающееся агрессивными разрушительными действиями, направленными на все окружающее. Маниакальный эпизод длится от 2 недель до 4–5 месяцев (чаще всего около 4 месяцев).

Клинический пример (цит. по Г.В. Морозову, 1988):

«Обследуемый Е., 29 лет, слесарь, обвиняется в хулиганских действиях. По характеру веселый, добрый, но вспыльчивый, склонный к немотивированным колебаниям настроения. В 22-летнем возрасте без внешнего повода в течение нескольких дней развилось тоскливое настроение. Стремился к уединению, считал, что до сих пор он плохо справлялся с порученной работой, высказывал мысли о самоубийстве. Такое состояние длилось около месяца и сменилось повышенным настроением. Был хвастлив, часто громко смеялся. Раздавал свои вещи, делал ненужные покупки, построил гараж, не имея автомашины. В этот период часто посещал рестораны. Психиатрами тогда не наблюдался. Постепенно психическое состояние нормализовалось. Через 3 года появились подавленность, заторможенность. Не было желания работать, общаться с окружающими, избегал родных и друзей. Помещен в психиатрическую больницу, где находился 3 месяца и был выписан с диагнозом: маниакально-депрессивный психоз, депрессивная фаза. Продолжал работать.

Спустя 3 года завербовался на работу в Магаданскую область. Вскоре после приезда туда, бросив свои вещи, вернулся на место постоянного жительства. Отмечались повышенное настроение, говорливость. В нетрезвом состоянии зашел к своей бабушке, поссорился с окружающими, был агрессивен. После задержания работниками милиции был возбужден, громко пел, не волновался по поводу сложившейся ситуации. При обследовании патологических отклонений в состоянии внутренних органов и нервной системы не обнаружено.

Ориентирован правильно, охотно вступает в беседу. Говорить начинает сразу, без дополнительных вопросов. Многословен, легко отвлекается, перескакивает с одной мысли на другую, размашисто жестикулирует. Больным себя не считает. Жалоб на здоровье не предъявляет. Называет себя человеком настроения. Говорит, что жизнь ему кажется прекрасной, хочется петь, танцевать, делать все хорошее. В отделении подвижен, многоречив, вмешивается в разговоры и дела окружающих. При расспросах о правонарушении охотно рассказывает о случившемся, читает стихи, в которых в шутливой форме излагает свою жизнь. К сложившейся ситуации не критичен.

Заключение: Е. страдает маниакально-депрессивным психозом, совершил правонарушение в болезненном состоянии (маниакальная фаза маниакально-депрессивного психоза); рекомендовано считать невменяемым. Нуждается в принудительном лечении в психиатрической больнице общего типа».

Депрессивная (меланхолическая) фаза противоположна по клиническим проявлениям маниакальной фазе, характеризуется:

- А) пониженным, тоскливым настроением;
- Б) замедленностью интеллектуальных процессов;
- В) психомоторной заторможенностью.

Тоска может стать «безысходной», сопровождаться субъективными ощущениями безразличия к здоровью и судьбе своих близких, что больные особенно тяжело переживают, терзаясь мыслями о собственной черствости, бездушии. Для депрессивной фазы типичны **бредовые идеи** самообвинения, самоуничужения, греховности, содержание которых может определяться сверхценным отношением к незначительным проступкам в прошлом. Больные нередко совершают попытки самоубийства, которые для окружающих тем более неожиданны, чем менее клинически выражено депрессивное состояние и чем более тщательно диссимилируются суицидальные мысли и намерения. Возможно так называемое расширенное самоубийство – убийство членов своей семьи и затем самоубийство. Больные совершают подобные поступки, чтобы «избавить всех и себя от предстоящих еще больших мучений или позора», в неотвратимости которых они испытывают не-

поколебимую болезненную уверенность. Больные упорно и длительно отказываются от пищи, что заставляет прибегать к систематическому искусственному кормлению. Психомоторная заторможенность может иногда неожиданно прерываться меланхолическим неистовством (раптус меланхоликус), которое проявляется в резком возбуждении со стремлением нанести себе повреждения; больные пытаются выбраться из окна, бьются головой о стену, царапают и кусают себя.

Длительность депрессивного эпизода в среднем около 4–6 месяцев, нередко они затягиваются и на больший срок.

Судебно-психиатрическая оценка

Судебно-психиатрическая оценка биполярного аффективного расстройства отличается рядом особенностей и трудностей. Маниакальные состояния имеют большее судебно-психиатрическое значение. Характерные для маниакальной фазы психические нарушения способствуют совершению больными правонарушений. Больные в состоянии маниакального возбуждения могут быть агрессивными, наносить оскорбления, совершать разрушительные действия и убийства. В связи с повышенной сексуальной возбудимостью больные совершают развратные действия, изнасилования. В маниакальном эпизоде возможно возникновение перверсий (эксгибиционизм, гомосексуальные тенденции и акты), не свойственных больным ранее и исчезающих вместе с приступом болезни. При менее интенсивном маниакальном состоянии больные чаще совершают растраты, заключают противозаконные сделки, нарушают трудовую дисциплину. Общественную опасность больных повышают нередко присоединяющиеся к маниакальным состояниям алкогольные эксцессы. Маниакальные больные иногда попадают на экспертизу в качестве потерпевших (использование их болезненного состояния с целью изнасилования, развратных действий и др.) для оценки их психического состояния.

Больные в депрессивной фазе биполярного аффективного расстройства дают меньше поводов для направления на судебно-психиатрическую экспертизу. Наибольшее значение имеют попытки расширенного самоубийства. На экспертизу депрессивных больных направляют и в связи с совершением деяний, обусловленных общей психомоторной заторможенностью, понижением импульсов к деятельности (халатность, неоказание помощи и т. п.). Посмертная экспертиза в связи с самоубийством показывает, что у лиц, кончающих самоубийством без какого-либо внешнего повода, нередко бывает своевременно не распознанная депрессивная фаза биполярного аффективного расстройства (чаще циклотимии).

Вопрос о **невменяемости** не вызывает сомнений, когда общественно опасное деяние совершено во время психотического приступа. Если

больной к моменту вынесения экспертного заключения о невменяемости уже не находится в психотическом состоянии и не проявляет признаков психической болезни (светлый промежуток), то целесообразно ограничиться амбулаторным наблюдением и профилактической терапией; в целях профилактики повторных правонарушений таких больных следует при первых симптомах нового приступа психоза помещать в психиатрические больницы.

Обследуемые, совершившие правонарушения в светлом промежутке, как правило, признаются вменяемыми. Однако в отдельных случаях при частом повторении психотических фаз обследуемый может быть рекомендован признать невменяемым как страдающий хронической душевной болезнью.

Экспертам приходится решать вопрос и о психическом состоянии больных биполярным аффективным расстройством в гражданском процессе. Больные, преимущественно в маниакальной и гипоманиакальной фазах, могут совершать различные имущественные акты, обмены жилплощади, заключать браки. Если подобные гражданские акты совершены во время приступа психоза, то выносится заключение о том, что больной не мог понимать значение своих действий и руководить ими в тот период, а заключенные акты считаются недействительными.

5.3. ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия — это хроническое заболевание нервной системы. Она проявляется повторными судорожными или другими припадками, приводит к определенным изменениям личности. Так как при эпилепсии очень много психических нарушений, то наряду с невропатологами ею занимаются и психиатры.

Распространенность. Заболевание достаточно распространенное: медицинская статистика отмечает 3–5 случаев на 1000 населения, одинаково часто болеют мужчины и женщины.

Этиология. Причины данного заболевания точно не установлены. Есть данные о наследственной передаче эпилепсии, в таких случаях она может проявиться в очень раннем возрасте и называется генуинная (т. е. врожденная).

Гораздо чаще это заболевание возникает у взрослых после перенесенных черепно-мозговых травм, мозговых инфекций, интоксикаций. В этой ситуации она по наследству не передается.

Клинические проявления. При эпилепсии выделяют три группы нарушений, интересных с психиатрической точки зрения:

- 1) пароксизмальные состояния (большой судорожный припадок, малый припадок, эквиваленты судорожных припадков);
- 2) эпилептические психозы;
- 3) изменения личности.

Пароксизмальные состояния

Большой судорожный припадок начинается внезапно, резко падает мышечный тонус, наступает глубокое помрачение сознания. У многих больных за несколько секунд до припадка возникает аура — стереотипно повторяющееся для данного человека ощущение. Она бывает различная, в зависимости от поврежденного участка головного мозга — зрительная, слуховая, обонятельная и т. д. Реже наблюдаются предвестники: за несколько часов до приступа у больного изменяется настроение, нарушается аппетит, сон, появляется дискомфорт в теле.

К сожалению, точное время начала припадка никто предсказать не может, и он начинается всегда неожиданно. Больной падает, часто серьезно травмируется при этом. Вначале возникают тонические судороги, когда тело вытягивается в длину, они длятся 1–2 минуты. Затем начинаются клонические судороги — подергивания отдельных групп мышц продолжительностью 3–4 минуты. На этом собственно припадок заканчивается, после него наступает психомоторная заторможенность, иногда состояние оглушения. Все, что происходило во время припадка, полностью амнезируется, смутные воспоминания остаются и о постприпадочном периоде.

Малый припадок — внезапное кратковременное выключение сознания без падения мышечного тонуса. Длится несколько секунд, во время которых больной застывает в одной позе, замолкает. Изредка могут наблюдаться отдельные судорожные подергивания (например, судорожные глотательные движения). Весь период припадка полностью амнезируется.

Судебно-психиатрическое значение вышеописанных припадков в том, что больные в этот период лишены способности контролировать свое поведение. Так, больной за рулем автомобиля на секунды отвлекшись от дороги, может совершить серьезное ДТП. Если будет доказан эпизод нарушенного сознания, то такие лица попадают под действие ст. 21 УК РФ, пункт «временное расстройство психической деятельности», и не подлежат уголовной ответственности.

Эквиваленты судорожных припадков. Традиционно к эквивалентам припадков относят дисфорию и сумеречное расстройство сознания (см. «Симптоматика психических расстройств»). Термин «эквивален-

ты» употребляется в данном контексте условно, так как эти явления могут возникать и наряду с припадками, а не только заменять их. Судебно-психиатрическая оценка этих состояний зависит от конкретной выраженности психических нарушений.

Клинический пример (цит. по Г.В. Морозову, 1988):

«Обследуемый Ш., 35 лет, разнорабочий, обвиняется в убийстве тещи и тестя и нанесении телесных повреждений жене.

С 11 лет Ш. страдает большими судорожными припадками, возникавшими ежемесячно, иногда несколько раз в день. За 4 и 3 года до совершения правонарушения Ш. помещали в психиатрическую больницу в связи с неправильным поведением после припадков: бесцельно бегал, пытался совершить половой акт с коровой, говорил, что пища отравлена, что правление колхоза собралось, чтобы его отравить, залезал на крышу, кричал: “Спасайте!” Указанные состояния врачи расценивали как сумеречные. Последние 2 года Ш. злоупотреблял алкоголем; стал более раздражительным, возбудимым. В состоянии опьянения бывал особенно придиричивым и назойливым, в связи с чем родственники его связывали. В последующем о своем поведении не помнил.

В день правонарушения, 17 апреля 1997 г., около 9 часов утра, выпил 200 граммов вина, работал по хозяйству. В 14 часов за обедом выпил еще 100 граммов водки, некоторое время спокойно разговаривал, затем вдруг помрачнел, начал придираться к жене. После замечания тещи о его пьянстве бросил в нее тарелку, начал браниться, разорвал платье на жене. Родственники его связали и уложили в летней кухне. Он успокоился и уснул. Около 17 часов Ш. самостоятельно развязал опутывавшие его веревки, порезал ножом перину и подушку. Вскоре в кухню вошла жена. Неожиданно Ш. молча нанес ей 2 удара ножом в спину и шею и выбежал вслед за ней из кухни. На улице подбежал к теще, несколько раз ударил ее ножом, та упала, на подбежавшего к нему соседа Ш. тоже замахнулся ножом, “вид у него был страшный”.

На обращение к нему и попытку успокоить Ш. не реагировал. Соседу удалось отобрать у него нож. Тогда Ш. побежал домой, схватил в летней кухне другой нож и быстрыми шагами направился в соседний дом. Здесь спросил, где его жена, и опять выбежал на улицу. Там подбежал к лежавшей на земле раненой теще и, несмотря на ее мольбы не убивать ее, нанес еще несколько ударов ножом. Оказавшегося рядом тестя также ударил несколько раз ножом в грудь и живот, а когда тот упал, перевернул его вверх лицом и перерезал ему шею. Затем, сидя верхом на трупе, продолжал наносить ему удары. Ш. едва оторвали от убитого и отобрали нож. Ш. вернулся к себе во двор, лег вниз лицом на кучу мусора и уснул. После приезда участкового инспектора Ш. через 50 минут растолкали и назвали по имени. Он вскочил и бросился на инспектора. Взгляд у Ш. был блуждающий, его связали. По пути в

отделение милиции Ш. молчал. В отделении милиции “как-то дико и удивленно смотрел”, не понимал, где он находится. На расспросы отвечал: “Я ничего не знаю”. О случившемся не помнил.

Заключение: Ш. страдает эпилепсией. В момент деликта возникло сумеречное помрачение сознания, спровоцированное приемом алкоголя. Грубо нарушилась ориентировка в обстановке, осмысление ситуации, возникли автоматизированные действия с бессмысленно-жесточкой агрессией. Состояние закончилось глубоким сном и последующим оглушением, полная амнезия на весь период помрачения сознания. Рекомендовано признать Ш. невменяемым».

Эпилептические психозы

А.И. Болдырев (2000) различает острые (продолжительностью несколько часов или суток), затяжные (несколько недель) и хронические (несколько месяцев или лет) эпилептические психозы.

К острым психозам вышеуказанный автор относит в основном состояния измененного сознания (например, сумеречное состояние, делирий).

К затяжным психотическим состояниям причисляют параноидный, галлюцинаторно-параноидный синдромы, галлюциноз, синдромы дереализации и деперсонализации.

При хронических эпилептических психозах разворачиваются шизофреноподобные состояния, а также деменция с бредоподобными высказываниями.

Судебно-психиатрическая оценка зависит от формы и выраженности психотического состояния.

Изменения личности при эпилепсии

Не все исследователи эпилепсии соглашаются с тем, что болезнь накладывает серьезный отпечаток на личность больного. Так, А.И. Болдырев убежден, что изменение личности при эпилепсии следует рассматривать как результат сочетанного влияния многочисленных факторов: внутренних и внешних, биологических и социальных. И выделить роль болезни достаточно трудно.

Тем не менее при выраженном заболевании, тем более тяжело протекающем, происходят определенные изменения. М.В. Коркина отмечает следующее:

- педантизм;
- сужение круга интересов, вплоть до эгоцентризма;
- в характере появляется своеобразная полюсность: больные то добродушны, даже слащаво приветливы, то проявляют злобность и агрессивность;

— мышление становится вязким, тугоподвижным, появляется патологическая обстоятельность. При длительном неблагоприятном течении постепенно формируется эпилептическое слабоумие.

Контрольные вопросы

1. Какими основными симптомами проявляется шизофрения?
2. Какие выделяют типы течения шизофрении?
3. Как проявляется простая форма шизофрении?
4. Чем опасна гебефреническая форма шизофрении?
5. Какие основные симптомы наблюдаются при параноидной форме шизофрении?
6. Что включает в себя синдром Кандинского–Клерамбо?
7. Какие особенности имеет кататоническая форма шизофрении?
8. Какова судебно-психиатрическая оценка шизофрении?
9. Как проявляется биполярное аффективное расстройство?
10. Что такое расширенный суицид?
11. Какова судебно-психиатрическая оценка биполярного аффективного расстройства?
12. Что такое эпилепсия и как она проявляется?
13. Что такое эквиваленты судорожных припадков?
14. Какие психические нарушения при эпилепсии чаще всего подвергаются судебно-психиатрической оценке?
15. Как может меняться личность больного эпилепсией?

6. ОРГАНИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ИХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

Органическими поражениями мозга принято называть нарушения структуры и функционирования клеток центральной нервной системы, вызванные различными повреждениями тканей мозга (сосудистые изменения, механические травмы, интоксикации, нейроинфекции).

Среди органических повреждений мозга наиболее важными для юристов являются травматические повреждения. Травмы головного мозга и их последствия остаются одной из наиболее сложных проблем современной медицины. Они имеют огромное значение в связи со своей распространенностью и тяжелыми медицинскими и социальными последствиями. Как правило, значительное увеличение числа лиц, перенесших травмы головы, наблюдается в периоды военных действий. Однако и в условиях мирной жизни наблюдается достаточно высокий травматизм. По современным статистическим данным, в России ежегодно более 1 млн 200 тыс. человек получают те или иные повреждения головного мозга. Среди судебно-психиатрического контингента значительную долю составляют лица с органическими поражениями головного мозга и их последствиями травматической этиологии.

Под травмами головного мозга понимают разнообразные по видам и степени тяжести механические повреждения головного мозга и костей черепа. **Черепно-мозговые травмы** делятся на открытые и закрытые. При закрытых травмах головы целостность костей черепа не нарушается, при открытых они оказываются поврежденными.

Исходом черепно-мозговой травмы могут быть смерть пострадавшего или травматическая болезнь. В результате последней пострадавший может выздороветь полностью, либо у него в отдаленном периоде останутся стойкие остаточные явления.

6.1. ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Черепно-мозговая травма – понятие, охватывающее разнообразные виды и степени механического повреждения костей черепа, мозга, его оболочек и сосудов.

Как уже указывалось, черепно-мозговые травмы (ЧМТ) бывают закрытые и открытые. Закрытые травмы встречаются гораздо чаще, у пострадавшего гораздо больше шансов остаться в живых, чем при открытой ЧМТ.

Клиника травматического повреждения мозга определяется не только видом ЧМТ, но и рядом других факторов:

- тяжестью травмы;
- локализацией травмы;
- кровопотерей и ее количеством;
- присоединением раневой инфекции;
- возрастом пострадавшего.

Все перечисленные факторы обуславливают необычайное разнообразие нервно-психических расстройств. Независимо от вида ЧМТ обладают общими закономерностями: нарушения максимальны в начальном периоде травмы, а в последующем (если больной не умирает в первые часы и нет осложнений) происходит их уменьшение, наступает выздоровление или формируются стойкие остаточные явления.

В результате травмы может произойти кровоизлияние либо под какую-нибудь оболочку мозга, либо, что бывает реже, внутри ткани мозга. Основным последствием кровоизлияния является компрессия (сдавление вещества мозга). О наличии последней узнают спустя несколько часов (дней) после ушиба, к этому времени симптомы начального периода уже исчезают или состояние вновь ухудшается:

интенсивные головные боли развиваются по нарастающей, локализуются в определенной части головы:

рвота;

стойкое покраснение лица;

пострадавший начинает зевать;

озноб (без других признаков лихорадки);

общая заторможенность, переходящая в кому.

При признаках компрессии пострадавшему необходима срочная квалифицированная медицинская помощь, данное состояние угрожает жизни потерпевшего.

Вне зависимости от типа ЧМТ и обстоятельств ее получения выделяют 4 этапа развития травматических расстройств:

1) начальный;

2) острый;

3) реконвалесценции (выздоровления);

4) отдаленных последствий.

Начальный период

Этот период возникает непосредственно после получения ЧМТ и характеризуется следующими признаками.

1. **Потеря сознания.** В зависимости от тяжести поражения эта стадия имеет различную **длительность** — от нескольких минут, часов до нескольких недель, и различную **глубину** нарушенного сознания (оглушенность, сопор, кома).

При **оглушенности** пострадавшие вялые, заторможенные, сонливые, односложно отвечают на вопросы, плохо ориентируются в окружающей обстановке.

Сопор — это такое угнетение сознания, при котором пострадавшие могут реагировать только на энергичные внешние раздражители (открывать глаза, односложно отвечать на вопросы, отстраняться от раздражителя), после чего снова возвращаются к прежнему состоянию. При сопоре сохранено глотание и другие рефлексy, пострадавший самостоятельно меняет положение тела в постели.

При **коме** наблюдаются утрата сознания, угнетение рефлексов, отсутствие активных движений и реакции на внешние раздражители, вегетативные нарушения (расширение зрачков, гипотермия). Больной в коматозном состоянии нуждается в интенсивной медицинской помощи в условиях реанимационного отделения.

2. Нарушения памяти:

а) Ретроградная амнезия — пострадавшие не могут сообщить об обстоятельствах, предшествовавших травме.

б) Антероградная амнезия — впоследствии, после выписки из больницы, пострадавший не помнит о встрече со следователем и сделанных показаниях в период стационарного лечения.

3. **Общемозговые симптомы:** головная боль, головокружение, тошнота, рвота.

Острый период

Продолжительность острого периода закрытой ЧМТ колеблется от 1 дня до 1–2 месяцев и более. Обычно длится от 3 до 8 недель. Сознание восстанавливается, исчезает большинство общемозговых симптомов.

В этом периоде ведущим является **астения** с ощущениями психической и физической слабости, слезливостью, раздражительностью. Больные фиксированы на своем состоянии, фон настроения снижен. На первый план выходят явления **гиперестезии** — пострадавшие не переносят громких звуков, яркого света. Остаются отдельные неврологические нарушения: головокружение, нистагм, вегетативные нарушения (колебания артериального давления, нарушения терморегуляции и т. д.).

Течение болезни в этом периоде волнообразное, улучшения сменяются ухудшением состояния, которое обычно наблюдается при психическом напряжении или влиянии психогенных факторов (например, дополнительная психотравма). Во время ухудшения усиливается астеническая симптоматика, иногда наблюдаются судорожные припадки.

В остром периоде могут развиваться **психозы**. Большая часть из них развивается в первые дни или первые 1,5 недели, реже спустя месяц или более после восстановления сознания. Психозы чаще развиваются

при контузиях, чем при сотрясениях. Обычно наблюдаются **различные формы помрачения сознания**:

- Сумеречное помрачение сознания возникает неоднократно. Протекает в двух вариантах — с внешне упорядоченным поведением либо агрессией и хаотичным возбуждением.

- Делирий обычно наблюдается у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Чаще всего возникает через несколько (1–2) недель после восстановления сознания, на фоне астении под воздействием дополнительной вредности (например, прием алкоголя).

- Онейроид, который протекает с нарушениями «схемы тела», сопровождается благодушно-эйфорическим настроением. Длится 1–2 дня, обычно однократно.

Период реконвалесценции

Период выздоровления продолжается от 1–2 месяцев до 1 года. Постепенно сглаживаются все явления острого периода, и у большинства пострадавших наступает полное выздоровление.

Период отдаленных последствий ЧМТ

Отдаленные последствия перенесенной ЧМТ появляются через несколько месяцев или даже лет после получения травмы.

- **Органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство**: раздражительность и истощаемость, повышенная физическая и психическая утомляемость, обидчивость, тревожность, нерешительность, слабодушие. Кроме жалоб на сниженную трудоспособность пострадавшие предъявляют жалобы на нарушения сна, непереносимость жары и духоты, ощущение дурноты при езде в транспорте, легкое снижение памяти. У некоторых появляются истероформные реакции с демонстративными рыданиями, заламыванием рук, с преувеличенными жалобами на плохое здоровье и требованиями для себя определенных привилегий.

- **Органический галлюциноз**: возникают постоянные или периодические зрительные или слуховые галлюцинации, сознание ясное. Возможно развитие вторичного бреда, который вытекает из обманов восприятия больного. Клинический пример (цит. по В.П. Самохвалову): «Пациент Н., 25 лет, два года назад в результате аварии перенес тяжелую ЧМТ с обширным дефектом левой височной кости. Жалуется на то, что постоянно видит перед собой справа сверху окровавленный топор и слышит справа голос — “теперь ты умрешь”. В виде отдельных эпизодов замечал летающих пчел, которые влетают в правый глаз, и слышал их жужжание в голове. В связи с тем, что восстановление целостности височной кости не проводилось, может, притрагиваясь к дефекту, вызывать у себя “видения” ангела, которого замечает в зеркале. К своим переживаниям относится с критикой. Бредовая трактовка отсутствует».

• **Органическое расстройство личности:** изменяется эмоциональный фон, появляется либо эйфория, либо дисфория. На более поздних этапах развития болезни у пострадавшего возникает эмоциональная лабильность или апатия. Для таких людей характерна эмоциональная взрывчатость, агрессивное поведение по незначительным поводам. При приеме алкоголя вышеуказанные черты обостряются, больные становятся социально опасными.

• **Травматические психозы,** которые могут возникать через 10–15 лет после травмы и длиться 3–4 месяца, затем прекращаются. Протекают в виде двух форм: аффективной и галлюцинаторно-бредовой.

А) Аффективные расстройства возникают по типу субдепрессий либо гипоманий. Больной высказывает сверхценные идеи, демонстрирует сутяжническое поведение. Аффективные нарушения толкают многих больных к алкоголизации. На высоте аффективных психозов нередко помрачение сознания.

Б) Галлюцинаторно-бредовые психозы возникают при тяжелых травмах и травмах средней тяжести. Для их развития необходима провокация экзогенной вредностью. Обычно они начинаются с сумеречного или делириозного помрачения сознания. Галлюцинации преобладают над бредом. Встречаются элементы синдрома Кандинского–Клерамбо.

• **Паранойальные психозы** возникают обычно спустя 10 лет и более после травмы. У мужчин они проявляются сверхценными идеями и бредом ревности, у женщин ограничиваются сутяжничеством.

• **Травматическое слабоумие** в структуре расстройств отдаленного периода занимает приблизительно 3–5%. Возникает чаще после открытых ЧМТ и тяжелых контузий с переломами оснований черепа. При травматическом слабоумии наблюдаются кроме интеллектуально-мнестических расстройств вялость, апатичность, адинамичность, слабодушие, эйфория, вспышки раздражения и гнева.

• **Пароксизмальные расстройства** возникают как в течение первого года после травмы, так и в более отдаленный период (через 10–20 лет и позднее). Пароксизмальные расстройства острого и подострого периодов имеют более благоприятное течение и со временем проходят. Эпилептиформные расстройства отдаленного периода ЧМТ имеют менее благоприятный прогноз.

Пароксизмальные расстройства разнообразны:

- 1) большие развернутые припадки;
- 2) малые припадки;
- 3) судорожные состояния без нарушения сознания;
- 4) гипоталамические приступы – учащение сердцебиения, дурнота, резкое побледнение или покраснение кожи, кратковременные судорожные подергивания);

- 5) психосенсорные расстройства (нарушения схемы тела);
- 6) эпизоды сумеречного помрачения сознания.

Психоорганический синдром

Психоорганический синдром развивается в отдаленном периоде тяжелых ЧМТ. Наблюдается более выраженная неврологическая симптоматика, свидетельствующая о поражении ткани мозга.

Пострадавшие предъявляют жалобы на:

упорные, распирающие головные боли;
головокружения;
стойкие нарушения сна;
раздражительность;
колебания настроения с оттенком гневливости и злобности;
непереносимость психических нагрузок, быстрая утомляемость.

Объективно можно зафиксировать:

изменение биоэлектрической активности мозга на электроэнцефалограмме;

повышение внутричерепного давления;

снижение памяти на текущие и прошлые события;

истощаемость психических процессов, приводящая в итоге к интеллектуально-мнестическому снижению личности.

Судебно-психиатрическая оценка лиц, перенесших ЧМТ, неоднозначна и зависит от стадии заболевания и от клинических проявлений. Особенно сложно оценивать острый период ЧМТ, необходимость в подобной экспертной оценке возникает при ДТП и в случае преступлений против личности. Эксперты не наблюдают человека в данный период, поэтому приходится его оценивать ретроспективно: по медицинской документации и материалам дела. Кроме этого, рассказ самого пострадавшего из-за ретроантероградной амнезии весьма скуден.

Противоправные действия в остром периоде совершаются при травмах легкой и средней тяжести. У таких больных может быть неглубокое нарушение сознания, меняющееся в своей интенсивности. Их действия могут носить внешне целенаправленный характер, движения и походка координированы. Тем не менее свидетели отмечают у такого субъекта растерянное выражение лица, отсутствие адекватного речевого контакта, дезориентировку в окружающем. Все это свидетельствует о помрачении сознания в форме оглушения и попадает под понятие «временное расстройство психической деятельности». Таких лиц СПЭК рекомендует суду признавать невменяемыми. Необходимость и характер мер медицинского характера определяются выраженностью остаточных явлений ЧМТ.

При совершении дорожно-транспортного происшествия психическое состояние водителя оценивается с двух позиций:

1. Водитель мог иметь ЧМТ в прошлом, в этом случае следует выяснить, не было ли у него в момент аварии пароксизмального расстройства. Для правильного экспертного заключения очень важно:

- тщательно собрать медицинскую документацию на данного гражданина, в которой упоминается ранее полученная им ЧМТ;
- проанализировать схему движения транспортного средства;
- проанализировать показания пассажиров (если возможно);
- установить наличие или отсутствие алкогольного опьянения;
- проанализировать описание виновником своего состояния на момент совершения аварии.

Если будет доказано наличие нарушенного сознания, то эксперты порекомендуют суду признать данное лицо в отношении инкриминируемого деяния невменяемым.

2. ЧМТ водитель может получить во время дорожно-транспортного происшествия. Полученная травма может маскировать предыдущее состояние.

Если ЧМТ получена во время аварии, то независимо от ее тяжести лицо рекомендуют признавать вменяемым в отношении инкриминируемого деяния. Дальнейшая судьба водителя зависит от тяжести ЧМТ.

- Если наступает полное обратное развитие симптомов, или остаются легкие остаточные явления — следствие и судебное разбирательство состоятся, так как сохраняется уголовно-процессуальная дееспособность данного лица.

- Если есть выраженные остаточные явления, эксперты порекомендуют освободить данное лицо от уголовного наказания и применить к нему принудительные меры медицинского характера.

Может проводиться СПЭ потерпевших, получивших ЧМТ в криминальной ситуации. В ходе экспертного исследования выясняются:

- 1) возможность правильно воспринимать обстоятельства дела и давать о них правильные показания (следует помнить о конфабуляциях);
- 2) возможность правильно понимать характер и значение совершенных в отношении них противоправных действий;
- 3) возможность участвовать в судебном следствии;
- 4) возможность осуществлять свое право на защиту (процессуальная дееспособность).

Возможна комплексная экспертиза с участием судебных медиков для решения вопроса о степени тяжести вреда здоровью.

Следует помнить, что число лиц с последствиями травматической болезни, которых рекомендуют признавать невменяемыми, сравнительно невелико. Это больные с:

- травматическим слабоумием;
- тяжелыми формами травматической эпилепсии;
- травматическими психозами.

6.2. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЗГА

Человеческий мозг отделяется от всего остального тела с помощью специального гемэнцефалического барьера — своеобразная защита от вирусов и бактерий. Однако некоторые возбудители инфекционных заболеваний способны проникать через этот барьер. Когда инфекция затрагивает непосредственно вещество мозга, то заболевание носит название **энцефалит**. Различают энцефалит:

- первичный (эпидемический и клещевой), вызывается вирусами;
- вторичный как осложнение после кори, краснухи, гриппа, ветряной оспы и т. д.

Эпидемический энцефалит — во время острой стадии на фоне лихорадки появляются делириозные расстройства сознания (психомоторное возбуждение, тревога, страх, отрывочный бред, ложные узнавания). Периоды возбуждения сменяются патологической сонливостью, больные невозможно разбудить. Встречаются отдельные судорожные подергивания, нарушения координации движений. Возможен летальный исход.

Если заболевание переходит в хроническую стадию, то начинают преобладать неврологические нарушения (двоение в глазах, птоз и т. д.), возможен постэнцефалитический паркинсонизм. **Психические нарушения наиболее заметны в эмоционально-волевой сфере**. Больные становятся пассивными и безучастными к окружающему. Настроение быстро меняется от депрессии к эйфории. В дальнейшем у больных отмечается вязкость мышления, суетливость, лживость, сексуальная расторможенность. У некоторых на первый план выступает прожорливость: они собирают объедки, выпрашивают пищу, могут ее воровать.

Вторичные энцефалиты. На первых этапах наблюдается общемозговая реакция на инфекцию (нарушения сознания, отдельные зрительные галлюцинации, эпилептиформные проявления). Быстро появляются неврологические расстройства: повышение и асимметрия сухожильных рефлексов, парезы и параличи, менингеальные симптомы, упорные головные боли, снижение зрения и слуха, гиперестезия. В большинстве случаев, особенно в детском возрасте, в результате лечения наступает стабилизация процесса, а затем и обратное развитие.

Психические расстройства проявляются в задержке психического развития у детей, снижения интеллектуальных функций у взрослых больных. У детей после перенесенного энцефалита наблюдаются нарушения поведения (конфликты, побеги из дома, дисциплинарные нарушения). Они быстро попадают в асоциальную компанию, злоупотребляют алкоголем, наркотиками. Отмечается повышенная внушаемость и пассивная подчиняемость.

Судебно-психиатрическая оценка

В основном попадают в поле зрения судебных психиатров лица с остаточными явлениями перенесенных энцефалитов, чаще всего в молодом возрасте.

Экспертная оценка сложна из-за формальной сохранности интеллектуальных функций, с одной стороны, а с другой — из-за наличия у подэкспертных выраженной психической незрелости и эмоционально-волевых расстройств. В этих случаях показана комплексная психолого-психиатрическая экспертиза.

В силу особенностей клиники психических расстройств отдаленного периода энцефалитов (сексуальная расторможенность, повышенная внушаемость, подчиняемость) больные часто становятся жертвами преступлений. Например, при знакомстве со случайными людьми больные (особенно девушки) могут умышленно завышать свой возраст, демонстрировать свою сексуальную осведомленность. Если учесть, что подобные девушки обычно злоупотребляют косметикой и стараются носить откровенно открытую одежду, то они легко становятся жертвами сексуального насилия.

Во время следствия они могут давать противоречивые показания — то настаивают на факте насилия, то категорически отрицают его. При судебно-психиатрической экспертизе у них обнаруживаются признаки психической незрелости, неполное понимание характера и значения совершенных в отношении них противоправных действий.

6.3. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СИФИЛИТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ МОЗГА

Психические нарушения при сифилитическом поражении мозга вызваны проникновением бледной трепонемы в ЦНС, обычно это происходит через 3—4 года от момента внедрения возбудителя в организм.

На первый план выступают неврологические нарушения, они на 70—80% определяют клиническую картину заболевания. Диагноз подтверждается обнаружением инфекции в крови и спинномозговой жидкости.

На ранних этапах: нарушения сна, раздражительность, истощаемость, легкое ослабление памяти, снижение фона настроения. У больных еще сохраняются критические способности.

На поздних этапах: упорные головные боли, оглушение, тревожное возбуждение, снижение памяти и интеллекта, нарастание признаков психоорганического синдрома. Иногда наблюдаются эпизоды галлюцинаторно-параноидных явлений.

Прогрессивный паралич — это сифилитический менингоэнцефалит, протекающий с признаками быстро прогрессирующего тотального распада психической деятельности, различными психотическими состояниями,

а также типичными для сифилиса изменениями в крови и спинномозговой жидкости, определенными соматоневрологическими нарушениями.

Имеет длительный инкубационный период: порядка 10–15 лет (иногда 20 лет) с момента заражения организма сифилисом. Если больной не получает лечения, то через 2–5 лет наступает распад личности в результате глубокого изменения тканей мозга и возможен летальный исход.

Начальная стадия: неврастенические проявления сочетаются с признаками органического снижения личности – больные становятся бестактными, утрачивают чувство стыда и другие тонкие эмоции, снижается критика к себе и своему поведению. Фон настроения приподнят, эмоции подвижны, больные легковесны в суждениях. Обнаруживается интеллектуальная несостоятельность, например, заболевшие совершают ошибки в простейших расчетах, не понимают смысла прочитанного текста. Наблюдаются расстройства влечений, повышенная внушаемость.

Развернутая стадия: деменция, болезненно повышенное настроение, преимущественно с эйфорическим оттенком. Ряд больных высказывает бредовые идеи величия, нелепые по содержанию и резко противоречащие реальному положению больного. Наблюдаются психомоторное возбуждение, бестолковость, назойливость.

Исходная стадия: выраженное интеллектуально-мнестическое снижение, нарастает суматрическое неблагополучие (поражаются возбудителем сифилиса внутренние органы), от которого вполне может наступить летальный исход.

Клинический пример (цит. по Б.В. Шостаковичу):

«П-ов В.С., 44 года, обвиняется в нанесении ножевого ранения сотруднику милиции.

Раннее развитие протекало без особенностей. В школе учился плохо, с 15 лет употреблял алкоголь, совершал кражи. Был направлен в детскую воспитательную колонию. В дальнейшем работал на заводе, служил в армии. В возрасте 28 лет заразился сифилисом, лечился нерегулярно. Через 4 года после заражения стал обнаруживать странности в поведении: стал оживлен, гневлив, многоречив, лечился в психиатрической больнице с диагнозом “маниакальное состояние”. Спустя несколько лет, у него была обнаружена положительная реакция Вассермана в крови, и он получил повторный курс лечения от сифилиса. Несколько позднее он стал вести себя неправильно. Посещал зубопротезный кабинет, требовал вставить себе золотые зубы, хотя в этом не было необходимости; матери говорил, что “сходит с ума” и у него “переворачиваются мозги”. В день правонарушения (май 1984 г.) подошел к Внешторгбанку, представился сотрудником органов безопасности, пытался сесть в машины с инкассаторами, спрашивал, есть ли у них деньги, стучал ножом в ветровое стекло. При задержании оказал сопротивление сотрудникам милиции, одного из них ранил ножом, при этом сам получил пулевое ранение в плечо. В начале

следствия написал нелепое заявление, в котором сообщил, что собирался получить валюту и купить магнитофон. В камере вел себя странно, был многоречив, требовал открыть все двери и отпустить его. При обследовании его психиатром заявил, что он очень богатый человек; японцы построили ему “коттедж”, где все “устроено коврами и много хрусталя”. Фон настроения был повышен. У него опять была обнаружена положительная реакция Вассермана. При обследовании в Центре им. Сербского установлено следующее. Неврологическое состояние: зрачки узкие, левый шире правого, на свет не реагируют, асимметрия лицевой иннервации, язык отклоняется влево. Сухожильные рефлексы оживлены с расширенной зоной, слева коленный рефлекс отсутствует. Отмечается тремор рук. Реакция Вассермана в крови и спинно-мозговой жидкости резко положительная (++++)). В спинно-мозговой жидкости положительные белковые реакции. Реакция Ланге (с коллоидным золотом) 2246660000.

Психическое состояние. Испытуемый грубо ориентирован в окружающем, считает, что находится в больнице и обследуется по поводу сифилиса. Во время беседы беспечен, благодушен. Речь замедленная, с гнусавым оттенком, произношение трудных слов нарушено. Обнаруживает значительное снижение памяти, путает даты своей жизни. Легкомысленно относится к своему заболеванию сифилисом, со смехом рассказывает, что после лечения у венерологов “сильно веселился”, а потом его перевели в психиатрическую больницу. Заявляет, что несметно богат, “уже давно связан с японцами”, они построили ему “коттедж”, у него много мебели и автомобилей, есть самолет, на котором он летал в Японию, США, ФРГ, есть счета в иностранных банках, он пользуется успехом у женщин. В то же время собирается жениться на своей прежней жене. О правонарушении рассказал, что решил в банке взять валюту и купить магнитофон, пока японцы не прислали ему 10 магнитофонов. В отделении многоречив, непоседлив, все рассказывал о своих богатствах, написал матери письмо с просьбой узнать, в каком состоянии находится его коттедж и прислали ли ему магнитофоны. Критическое отношение к своему состоянию и сложившейся ситуации у него отсутствует.

Диагноз: прогрессивный паралич. Его рекомендовано считать невменяемым. По своему психическому состоянию он нуждается в направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу».

6.4. СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ НИХ

Сосудистые заболевания головного мозга со свойственными им разнообразными нервно-психическими нарушениями являются обычно одним из проявлений общих сосудистых заболеваний, из ко-

торых наиболее распространены атеросклероз, гипертоническая болезнь, гипотоническая болезнь.

Психические нарушения сосудистого происхождения неоднородны как по клинической картине, так и по типу течения. Обычно выделяют:

- нарушения непсихотического уровня в виде астенической, невротоподобной, дисфорической и другой симптоматики и личностных изменений;
- сосудистые психозы, протекающие с помрачением сознания, галлюцинаторно-бредовыми синдромами и аффективными расстройствами;
- сосудистую деменцию.

Психические нарушения при атеросклерозе мозговых артерий. Атеросклероз – самостоятельное общее заболевание с хроническим течением. Церебральный атеросклероз (церебросклероз) сопровождается рядом нервно-психических изменений и при неблагоприятном течении может привести к выраженному слабоумию или даже смерти в результате инсульта.

Клиническая картина церебрального атеросклероза различна в зависимости от периода заболевания, выраженности его, характера течения и т. д. Довольно часто заболевание начинается невротоподобной симптоматикой: раздражительность, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, особенно умственной, рассеянность, снижение внимания. Характерной особенностью начального церебросклероза является также заметное усиление прежних черт личности: ранее недоверчивые становятся откровенно подозрительными, беспечные – еще более легкомысленными, экономные – скупыми. По мере развития заболевания все более отчетливо выявляются нарушения памяти и снижение работоспособности.

Больные забывают, что им нужно сделать, не помнят, куда они положили ту или иную вещь, с большим трудом запоминают новое. Ослабевает память на текущие события, прошлое они могут помнить достаточно хорошо.

По мере прогрессирования болезни меняется мышление больных: оно теряет прежнюю гибкость и подвижность. Появляются чрезмерная обстоятельность, заострение на каких-то деталях, многословие. Больные с трудом выделяют главное, сложно переключаются с одной темы на другую.

Характерной чертой является выраженная эмоциональная лабильность (слабодушие). Больные становятся слезливыми, плачут при малейшем огорчении или радости, легко переходят от слез к улыбке, и наоборот. Типична также склонность к реакциям раздражения, посте-

пенно усиливающаяся вплоть до резких гневливых вспышек по самым незначительным поводам. Больные делают все более трудными в общении с окружающими, у них развиваются эгоизм, нетерпеливость и требовательность, появляется чрезмерная обидчивость.

Выраженность нарушений мышления и памяти, эмоциональная несдержанность и особенности поведения говорят о том, что наступает **атеросклеротическая деменция**.

У больных церебральным атеросклерозом могут возникать **галлюцинозы**, обычно слуховые, типичны **хронические бредовые состояния** (бред ревности, отношения, преследования и другие по содержанию виды бреда).

Психические нарушения при гипертонической болезни

Помимо неврологических нарушений для гипертонической болезни характерны и разнообразные психические нарушения. Описаны гипертонические психозы, очень часто наблюдаются другие психопатологические проявления, причем на любой стадии болезни. Вместе с тем имеется определенная связь между характером психических нарушений и стадий болезни. Так, неврозоподобная симптоматика более характерна для начальной стадии гипертонической болезни, а развитие слабоумия наблюдается чаще всего на 3-й (конечной) стадии. По мнению Е.С. Авербуха, при гипертонической болезни наиболее типичны следующие нарушения:

1. Неврозоподобная и психопатоподобная симптоматика. Она заключается в жалобах на раздражительность, головные боли, плохой сон, повышенную утомляемость, рассеянность, мнительность. Больные становятся слабодушными и плаксивыми, очень обидчивыми. Характерны различные навязчивости, особенно страхи. Идет заострение характерологических особенностей.

2. Тревожно-депрессивные и тревожно-бредовые синдромы. Наиболее часто наблюдается ипохондрический бред, бред осуждения, отношения и преследования, могут возникать идеи ревности и самообвинения.

3. Состояния помрачения сознания. Наряду с различными степенями оглушения у больных развивается сумеречное состояние сознания, возможны онейроид и делирий.

4. Состояния слабоумия. Нарушения памяти различны: от незначительных до грубых мнестических расстройств. Может развиваться органический психосиндром, иногда наблюдается типичный синдром Корсакова. Деменция может развиваться как последствия инсультов, так и самостоятельно.

Судебно-психиатрическая оценка сосудистых психозов

Определение вменяемости или невменяемости зависит от психического состояния больных с сосудистой патологией, от степени их

психических нарушений. При выраженной патологии, например, глубоко слабоумии, эксперты рекомендуют признавать этих лиц невменяемыми. Аналогичную рекомендацию выдают при наличии в структуре расстройств галлюцинаций, бреда, нарушений сознания.

Определение степени нарушения интеллектуально-мнестических функций желательно проводить с помощью патопсихологических методик, чтобы составить объективное представление о глубине и структуре нарушений.

Довольно часто потребность в судебно-психиатрической оценке этих психических нарушений возникает в гражданском процессе при оспаривании сделок, совершенных больным, или в случаях споров по завещанию.

Клинический пример (цит. по Б.В. Шостаковичу):

«Ш-ва Н.З., 90 лет. Из материалов гражданского акта и медицинской документации известно, что у Ш-вой было 3 брата; своей семьи у нее не было, жила одна, получала пенсию по старости. В последние годы посещала поликлинику, где лечилась по поводу гипертонической болезни, общего и мозгового атеросклероза, жаловалась на забывчивость, головные боли, плохой сон. Отмечались у нее повышенные цифры артериального давления. Психиатром не осматривалась. Проживала в собственном домовладении. 13 ноября 1985 г. она оформила завещание в пользу своей двоюродной сестры К., которое подписала собственноручно. 4 сентября 1987 г. она изменила свое завещание в пользу Т., а 28 июня 1988 г. она оформила завещание в равных долях на своих квартирантов Е. и Б. Как видно из материалов дела, в начале апреля 1991 г. Б. насильно увез Ш-ву к своим родственникам в другой район, а спустя несколько дней ее увидели соседи. Она бродила по улице и не могла найти своего дома. Соседи привели ее к себе. По данным амбулаторной карты поликлиники, 13 мая 1991 г. у Ш-вой было острое нарушение мозгового кровообращения; в этот же день она была осмотрена врачом на дому.

Согласно записи врача: состояние тяжелое, на вопросы не отвечает, выявлена очаговая неврологическая симптоматика, артериальное давление 180/90 мм рт. столба. Диагноз: “острое нарушение мозгового кровообращения, левосторонний гемипарез (паралич)”. В последующие дни состояние ее, судя по записям в истории болезни, оставалось тяжелым. 29 марта 1995 г. Ш-ва завещала свое имущество, в том числе и домовладение, У-ко, постороннему человеку. Записей в амбулаторной карте на день составления завещания не содержится. Ш-ва умерла через 2 недели после составления последнего завещания. В дальнейшем это завещание было оспорено ее родственниками в суде. Показания свидетелей по данному делу разноречивы. Одни в судебном заседании сообщили, что она была здорова, “в своем уме”, все понимала, хорошо говорила, другие показывали, что она в последние годы жизни

все забывала, “всех боялась”, говорила, что “ее ловят”, “обкрадывают”, “заговаривалась”. Почтальон, который приносил пенсию Ш-ой, рассказала, как “бабушка” жаловалась ей, что у нее “пропадают деньги, их крадут”. Когда ей принесли деньги в последний раз, она лежала, “как мертвая”, не откликалась, состояние ее было тяжелым.

Заключение комиссии: Ш-ва при жизни страдала сосудистым заболеванием головного мозга (гипертоническая болезнь, церебральный атеросклероз) с изменениями психики, степень которых после развившегося у нее 13 мая 1991 г. острого нарушения мозгового кровообращения была столь значительна (нарушения сознания, восприятия, речи), что лишала Ш-ву способности понимать значение своих действий и руководить ими в период оформления завещания 29 мая 1991 г.»

Контрольные вопросы

1. Какие психические нарушения наблюдаются при черепно-мозговой травме?
2. Какие психические нарушения могут возникнуть у пострадавших в остром периоде черепно-мозговой травмы?
3. Какие отдаленные последствия черепно-мозговых травм могут возникнуть у пострадавших?
4. Что такое психоорганический синдром и как он проявляется?
5. От чего зависит судебно-психиатрическая оценка ЧМТ?
6. Какие психические нарушения наблюдаются при энцефалитах?
7. Как могут проявиться сифилитические повреждения центральной нервной системы?
8. Какие психические нарушения наблюдаются при гипертонической болезни?
9. От каких факторов зависит судебно-психиатрическая оценка сосудистых нарушений?

7. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ В ИНВОЛЮЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

В последние годы заметно увеличилось как абсолютное количество психически больных старшего возраста, так и вырос их удельный вес по отношению к общему числу психически больных других возрастных групп. Это обусловлено увеличением средней продолжительности жизни, ростом доли пожилых людей в общей популяции. По данным ряда отечественных и зарубежных исследователей, от 10 до 25% всех лиц старше 60–65 лет страдают психическими нарушениями различной степени тяжести.

Психические расстройства в инволюционном периоде достаточно разнообразны. В судебно-психиатрическом аспекте наибольший интерес вызывают расстройства, преимущественно или всегда возникающие в позднем возрасте и прямо или косвенно связанные со старением. К этой группе относят инволюционные психозы, сенильные и пресенильные деменции, атрофические заболевания головного мозга. С некоторой долей условности к этой группе можно отнести психические нарушения, обусловленные церебрально-сосудистой патологией – мозговым атеросклерозом и гипертонической болезнью – чаще всего они возникают у пожилых граждан, с длительным стажем вышеупомянутых заболеваний. Психические нарушения при сосудистой патологии описаны в разделе «Органические поражения головного мозга».

7.1. ОСОБЕННОСТИ ПСИХИКИ В ИНВОЛЮЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Старение организма сопровождается изменением всех его функций – как биологических, так и психических. Однако характер этих изменений и время их проявления имеют индивидуальные особенности и колеблются в широких пределах: психические возрастные изменения не всегда коррелируют с физическими проявлениями старения организма.

Изменения психического функционирования в связи с возрастом могут проявляться избирательно и в различные возрастные периоды. Так, сравнительно рано начинает ослабевать способность воображения – его яркость, образность, ухудшается также подвижность психических процессов, возможность быстрого переключения внимания.

Несколько позже ухудшается усвоение новых знаний. Возникают трудности в воспроизведении нужных в данный момент сведений, замедляются интеллектуальные процессы. Возникает склонность к застреванию на неприятных переживаниях, тревожно-депрессивная окраска настроения.

Выделяют целый комплекс факторов, связанных со старением и негативно влияющих на человека, способствующих развитию психической патологии в позднем возрасте:

нейроэндокринные сдвиги, вызванные климаксом;

разнообразные функциональные и структурные изменения всех систем и органов, обусловленные старением;

накопление физических нарушений из-за соматических болезней.

Свою роль играет и особая социально-психологическая ситуация, в которой часто оказывается стареющий человек (прекращение трудовой деятельности, сужение социальных связей, одиночество в результате смерти близких, невозможность удовлетворения многих интересов и потребностей, трудности самообслуживания вследствие физической немощи).

Происходит психологическое старение: изменения характера, наступающие в ходе инволюции (снижение эмоционального фона, обеднение интересов и смещение их в сферу физического и материального благополучия, тревожная мнительность, консерватизм, недоверчивость, инертность психических процессов, ослабление интеллектуально-мнестических функций).

Приблизительно у трети пожилых людей регистрируются неврозоподобные нарушения, связанные с климаксом. Подобным страданиям подвергаются оба пола, но женщины гораздо чаще обращаются за медицинской помощью, поэтому традиционно в обществе считают, что климактерические нарушения психики присущи лишь им.

Климактерические неврозоподобные состояния весьма разнообразны и изменчивы. Наиболее часто у пожилых людей регистрируют **астеноневротический синдром**, который проявляется в виде повышенной утомляемости и выраженных вегетативных нарушений (приливы жара, потливость, приступы сердцебиения). Также могут быть **эмоциональные расстройства**: неустойчивость настроения, внезапные колебания преимущественно в сторону снижения, тревога, раздражительность. Нередко наблюдают **сенестопатические и ипохондрические нарушения**: многообразные неприятные ощущения сопровождаются чрезмерными опасениями за здоровье, которые иногда приобретают оттенок навязчивости. **Истероподобные расстройства** проявляются жалобами на спазмы в горле, внутреннее дрожание, слабость в конечностях и др. Эти жалобы сочетаются повышенной обидчивостью, капризностью, театральностью, приступами рыданий.

7.2. ИНВОЛЮЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ

Инволюционные психозы были описаны Э. Крепелином еще в конце XIX в. В настоящее время выделяют две клинические формы этих психозов: инволюционную депрессию и инволюционный параноид.

Инволюционная депрессия. Инволюционная депрессия (инволюционная меланхолия) — затяжная тревожная депрессия, впервые развивающаяся в позднем возрасте. Женщины заболевают значительно чаще мужчин. Возраст начала заболевания колеблется в очень широких границах: от 45 до 80 лет.

В большинстве случаев манифестации психоза предшествуют дополнительные вредности типа различных психотравмирующих ситуаций и соматических заболеваний.

Начало инволюционной депрессии обычно постепенное, хотя возможно и острое начало в тех случаях, когда возникновению психоза предшествует сильная психическая травма или острое соматическое заболевание. Появляются и нарастают угнетенность, вялость, страхи за свое здоровье, опасения за состояние родных и близких, материальное благополучие. В начальном периоде, который длится от нескольких недель до года, возможны дисфорические эпизоды. Со временем эти проявления усиливаются и перерастают в картину тревожной депрессии.

Клинической картине инволюционной меланхолии свойственно **сочетание тревожно-депрессивного аффекта с речевым и двигательным беспокойством**,ходящим в более тяжелых случаях до возбуждения и даже неистовства (ажитированная депрессия). Речь больных — непоследовательная и бессвязная, состоит из обрывков фраз или бессмысленного набора слов, сходных по звучанию. Больные всхлипывают, причитают, стонут, бестолково мечутся по помещению.

Тревога носит беспредметный характер, лишена конкретного содержания, насыщена неоправданными мрачными предчувствиями, ожиданием всяких несчастий. Характерно усиление тревоги в вечерние и ночные часы. Часто проявляется симптом нарушения психической адаптации в виде резкого нарастания тревоги с бессмысленным сопротивлением при любых незначительных изменениях привычной обстановки (например, ремонт в квартире, перестановка мебели).

Клинический пример (цит. по В.П. Самохвалову): «Пациентка Ч., 50 лет, по специальности врач-терапевт, работает в поликлинике. Живет с дочерью 25 лет и матерью. Начало заболевания совпадает с менопаузой. На протяжении месяца отмечается отгороженность и снижение настроения. Повышается аппетит, возникает тревога и периоды ажитации, когда начинает громко стонать от “душевной боли”».

Лечится в дневном стационаре. Часто на улице начинает так громко стонать, что прохожие оборачиваются. При рассказе о своих проблемах стоны мешают даже говорить. Ночью не спит, но постоянно ходит, чтобы не мешать близким, бродит по ночному городу, возвращаясь только к утру. Уверяет, что у нее, скорее всего, СПИД, которым она заразилась от одного пациента, “внутри все сгнило”, “сосуды запустели”, “в голове каша”. Считает также, что могла заразить дочь, которая теперь не сможет выйти замуж. Подтверждением этой идеи являются ее бледность и слабость. Смысла жизни не видит, до госпитализации пыталась покончить с собой: выпила множество таблеток клофелина, предварительно переодевшись в самое красивое платье».

На пике депрессивных переживаний может возникать **бред**. Чаще встречаются бредовые идеи несправедливого обвинения, осуждения больного окружающими. Встречаются патологические идеи преследования, отравления, ущерба, ревности, ипохондрический бред. Бредовые идеи самообвинения нехарактерны для инволюционной депрессии.

В отдельных случаях при глубоко протекающей депрессии возможно появление синдрома Котара (бред депрессивно-фантастического содержания). Для синдрома Котара типичен нигилистический бред, или бред отрицания, — своеобразный чувственный бред, близкий к ипохондрическому. Например, больные утверждают, что у них нет жизненно важных органов и функций (нет желудка и кишечника, пища попадает непосредственно в брюшную полость и там накапливается, не перевариваясь, месяцами не бывает физиологических отравлений). В структуру синдрома могут входить идеи злого могущества: своим существованием больной причиняет неисчислимые страдания и гибель людям, всему человечеству; люди умирают, задыхаясь в заполнивших всю атмосферу ядовитых испарениях, миазмах, исходящих из больного. Бывают идеи мучительного бессмертия: больной считает себя обреченным на вечные страдания, подобно грешникам в аду. Распространение бредовых переживаний на целую страну, планету или даже вселенную является основанием для обозначения такого бреда мегаломаническим, или бредом громадности.

Обманы восприятия в рамках инволюционной депрессии возникают сравнительно редко, обычно это вербальные иллюзии. По содержанию они всегда соответствуют аффекту и тематике бредовых идей.

В разные сроки после стабилизации состояния начинается постепенная редукция психических расстройств, уменьшается интенсивность аффективных нарушений, в частности, ослабевают тревога и страх и на первый план, особенно в старческом возрасте, выступают подавленность, безразличие, апатия и отвращение к жизни. Явления двигательной ажитации становятся менее аффективно насыщенными,

все более стереотипными. Возможны признаки «регресса поведения»: неряшливость, прожорливость и т. д.

Судебно-психиатрическое значение: больные с инволюционной меланхолией чаще других пациентов совершают самоубийства. На фоне бреда Котара больной может совершить расширенный суицид – убить вначале членов своей семьи, а затем покончить с собой. Мотивы, лежащие в основе убийства близких, могут быть самые благородные, например, при убеждении, что мир погибает, больной, убивая, избавляет родных от мучительных страданий.

Инволюционный параноид. В центре клинической картины находится так называемый маломасштабный бред преследования («вредительства», притеснения), отравления и ущерба, обозначаемый так же как бред малого размаха или бред обыденных отношений. Бред направлен против конкретных лиц из окружения больного (чаще всего против соседей или членов семьи) и, как правило, бывает интерпретативным, основываясь на бредовом толковании множества мелких событий и фактов.

Бредовые расстройства развиваются медленно и постепенно, на фоне нарастающей общей или избирательной подозрительности. Подозрения в плохом отношении, в желании нанести ущерб, вредить или притеснять в правах и жизненном пространстве постепенно переходят у больных в непоколебимую бредовую убежденность. Как правило, бред систематизируется, хотя бредовая система остается простой и конкретной. Нередко в результате бредовой интерпретации фактов прошлого бред становится ретроспективным.

Больные с инволюционным параноидом испытывают **галлюцинации тематического характера**, например, слышат, как соседи за стеной переговариваются о способах причинения им вреда и неприятностей.

Больные убеждены в том, что преследователи проникают в их жилище, подменяют или прячут, а иногда и воруют вещи, но делают это обычно не для обогащения, а с целью издевательства, для того чтобы выжить больных с квартиры, вызвать заболевание, ускорить смерть и т. п. Довольно часто присоединяется бред отравления, в структуре которого основную роль играет интерпретация тех или иных соматических расстройств. В некоторых случаях бред отравления сопровождается чувственными обманами восприятия (обонятельными, вкусовыми иллюзиями или даже галлюцинациями). Часто встречается бредовая убежденность в отравлении газом, который, по мнению больных, преследователи пускают в комнату через щели, дверь и т. д. Эта убежденность обычно строится на объяснении различных соматических ощущений или обонятельных обманов. Наиболее частым мотивом «преследований и издевательств», которым якобы подвергаются больные, является стремление «преследователей» лишить их жилпло-

щади. Таким образом, правомерно говорить о бреде преследования с ущербной мотивировкой.

Одновременно с маломасштабным бредом преследования развиваются разоблачительные идеи, направленные против «преследователей». Эти идеи порой достигают уровня бреда: например, соседи — «темные люди», мафия, преступники; члены семьи ведут распутный образ жизни и т. п. В то же время больные убеждены, что их оговаривают, распространяют о них порочащие слухи и т. д.

По мере развития болезни поведение становится все более бредовым, причем преобладают то меры пассивной защиты (установка дополнительных замков, хранение продуктов в комнате, сон при открытом окне для защиты от «газа», переселение и т. п.), то активная, часто сутяжная борьба, сопровождающаяся обращениями в милицию и другие органы с жалобами и заявлениями.

Иногда возникают **бредовые идеи ревности**. Они явно нелепы по содержанию: больной ревнует свою супругу к детям, ближайшим родственникам. Подтверждение своим болезненным переживаниям находят в мимике, жестах, отдельных фразах как самих «изменников», так и посторонних людей. Требуют устных или письменных признаний, добиваются их с помощью агрессивных действий.

Фон настроения обычно ровный, но временами возможны проявления тревоги и подавленности. При перемене обстановки — обмен квартиры, госпитализация — бредовая продукция, как правило, прекращается, но критика к пережитому отсутствует и коррекция бреда не наступает. Вне сферы бреда больные обычно сохраняют социальные связи, обслуживают себя, полностью ориентируются в бытовых вопросах и ситуациях.

Клинический пример (цит. по Б.В. Шостаковичу):

«Ф-ва Г.П., 48 лет, обвиняется в поджоге. Родилась в крестьянской семье, росла и развивалась правильно, окончила 7 классов школы, педагогическое училище и педагогический институт. Работала воспитателем в детском саду. В 29 лет вышла замуж, имеет дочь. Проживая в коммунальной квартире, была конфликтной, ревновала мужа к соседке; однажды во время ссоры ударила соседку по лицу. После переезда на другую квартиру стала более спокойной. На работе характеризовалась положительно. После замужества дочери отношения в семье ухудшились. Ссорилась с мужем и дочерью. Муж после ссор уходил из дома, уезжал в командировки, а затем переехал к сожительнице и предложил оформить развод. Сложившуюся ситуацию переживала очень тяжело, чувствовала себя «взвинченной», снизилось настроение, плохо спала, значительно похудела. По совету знакомой она стала принимать нейролептические препараты, в связи с чем испытывала слабость, сонливость, стало трудно работать.

20 февраля 1984 г. в квартире Е-ой, сожительницы мужа Ф-вой, произошел пожар, в результате которого было уничтожено имущество на большую сумму. Пожару предшествовало анонимное письмо угрожающего содержания о том, что за Е-ой и мужем следят, о них “все известно”. Через несколько дней после пожара испытуемая сняла со сберкнижки деньги, пыталась возместить ущерб. 2 марта 1984 г. испытуемая обратилась в психиатрический диспансер, где ей был установлен диагноз: “депрессивный невроз”. 12 марта 1984 г. совершила суицидальную попытку (пыталась броситься под поезд метро), была стационарирована в психиатрическую больницу. В истории болезни отмечено, что с момента ухудшения отношений с мужем у нее отмечались нарушения менструального цикла, диагностировали миому матки. С этого времени ревновала дочь к мужу, снизилось настроение, появились суицидальные мысли, готовилась к смерти, подозревала членов семьи в краже у нее ценных бумаг, стала раздавать свои вещи и деньги родным и знакомым. На работе была испуганной, пряталась, говорила, что она “пропащий человек”, “живет в двух измерениях”. В больнице была тревожной, жаловалась на голоса, слышала голос мужа и еще “чужой” голос, который рекомендовал “все уничтожить в квартире”. Диагноз больницы: “реактивное состояние в инволюционном периоде”. С 6 июня по 28 июля 1984 г. Ф-ва находилась на стационарной экспертизе в Центре им. Сербского, экспертной комиссией была направлена на принудительное лечение в психиатрическую больницу общего типа без решения экспертных вопросов с диагнозом “реактивное состояние”. В больнице она была депрессивной, говорила, что “мозг как студень”, “мозг мерзнет”, в семье “два враждебных лагеря”, с ней жестоки, издеваются. При повторном поступлении в Центр со стороны внутренних органов и нервной системы без патологии. Психическое состояние. Испытуемая контакту доступна, депрессивна, таинственно говорит, что “в последнее время все поняла”. Утверждает, что в семье ее “раздавили морально”, муж настроил зятя и дочь против нее, под его влиянием она стала “медлительной”, “изменилась”. Все они сговорились против нее, “устраивали штучки”, оставляли мусор у порога, “испортили варенье”, “растасили его по квартире”. Специально подучили 3-летнюю внучку открывать шкафы и портить ее вещи, “рассыпать гвозди”. В ответ на ее раздражение и гнев домашние ухмылялись, громко включали музыку, приплясывали. Один раз слышала от постороннего человека слова: “Дочь — ваш враг”. Убеждена в правоте своих мыслей и поступков, склонна к патологической интерпретации настоящих и прошлых событий. Критическая оценка своего состояния и сложившейся ситуации недостаточная. Диагноз: Ф-ва Г. П. страдает хроническим психическим заболеванием в форме инволюционного параноида. Было рекомендовано считать ее

невменяемой и нуждающейся в направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу общего типа».

Судебно-психиатрическое значение: под влиянием бредовых переживаний больные могут совершать общественно опасные действия, например, попытки убийства мнимого врага, преследователя. При бреде ревности возможны агрессивные действия, направленные на «изменника» и (или) соперников. СПЭ рекомендует признать таких лиц невменяемыми.

Больные с идеями ущерба склонны к kleptomании. Они совершают мелкие кражи в целях возмещения «потерянного» или «испорченного» имущества. Например, у одной больной, совершившей карманную кражу, дома было обнаружено более 1000 носовых платков, 50 перчаток на одну руку, большое количество футляров для очков.

7.3. АТРОФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

К этой группе расстройств относят сенильные и пресенильные деменции, которые рассматриваются как выражение патологического старения всего организма и мозга в частности. В развитии атрофических заболеваний головного мозга большую роль играет наследственный фактор. В качестве провоцирующих факторов могут выступать сбои в иммунной системе организма.

Анатомической основой этих болезней является диффузная атрофия коры головного мозга и ряд сопутствующих ей морфологических изменений. При патологоанатомическом исследовании обнаруживают уменьшение массы мозга до 1000 грамм и менее, истончение извилин и расширение борозд, явления скопления жидкости в желудочках мозга и т. д.

Болезнь Альцгеймера. Болезнь Альцгеймера выявляется более чем у половины всех больных с деменциями. У женщин это заболевание встречается в два раза чаще, чем у мужчин. Заболеванию подвержено около 5% лиц старше 65 лет, однако заболевание чаще начинается с 50 лет. Болезнь занимает 4–5 место среди причин смерти в США и Европе.

Дебют болезни медленный, течение – прогрессирующее. В начальном периоде нередко затяжные и не поддающиеся лечению невротические состояния. Могут наблюдаться **затяжные депрессивные эпизоды**, острые и хронические **параноидные состояния**, в частности с идеями ревности и ущерба.

На ранних этапах можно заметить своеобразное изменение мимики – «Альцгеймеровское изумление», при котором глаза широко раскрыты, мимика изображает удивление, мигание редкое. У больных ухудшается ориентировка в незнакомом месте, возникают затруднения в

счете, письме. В целом создается впечатление снижения успешности социального функционирования.

Главными симптомами первой — манифестной стадии являются прогрессирующее **расстройство памяти** и реакция личности на когнитивный дефицит в форме депрессии, раздражительности, импульсивности. В поведении отмечается регрессивность: неряшливость, частые сборы «в дорогу», стереотипность, ригидность. В дальнейшем расстройства памяти перестают осознаваться. Амнезия распространяется на привычные действия, пациенты забывают бриться, одеваться, умываться. Тем не менее в последнюю очередь нарушается профессиональная память.

Могут появиться **неврологические нарушения**: головные боли, головокружение, тошнота, что указывает на скопление жидкости в желудочках мозга. Прогрессивно теряется вес за короткий промежуток времени при сохранном или даже повышенном аппетите.

Иногда заболевание манифестирует остро в виде амнестической дезориентировки. Уходя из дома, пациенты не могут его найти, забывают свою фамилию и имя, год рождения, не могут прогнозировать последствия своих поступков. Период дезориентировки сменяется относительной сохранностью памяти.

На второй стадии к амнестическим нарушениям присоединяются апраксия, акалькулия, аграфия, афазия, алексия. Пациенты путают правую и левую стороны, не могут назвать части тела. Возникает аутоагнозия, и они перестают узнавать себя в зеркале. Меняются почерк и характер росписи.

Возможны эпилептические припадки и кратковременные психотические эпизоды. Если у больных в этот момент присоединяется инфекция (например, пневмония), то это может привести к делирию.

Начальная неловкость движений со временем превращается в неспособность к наиболее автоматизированным, жизненно необходимым действиям. Больные как бы разучиваются вставать, садиться, ходить. Они молча лежат, почти не меняя положения.

Продолжительность болезни от 1—2 до 8—10 лет. Чаще всего больные умирают от присоединившейся респираторной инфекции.

Клинический пример деменции при болезни Альцгеймера с ранним началом (цит. по В.П. Самохвалову): «Пациент Л., 58 лет, ранее работал бухгалтером; наряду с текущей работой готовил обширные годовые отчеты для фирм. Социально успешен. В анамнезе без особенностей, не курит, спиртное употребляет эпизодически. Последние несколько лет отмечал утомляемость, потерю веса. В течение года начались неприятности, стал делать ошибки в отчетах, в результате потерял большое число средств. Стал делать записи, но забывал, где их оставлял. Все эти симптомы протекали на фоне сниженного настроения и раздражительности от своей несостоятельности. Приехал в дру-

гой город и оставил машину на центральной площади, где должен был встретиться с приятелем. Через несколько часов после встречи забыл, где оставил машину, метался в ее поисках. Обратился к психиатру. При осмотре растерян, глаза широко и удивленно раскрыты. Путает даты, точно не помнит, как попал в этот город. Отчетливое снижение памяти на текущие события и события последней недели. На компьютерной томографии признаки атрофии заднелобных отделов левого полушария, компенсированная гидроцефалия».

Судебно-психиатрическая оценка: достаточно грубые изменения в интеллектуально-мнестической сфере не позволяют этим больным осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) либо руководить ими. Соответственно комиссия СПЭ рекомендует признать их невменяемыми.

Болезнь Пика. Заболевание описано А. Пиком в конце XIX в. Обычно начинается постепенно в возрасте 40–65 лет, чаще всего в 55–60 лет. Злоупотребление алкоголем может способствовать проявлению отдельных признаков заболевания в более ранние периоды. Заболевание встречается редко, в десятки раз реже болезни Альцгеймера, соотношение мужчин и женщин 1:2.

Заболевание протекает в три стадии, начальные симптомы изучены недостаточно. Продолжительность болезни в среднем до 10 лет.

На первой стадии отмечаются **симптомы нарушения социального функционирования** и симптомы немотивированных поступков. Наблюдается заострение эгоистической ориентации личности с растормаживанием инстинктов, которые не контролируются. Стремление к немедленной реализации инстинкта приводит к тому, что отдельные поступки больного выглядят странными, не соответствуют социальному окружению, идут вразрез с прежней направленностью его личности. Например, пациенты могут стать сексуально расторможенными, удовлетворяют свои физиологические потребности в публичных местах без всякого стеснения.

Эмоциональная жизнь характеризуется непродуктивной эйфорией (морией) или апатией. При ухудшении состояния апатия или мория сопровождается уже не периодами, а постоянной **инстинктивной расторможенностью**, так называемым спонтанным «полевым» поведением. Амнестических расстройств нет, свое неправильное поведение больные объясняют надуманными мотивами, иногда просто признают факт нетерпения и невоздержанности. В некоторых случаях расстройства при болезни Пика напоминают гебефренические.

На второй стадии отмечаются **неврологические симптомы** в форме амнезии, афазии, апраксии, агнозии, акалькулии, и на этой стадии болезнь Пика трудно отличить от болезни Альцгеймера. В пользу бо-

лезни Пика могут говорить симптомы эхопраксии и эхолалии, а также гипералгезия (повышенная болезненность) кожных покровов.

На третьей стадии отмечается маразм с переходом в вегетативную кому со сниженным мышечным тонусом.

Клинический пример (цит. по В.П. Самохвалову): «Пациент Л., 63 года, будучи на пенсии, продолжал работать в составе политического совета партии. Готовил доклады и сам их читал, жил с женой отдельно от детей. Анамнез без особенностей. В прошлом инженер. Заболевание начинается со странностей в поведении. Во время одного из своих докладов начал мочиться в трибуну. На вопрос, зачем он это делает, с улыбкой ответил: “Не прерывать же доклад?” Дома тайком стал тратить деньги на сладости, пирожные, пряча их от жены. Стал требовать соблюдения неукоснительного порядка. Обращался к сексопатологу с требованием “разобраться с женой”, поскольку, по его мнению, его сексуальность стала безудержной, а она не обращает на него внимания. Странные поступки с неадекватными объяснениями мотивов продолжались целый год, был задержан милицией за то, что в троллейбусе щипал женщин, “хотел познакомиться поближе”. При обследовании на ЭЭГ отмечено снижение вольтажа в лобных отведениях, а на компьютерной томографии – признаки атрофии лобных отделов левого полушария».

Судебно-психиатрическая оценка: оценка зависит от стадии заболевания. В случае совершения противоправных действий больными на поздних стадиях болезни комиссия СПЭ рекомендует признавать их невменяемыми.

Сенильная деменция (старческое слабоумие)

Сенильная деменция обычно развивается в возрасте 65–85 лет, хотя возможно и более раннее развитие. Начало болезни почти всегда медленное, малозаметное для окружающих. На начальном этапе индивидуальные **психологические особенности** заостряются, а в дальнейшем сглаживаются. Больным свойственны карикатурный эгоцентризм, черствость, скупость, собирательство старых вещей. Пропадают прежние увлечения и интересы. Одновременно растормаживаются элементарные биологические потребности. Неумеренно усиливается аппетит. Появляется своеобразная гиперсексуальность в виде повышенного интереса к молодым лицам противоположного пола, склонности к разговорам на эротические темы, а иногда и попыток развратных действий с малолетними. Настроение преобладает угрюмо-раздражительное. В целом душевная жизнь становится все более примитивной и однообразной.

Уже на начальном этапе заболевания возникают признаки **мнестико-интеллектуальной недостаточности (нарушения памяти и интеллекта)**, которая неуклонно нарастает, выступает на первый план и со

временем достигает уровня глубокого слабоумия, распада всей психической деятельности.

В первую очередь **страдает память** на даты, имена, понятия. Позже выявляется фиксационная амнезия, приводящая сначала к дезориентировке во времени, а затем и в окружающей обстановке. Значительно позднее расстраивается ориентировка в собственной личности, иногда доходящая до неузнавания собственного отражения в зеркале. Последующие расстройства памяти развиваются по закономерностям прогрессирующей амнезии. Запасы памяти утрачиваются в направлении от недавно приобретенных, менее прочных знаний и навыков, ко все более старым и автоматизированным. Со временем память опустошается настолько, что больные не знают, где живут, сколько у них детей, не помнят их имен, не могут назвать свой возраст, профессию. Пробелы в памяти часто заполняются ложными воспоминаниями (замещающими конфабуляциями). Обстановку больничной палаты принимают за квартиру, в которой когда-то жили. Узнают в окружающих давно умерших родственников, друзей.

Нарушения мышления, начинающиеся с трудностей при абстрагировании и обобщении, установлении причинно-следственных связей, также нарастают и доходят до непонимания простейших вопросов, невозможности осмысления окружающей обстановки. Речь сравнительно долго остается упорядоченной, однако со временем и она грубо нарушается, превращается в бессмысленную болтовню.

Характерно **извращение структуры сна**: продолжительный дневной сон сочетается с ночной бессонницей, ночными хождениями, суетливостью. Ночью нередко возникают эпизоды спутанного сознания — ложная ориентировка в ситуации ведет к сборам в дорогу и уходам из дома.

Настроение неустойчивое, на ранних этапах заболевания с тенденцией к снижению, затем, по мере нарастания органических расстройств, преобладает эйфория, тупая беспечность.

Поведение больных в начале патологического процесса относительно упорядоченное. Позже появляется суетливость, бестолковость. Теряются навыки самообслуживания, не соблюдается личная гигиена. На этом этапе такие пациенты представляют определенную опасность для себя и окружающих: например, они могут уйти из дома и забыть обратный адрес, допускают по неосторожности возгорания, заполняют жилище газом, забыв выключить газовую плиту, и т. д.

Течение сенильной деменции непрерывное, иногда волнообразно-прогрессирующее. Часть больных доживает до стадии маразма. На этой стадии они практически непрерывно лежат в позе эмбриона, недоступны речевому контакту.

Судбно-психиатрическая оценка: в случае совершения противоправных действий больными с сенильной деменцией должна прово-

даться оценка глубины интеллектуально-мнестического дефекта в каждом конкретном случае.

Контрольные вопросы:

1. Какие изменения происходят в человеческой психике при старении?
2. Как проявляется инволюционная меланхолия?
3. Что такое бред Котара?
4. Что такое инволюционный паранойд и какова его судебно-психиатрическая оценка?
5. Какие бывают дегенеративные заболевания головного мозга?
6. Какова судебно-психиатрическая оценка нарушений психики при болезни Пика?
7. Как проявляется старческое слабоумие?

8. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛИЦ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

8.1. ПРИЗНАКИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Умственная отсталость (олигофрения) – это врожденное или рано (в первые три года жизни) приобретенное слабоумие. В мире около 4% населения страдает олигофренией в той или иной степени.

Причинами возникновения умственной отсталости чаще всего бывают:

- хромосомные аномалии (болезнь Дауна);
- нарушения обмена веществ (фенилкетонурия, кретинизм);
- внутриутробные повреждения плода (алкоголь, инфекция, механическая травма);
- повреждения мозга в период родов (асфиксия из-за обвития шеи пуповиной, родовая травма, наложение акушерских щипцов).

Достаточно часто врачи затрудняются определить конкретную причину возникновения данной умственной патологии.

Клиническая картина умственной отсталости часто включает в себя кроме общей психической неполноценности различные неврологические и соматические симптомы, что является показателем неправильного развития не только головного мозга, но и всего организма.

Больные с умственной отсталостью имеют **характерный внешний вид**:

- непропорциональное телосложение;
- микро- или макроцефалию;
- короткие конечности и их искривление, из-за чего движения больных становятся угловатыми, часто плохо координированными;
- стигмы, свидетельствующие о недоразвитии на физическом уровне: волчья пасть, заячья губа, третье веко, полидактилия, низко посаженные уши, низкая линия роста волос сзади, кожная складка на шее («шея сфинкса»);
- недоразвитие речи: задержка появления первых слов и фразовой речи, косноязычие, бедность интонаций.

Нарушения отмечаются практически во всех сферах психики. В сфере восприятия – очень часто различные дефекты органов чувств (слабое зрение, глухота и т. д.). Активное внимание снижено.

Снижение интеллекта является ведущим в этой патологии. Мышление у таких больных конкретное, они не способны абстрагироваться. Запас знаний весьма скуден и ограничивается бытовыми понятиями. Затрудняется приобретение нового опыта, усвоение новых понятий. У больных отмечается явная недостаточность критического отношения к себе и ситуации, неспособность понять целесообразность своих поступков и предвидеть их последствия.

Эмоциональное переживание ограничивается интересами, имеющими к ним непосредственное отношение, т.е. удовлетворение элементарных потребностей. Они редко испытывают недовольство собой, состояние вины. Недоразвита воля. У таких больных отмечается своеобразное сочетание внушаемости, пассивной подчиняемости и упрямства, импульсивности. Эгоцентризм, возбудимость могут быть у внушаемых и робких больных.

В связи с тем, что в основе умственной отсталости лежит повреждение головного мозга, у больных могут наступать декомпенсации психического состояния. Психотравма, телесная болезнь, переутомление и т.д. могут вызывать у больных олигофренией нарушения сна, тревогу, расстройства настроения. Высокая температура при лихорадке, алкоголь и наркотики изредка приводят к транзиторным психотическим расстройствам в виде зрительных галлюцинаций, двигательного возбуждения, страха, депрессии.

По глубине и тяжести психических нарушений независимо от происхождения умственную отсталость традиционно делят на три степени.

1. **Идиотия** – наиболее тяжелая форма. Речь часто отсутствует, больные плохо понимают обращенную к ним речь. Нередко их единственной речевой реакцией на окружающие раздражители являются протяжные или отрывистые крики или мычание. Заметные нарушения двигательной сферы: из-за пороков развития скелета, недоразвития мышц им трудно передвигаться самостоятельно. Большую часть времени они сидят в однообразной позе, стереотипно раскачиваясь либо совершая другие однотипные движения.

Настроение пассивно-равнодушное, иногда сменяется кратковременными вспышками ярости, хаотичного возбуждения. Обычно такая реакция наблюдается на чувство голода. Идиоты совершенно необучаемы, себя не обслуживают, так как не владеют элементарными навыками гигиены.

В плане совершения правонарушений идиоты не представляют опасности. Скорее они сами могут оказаться жертвой.

2. **Имбецильность** – нарушения в психической сфере менее выражены, чем при идиотии. Больные могут произносить короткие фразы, понимать обращенную к ним чужую речь. Словарный запас их может достигать примерно 200 слов. Они обнаруживают элементарные, но

все же разнообразные и дифференцированные реакции на внешние раздражители, способны ориентироваться во внешней обстановке.

Новую информацию воспринимают с большим трудом. Чтобы научиться их ухаживать за собой или выполнять простую работу, необходимо потратить много сил и времени. Некоторые из имбецилов способны обучаться во вспомогательной школе, но усваивают лишь простейший счет, чтение по складам, начертание отдельных букв и цифр. Эмоциональные реакции малодифференцированы, в основном возникают в ответ на низшие влечения (голод, жажду, холод).

Имбецилы очень сильно зависят от тех, кто о них заботится. Поведенческие акты непоследовательны, импульсивны, нет какого-либо плана и прогноза своих действий, совершенно отсутствуют инициатива и самостоятельность. Они могут ориентироваться в знакомой обстановке, но совершенно теряются в новой ситуации.

Имбецилы при совершении общественно опасных действий не могут сознательно регулировать свое поведение, их действия характеризуются импульсивностью, неосознаваемой подражательностью, внушаемостью и пассивной подчиняемостью другим лицам. Под влиянием других асоциальных лиц они могут совершить кражу, поджог.

У имбецилов бывают эпизоды сексуального возбуждения, и они могут совершить сексуальный деликт (изнасилование, эксгибиционизм, публичная мастурбация и т. д.). Имбецилы не понимают противоправность своих действий, грубо нарушена критическая оценка своего состояния, СПЭ рекомендует признавать их невменяемыми.

Подростки с имбецильностью иногда становятся жертвами сексуальных посягательств, в связи с этим их направляют на СПЭ для решения вопроса о возможности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. Экспертиза таких лиц должна быть строго дифференцированной, в каждом случае требуется оценивать глубину интеллектуального и волевого дефектов. Профессор Б.В. Шостакович (1997) приводит клинический пример:

«Испытуемый В., 25 лет, обвинялся в том, что в общественном месте обнажался. В раннем детстве он значительно отставал в развитии от своих сверстников, ходить начал только с 2 лет, слова появились только в 5 лет. Речь была с большими дефектами. В массовой школе учиться не смог, был переведен во вспомогательную школу, где проучился всего в течение одного года. Часто на уроках сидел под партой и пронзительно кричал. Дома был непослушен, упрям, конфликтен, с полным безразличием относился к родственникам, лишь иногда помогал в ведении домашнего хозяйства. Не мог освоить элементарные виды труда. В возрасте 20 лет его устроили на работу грузчиком, он работал под постоянным контролем. Периодически у него отмечалось

сексуальное возбуждение, он приставал к женщинам любого возраста, в их присутствии обнажался, в связи с чем и было возбуждено уголовное дело.

Во время проведения судебно-психиатрической экспертизы установлено, что телосложение его неправильное, конечности непропорциональные, лицо асимметричное. Череп деформирован. Опушен левый угол рта. Коленные рефлексы выше слева. При электроэнцефалографическом исследовании выявлены диффузные изменения биоэлектрической активности коры головного мозга. Заключение консультанта-невропатолога: органическое поражение головного мозга, периферический парез лицевого нерва слева. Психическое состояние. Во время беседы держит себя непринужденно, не соблюдает дистанцию. Речь дизартричная, многие слова произносит совершенно неразборчиво. Запас слов, которыми он оперирует, скуден, ограничен самыми обиходными словами. Содержанием беседы не заинтересован, с полным безразличием относится к неприятным для него вопросам, какой-либо реакции на содержание под стражей нет. Спокойно, с употреблением нецензурных выражений, сообщает о правонарушении, не осмысливает, в чем заключается его вина, не обеспокоен возможностью наказания. В отделении находится все время в движении, обращается ко всем окружающим с различными нелепыми вопросами, назойливо повторяет одни и те же просьбы и тут же забывает, о чем просил. На прогулках, а иногда и в палате нередко пляшет, поет, беспричинно смеется. Никаких желаний и интересов не проявляет, очень доволен пребыванием на экспертизе. У него не выявляется каких-либо знаний, едва читает по слогам, пишет с грубыми ошибками простые слова, пропись букв неправильная. Элементарный счет производит старательно, но дает правильное решение лишь в пределах первого десятка. Мышление сугубо конкретного типа, абстрактные суждения и умозаключения недоступны. Смысла слов и выражений, имеющих сколько-нибудь отвлеченное значение, совершенно не понимает.

Экспертная комиссия пришла к заключению, что В. страдает умственной отсталостью в степени имбецильности, в период, относящийся к инкриминируемому деянию, не мог осознавать своих действий и руководить ими, его рекомендовано считать невменяемым, нуждается в применении мер медицинского характера — направлении на принудительное лечение в психиатрическую больницу общего типа».

3. Дебильность — легкая степень умственной отсталости. Недоразвитие психических функций варьирует от заметных, лежащих на границе с имбецильностью, до легких, практически трудно отличаеваемых от нижней границы нормы. Часто такой диагноз выставляют, лишь когда ребенок поступает в школу и оказывается не способен осилить обычную учебную программу, особенно по математике. В ряде случаев

такие дети с раннего возраста обращают на себя внимание: недоразвитие моторики, особенно тонкой, задержка становления речи.

Дебилы способны обучаться во вспомогательной школе. Их можно научить некоторым видам неквалифицированного труда. Они могут жить самостоятельно, вполне себя обслуживать и даже заводить собственную семью. Дебилы способны обобщать жизненный опыт, делать несложные умозаключения и практические выводы. В несложных жизненных ситуациях они проявляют достаточную целенаправленность и активность. При легкой дебилности они правильно оценивают ситуацию, могут прогнозировать последствия своих действий, показывают достаточный уровень критических способностей.

8.2. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОЛИГОФРЕНИИ

Больные олигофренией могут совершать весьма разнообразные правонарушения.

А. Правонарушения, связанные с ситуацией, которая требует разумной оценки и принятия взвешенных решений.

Больные, оказавшись в усложненной обстановке, перед проблемами, выходящими за круг обычных и повседневных, не могут иногда самостоятельно найти оптимальный выход из положения и предпринимают действия, представляющие общественную опасность. Например, чтобы согреться, больной развел в доме костер, что привело к пожару. Эти пациенты не могут предвидеть прямые и косвенные последствия своих действий. Профессор Б.В. Шостакович (1997) приводит еще один клинический пример:

«Б-н, 19 лет, обвинялся в хулиганских действиях. Отец злоупотреблял алкоголем, умер в молодом возрасте. Больной отставал в раннем развитии, поздно начал ходить и говорить. В тяжелой форме перенес некоторые детские инфекции. Был тихим, малообщительным. Предпочитал общаться с детьми младше его по возрасту. В связи с отставанием в психическом развитии в общеобразовательной школе начал учиться лишь в возрасте 9 лет. Успевал плохо, не усваивал программу, учителями отмечались двигательная расторможенность, неусидчивость, суетливость, легкая возбудимость, конфликтность. Был осмотрен детским психиатром, который выявил у него ослабленную память, задержку речевого развития, затруднения в усвоении нового материала. Ему был установлен диагноз умственная отсталость в степени дебилности, в последующем медико-педагогическая комиссия рекомендовала перевести его на обучение во вспомогательную школу. В данной школе он успевал удовлетворительно, но поведение его

было неправильным, он был конфликтен, агрессивен, склонен к бродяжничеству. В связи с выраженным психопатоподобным поведением несколько раз лечился в психиатрической больнице. В более старшем возрасте начал злоупотреблять алкогольными напитками. После смерти матери находился в школе-интернате, детском доме. В возрасте 18 лет стал несколько спокойнее, поведение было упорядоченным. Жил один в квартире матери, устроился на работу. Сотрудники помогали ему в решении некоторых бытовых вопросов, в приобретении вещей. Отношения с сотрудниками у него были ровные, одного из рабочих он боялся, во всем подчинялся ему. Этот рабочий постоянно дразнил испытуемого, смеялся над ним, иногда бил его, пугал различными наказаниями за будто бы допускаемые им оплошности и проступки. Все эти насмешки и угрозы испытуемый воспринимал всерьез, был запуган, испытывал страх и тревогу, боялся, что его могут уволить “по статье”, после чего он не сможет никуда устроиться. За несколько дней до правонарушения испытуемому кто-то сказал, что он своевременно не выполнил поручение. Испытуемый был взволнован, переживал, плакал, просил помочь ему. Он обращался к нескольким сотрудникам, просил помочь ему, говорил, что боится увольнения. В день правонарушения он все вопросы, задаваемые ему, нейтральные фразы воспринимал как угрожающие, считал, что это не случайно. Во второй половине дня больного вызвали в отдел кадров по какому-то незначительному поводу. Он стал двигательльно беспокоен, метался, плакал, причитал, так как решил, что его могут уволить по статье. Кто-то сказал, что видел в отделе кадров его личное дело. В отделе кадров он неожиданно для сотрудников схватил документы, лежащие на столе, и стал рвать их, а затем выхватил нож и угрожал им инспектору.

Во время судебно-психиатрической экспертизы установлено следующее. Физическое состояние. Диспластичен. Непропорционально короткие конечности. Неврологическое состояние. Сглажена левая носогубная складка. Не доводит глазные яблоки наружу. Снижены брюшные рефлексы. Сухожильные рефлексы справа выше, чем слева. Стойкий, красный дермографизм. При исследовании глазного дна патологических изменений не выявлено. Электроэнцефалографическое исследование обнаружило умеренно выраженные изменения биоэлектрической активности головного мозга. На рентгенограмме черепа патологии не выявлено. Заключение консультанта-невропатолога: “остаточные явления раннего органического поражения головного мозга”. Психическое состояние: рот полуоткрыт, речь дизартрична. Несколько подавлено настроение, в беседу вступает неохотно, пассивен, безынициативен. Словарный запас беден. Сведения о себе сообщает непоследовательно, с трудом вспоминает основные события своей жизни, даты. Считает себя психически здоровым. Заинтересо-

ванности в беседе не проявляет. При расспросах о правонарушении заметно волнуется, стремится вызвать сочувствие. Поясняет, что ему было очень трудно в жизни, он остался один, очень дорожил работой. Когда его вызвали в отдел кадров, он был уверен, что его вызвали для того, чтобы уволить. Считал, что если он не предпримет каких-либо мер, то в дальнейшем будет поздно, он останется без работы и без средств к существованию. Был растерян, поверил, что его уволят. В тот период принял решение уничтожить личное дело, считая, что там есть докладные с требованием уволить его. Соглашается, что поступил неправильно, не разобравшись, в то же время убежден, что его могли уволить. Обвиняет сотрудников в недоброжелательном к нему отношении, злости. В отделении держится отгороженно, мало общается с другими испытуемыми, в утренние часы бывает злобным, раздражительным. Пребыванием в отделении не тяготится, ни о чем не спрашивает, ни к чему не проявляет интереса. С желанием помогает персоналу в уборке отделения. Суждения примитивные, конкретные. Запас знаний мал. С трудом различает главное и второстепенное, существенное и незначительное. Испытывает затруднения при счете, при обобщении предметов. При экспериментально-психологическом исследовании выявлены низкий уровень процесса сравнения и обобщения, трудности при выделении главных и второстепенных признаков, конкретность ассоциаций, выраженные затруднения в усвоении новых знаний.

Экспертная комиссия пришла к заключению о наличии умственной отсталости в степени дебильности, о невозможности его в период, относящийся к инкриминируемому деянию, осознавать свои действия и руководить ими, рекомендовала признать его невменяемым и направить на принудительное лечение в психиатрическую больницу общего типа».

Б. Из-за повышенной внушаемости и пассивной подчиняемости совершают противоправные действия под влиянием других лиц (особенно асоциально направленных), например, кражи. Чаще всего перед судебными психиатрами предстают лица с дебильностью. Они могут быть как обвиняемыми, так и потерпевшими.

В случае, когда дебилы предстают в качестве обвиняемых, вопрос об их вменяемости решается в зависимости от глубины поражения интеллекта. Часто дебилов рекомендуют признавать вменяемыми.

Клинический пример (цит. по Г.В. Морозову): «Обследуемый И., 22 года, обвиняется в изнасиловании. Наследственность не отягощена. В детстве перенес пневмонию, диспепсию, корь, дизентерию в тяжелой форме. Отставал в психическом развитии. Был вспыльчивым, драчливым. В школе с 8 лет, дважды оставался на повторный курс в 1-м классе, переведен во вспомогательную школу. На уроках неусидчив, расторожен. Дома груб, агрессивен по отношению к матери, часто убегал из

дома, совершал мелкие кражи, в связи с чем состоял на учете в инспекции по делам несовершеннолетних. С 14 лет находился под наблюдением психоневрологического диспансера с диагнозом: олигофрения в степени дебильности. Окончив 6 классов вспомогательной школы, работал кровельщиком. К работе относился недобросовестно, допускал прогулы, употреблял спиртные напитки. В 20 лет женился, имеет дочь. В алкогольном опьянении совершил изнасилование гр. А.

Психическое состояние: во время беседы несколько развязен, не ощущает дистанции, раздражителен, обидчив. Сведения излагает последовательно, фиксирует внимание врача на том, что состоит на учете у психиатра. При этом старается показать себя “тяжелобольным”, просит помочь ему. Словарный запас ограничен, объем знаний и представлений бедный, вместе с тем хорошо ориентируется в практических вопросах. Мышление конкретного типа, достаточно последовательное, логичное. Склонен к аггравации своей интеллектуальной ограниченности. Правонарушение не отрицает, но ссылается на запоминание некоторых своих действий, пытается уверить, что у него в период правонарушения “что-то случилось с головой”. Вместе с тем сожалеет о содеянном, понимает противоправность и наказуемость своих действий, озабочен исходом дела. В отделении склонен к нарушению режима, конфликтует с медперсоналом, но при замечании легко корригирует свое поведение.

Заключение: олигофрения в степени легкой дебильности; рекомендовано признать вменяемым».

Довольно редко, если интеллект существенно снижен (на границе с имбецильностью) и присоединяются психопатоподобные нарушения поведения, экспертная комиссия может рекомендовать суду признать данного больного невменяемым. Клинический пример (цит. по Г.В. Морозову): «Обследуемый В., 23 года, обвиняется в убийстве 3-летнего племянника.

Отец умственно отсталый, сестра больна эпилепсией. В. отставал в психическом и физическом развитии, рос тихим, замкнутым. В школе с 9 лет, материал не усваивал, в 1-м и 2-м классах оставался на второй год, в дальнейшем с трудом переходил из класса в класс. Окончив 8 классов, поступил в ПТУ, но учиться не смог, так как не справлялся с программой. В последующем не работал, в 19 лет установлена инвалидность II группы, дома помогал матери по хозяйству. Родственники характеризуют его трудолюбивым, но вспыльчивым, злобным, иногда у него отмечались “вспышки ярости”, во время которых он избивал членов семьи. В день правонарушения ожидал получения пенсии, был напряженным, злобным, бранил почтальона, который не принес деньги. В это время его 3-летний племянник попросил хлеба и воды, в ответ на это В. стал избивать ребенка руками, ногами, бил его головой о стену.

Психическое состояние: во время беседы сидит в однообразной позе, опустив голову, при обращении к нему иногда робко улыбается. Движения замедленные, угловатые, неуклюжие. Сведения о себе сообщает кратко, непоследовательно, после настойчивых расспросов говорит простыми, короткими фразами. Речь бедна, запас общеобразовательных сведений скудный; едва читает по слогам, простые арифметические действия выполняет с ошибками, не улавливает переносного смысла пословиц и поговорок. При расспросах о правонарушении не высказывает сожаления о смерти племянника, не испытывает чувства вины, заявляет, что был очень зол на почтальона, который не принес пенсию, а племянник попался под «горячую руку». Обнаруживает повышенную внушаемость, стереотипно повторяет все, что говорят другие. При шуме в палате, резком замечании пугается, становится растерянным, беспомощным, не может произнести ни одного слова, долго не успокаивается. Заключение: олигофрения в степени выраженной дебильности с дисфорическими расстройствами; рекомендовано считать невменяемым».

Если дебилы выступают как потерпевшие, то эксперты оценивают возможность их целенаправленно и осознанно руководить своим поведением и высказываниями в судебно-следственной ситуации. В период проведения следствия такие потерпевшие могут растеряться, давать путанные и противоречивые показания, менять под внушением посторонних лиц.

Контрольные вопросы

1. Какие причины могут приводить к умственной отсталости ребенка?
2. Какие внешние знаки могут свидетельствовать о недоразвитии интеллекта?
3. Каковы особенности психической сферы у больных умственной отсталостью?
4. Каковы клинические проявления идиотии?
5. Каковы клинические проявления имбецильности?
6. Как проявляется легкая степень умственной отсталости?
7. Какова судебно-психиатрическая оценка больных с умственной отсталостью?

9. СИНДРОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ. ИНТОКСИКАЦИОННЫЕ ПСИХОЗЫ. ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Синдром зависимости от алкоголя (хронический алкоголизм) — это болезнь, возникающая в результате злоупотребления алкоголем в таких дозах и с такой частотой, которые приводят к потере эффективности в работе и нарушению семейных взаимоотношений и общественной жизни и к расстройствам физического и психического здоровья.

Данные о распространенности алкогольной зависимости противоречивы, в связи с тем, что в поле зрения наркологов и психиатров попадают далеко не все страдающие этим недугом. По некоторым данным, в 2009 г. в России потреблялось 18 л чистого алкоголя на душу населения. 18 л чистого алкоголя — это соответствует 45 литрам водки или 90 полулитровым бутылкам на душу населения в год. Учитывая, что основными потребителями алкоголя считаются мужчины в возрасте от 15 до 65 лет, а их число составляет 80%, то на каждого выпивающего приходится 244 бутылки в год¹. По различным подсчетам, в России 75 000 человек ежегодно погибают от последствий злоупотребления спиртным.

Алкоголизм представляет собой одну из форм токсикомании, характеризуется пристрастием к употреблению веществ, содержащих этиловый спирт, развитием психической и физической зависимости, абстинентного синдрома, психической, физической и социальной деградацией личности. Как и всякая другая болезнь, алкоголизм не возникает на пустом месте, а имеет свои доклинические проявления — **бытовое пьянство**.

Основное действие алкоголя — опьяняющее, приводящее к эйфории. Результат действия алкоголя определяется не только абсолютной дозой принятого спиртного напитка, но и его крепостью. При действии таких крепких напитков, как водка, максимальная концентрация алкоголя в крови достигается в пределах часа. При этом опьянение развивается быстро и более выражено.

¹ <http://www.bydzdorov.ru/alk-stat.html> (дата обращения — 02.11.2013).

Алкоголь не оказывает возбуждающего действия на высшую нервную деятельность. Напротив, он угнетает оба основных процесса — и тормозной, и раздражительный. Но воздействие на первый сильнее и опережает по времени его влияние на второй. Отсюда вытекает картина алкогольного возбуждения при опьянении. Уже малые дозы алкоголя угнетают тормозной процесс, а это ведет к тому, что соотношение между ним и раздражительным процессом нарушается в пользу последнего. Таким образом, наблюдаемое возбуждение есть результат снятия тормозов, а не стимуляция в прямом смысле слова.

Алкоголь чужд организму, поэтому биохимические механизмы человека, естественно, не «настроены» на его усвоение, а отрицательная реакция на алкоголь отчетливее проявляется при первых приемах спиртных напитков — возникают тошнота, чувство дурноты, рвота и т. д. Со временем после «встреч» с алкоголем в печени образуется специфический фермент — **алкогольдегидрогеназа**, который обезвреживает алкоголь, расщепляя его до воды и углекислоты. Интересно, что подобная функция не свойственна печени детей и подростков. Вот почему в этом возрасте алкоголь особенно токсичен и вызывает необратимые изменения во внутренних органах. У лиц, злоупотребляющих алкоголем, со временем развивается цирроз печени (клетки печени замещаются соединительной тканью), при котором резко уменьшается выработка фермента алкогольдегидрогеназы. С этим связано быстрое их опьянение даже от небольших доз спиртного.

9.1. ВИДЫ АЛКОГОЛЬНЫХ ОПЬЯНЕНИЙ

В судебно-психиатрической практике принято различать простое алкогольное опьянение, которое отграничивают от патологического опьянения.

Состояние **простого алкогольного опьянения** характеризуется в первую очередь замедлением течения ассоциаций, начинающий приобретать и более поверхностный характер, что влечет за собой снижение качества интеллектуальной работы. С увеличением дозы принимаемого алкоголя настроение поднимается, начинает нарастать картина пьяного возбуждения, как в психической, так и в моторной деятельности. Характерными проявлениями этого состояния, еще относимого к легкому опьянению, являются повышенный, эйфоричный фон настроения с общим чувством беспечности, благодушия, веселья, развязности, склонности к шутовству и дурачеству. Одновременно пьяные часто обнаруживают озорство, стремление покуражиться. Повышенное самомнение, хвастливость, стремление показать себя человеком особенным, имеющим большие заслуги, призванным подчинять и командовать, часто приводят пьяных к конфликтам с окружающими.

Этому способствует и появляющаяся повышенная обидчивость и как следствие ее — задиристость и драчливость. У многих пьяных это состояние ведет к расторможенности в сексуальных проявлениях. Наблюдаются плоские шутки, циничные замечания, ругань. В состоянии опьянения человек очень часто оскорбляет словом и действием окружающих, что является основной причиной всякого рода скандалов, драк и хулиганских поступков. При дальнейшем усилении опьянения агрессивные тенденции переходят в пьяное буйство, что может повлечь за собой тяжкие преступления вплоть до убийства.

Во многих случаях, несмотря на выраженные признаки алкогольной интоксикации, пьяные, как правило, способны осознавать свои действия и руководить ими. В тех же случаях особо тяжелого опьянения, когда очевидно теряется эта способность, о вменяемости следует говорить потому, что как бы ни была тяжела при простом опьянении алкогольная интоксикация, она не приводит к возникновению сумеречного расстройства сознания, к галлюцинаторным и бредовым переживаниям и к иным психотическим состояниям. К тому же опьянение как отравление алкоголем есть патологическое состояние, произвольно вызываемое, причем произвольно вызвана и сама его тяжесть, всецело определяющаяся количеством выпитого алкоголя, принимаемого по совершенно определенным мотивам — поднять свое настроение, добиться получения приятных ощущений.

Патологическое опьянение — острый кратковременный психотический эпизод, возникающий на фоне простого алкогольного опьянения. Другими словами, это кратковременное расстройство психической деятельности (исключительное состояние), возникающее в связи с приемом сравнительно небольшой дозы алкоголя и характеризующееся рядом типичных для него признаков. Для возникновения патологического опьянения имеет значение не столько воздействие алкоголя, сколько наличие постоянной и временной патологической почвы. Постоянная почва проявляется в остаточных явлениях прошлых органических заболеваний ЦНС, в том числе и черепно-мозговых травм. Эти остаточные явления в обычном состоянии выражены столь незначительно, что незаметны для окружающих, и данное лицо считается психически здоровым. Определяющую роль в возникновении патологического опьянения играет временная почва: недосыпание, физическое и психическое переутомление, волнение, страх, тревога.

Для патологического опьянения характерно внезапно наступающее изменение сознания типа сумеречного расстройства, в клинической картине которого сочетаются признаки сумеречного помрачения сознания и галлюцинаторно-бредовые переживания, в результате чего возникает искаженное восприятие и бредовая трактовка окружающего. Обычно отмечается резко выраженная аффективная напряжен-

ность — безотчетный страх, тревога, растерянность, гнев. Поступки больных оторваны от реальной ситуации и полностью определяются фабулой болезненных переживаний. Определяющим признаком для отграничения простого алкогольного опьянения от патологического является установление характера нарушения сознания, качественно отличающего от оглушенности при простом опьянении.

Совершаемые в состоянии патологического опьянения общественно опасные действия не являются реакцией на какие-то реальные события. В основе их лежат болезненные импульсы, побуждения, представления. У больных в этом состоянии не нарушаются нервно-психические механизмы, регулирующие сложные автоматизированные навыки и равновесие, поэтому лица с патологическим опьянением могут совершать довольно ловкие и сложные движения, направленные на реализацию болезненных общественно опасных действий. У них сохраняется способность совершать сложные целенаправленные поступки, пользоваться транспортом, правильно находить путь к дому и т. д. Заканчивается патологическое опьянение, как правило, внезапно, так же как и начинается, иногда переходит в сон, после которого наступает полная амнезия или сохраняются отрывочные воспоминания о пережитом.

Судбно-психиатрическая оценка. Патологическое опьянение в судебно-психиатрической практике расценивается как временное расстройство психической деятельности и подпадает под действие ст. 21 УК РФ. Лица, совершившие противоправное действие в патологическом опьянении, признаются невменяемыми.

С учетом того обстоятельства, что диагноз патологического опьянения всегда ставится ретроспективно, помимо психопатологического анализа в практике экспертизы большое значение приобретает изучение материалов уголовного дела. Материалы дела должны отражать, наряду с доказательствами совершения преступления данным лицом, описание особенностей его поведения, характера речевой продукции в исследуемой ситуации. Большое диагностическое значение имеют свидетельские показания о внешнем виде правонарушителя, данные о неправильном восприятии им окружающего, ложных узнаваниях, высказываниях, отражающих наличие болезненных переживаний (страх, непонятные выкрики и т. п.), об особенностях его движений, последовательности действий и прочее.

Клинический пример (цит. по Б.В. Шостаковичу):

«Ш., 28 лет, обвинялся в хулиганских действиях, превышении своих служебных обязанностей с применением оружия.

Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Перенес ряд детских инфекционных заболеваний. Рос спокойным, жизнерадостным, общительным. Окончил 10 классов и железнодорожное ПТУ, служил в армии. Женат, семейная жизнь сложилась благополуч-

но. В 8 и 16 лет перенес травмы головы с кратковременной потерей сознания, в больницах не лечился. В последние годы работал участковым милиционером, характеризовался положительно как исполнительный, скромный, застенчивый человек. О правонарушении известно следующее: накануне чувствовал себя утомленным после суточного дежурства, плохо спал, болела голова. Утром не позавтракав ушел на работу, до 15 часов был занят на службе, а затем вместе с сослуживцем за обедом выпил 350 г водки. Чувствовал себя удовлетворительно, был веселым, слушал музыку, танцевал. Примерно в 18 часов пошел в клуб, по дороге вел себя правильно, шутил, интересовался состоянием дел в селе, а когда подошли к клубу, вдруг замолчал, “замкнулся”, отошел от сослуживца, а потом тот услышал металлический щелчок, напоминающий взвод курка пистолета. Из показаний потерпевшей К. известно, что примерно в 20 часов Ш. подошел к ее дому, молча разбил стекла в двух рамах, влез в дом, достал пистолет и произвел несколько выстрелов. При этом лицо его было бледным, “волосы стояли дыбом”, глаза смотрели в одну точку. Затем он побежал к другому дому, кричал “спасите”, что-то выкрикивал о бандитах и опять разбил окно. При задержании его сельскими жителями сопротивления не оказывал и вскоре уснул. Был разбужен фельдшером через три часа, с удивлением осмотрел свои окровавленные и порезанные руки, сотрудникам милиции ничего не мог объяснить, говорил, что ничего не помнит. Позже сообщил, что, когда шел в клуб, на него напали трое мужчин и избili его. Сослуживец категорически отрицал факт его избивания.

При обследовании в Центре им. Сербского со стороны внутренних органов и нервной системы патологии не отмечается. Психическое состояние: сознание ясное, ориентирован, обеспокоен сложившейся ситуацией. О правонарушении говорит: “Не помню”, и “было страшно”.

Диагноз: психическим заболеванием не страдает. В момент совершения правонарушения обнаруживал временное расстройство психической деятельности в форме патологического опьянения. Его рекомендовано считать невменяемым. В лечении у психиатров не нуждается».

9.2. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Наиболее распространено деление синдрома зависимости от алкоголя на три стадии: начальную, среднюю и конечную. Каждая стадия характеризуется типичными для нее признаками – симптомами и синдромами.

Начальная (неврастеническая) стадия. Признаки начальной стадии позволяют отличать алкогольную зависимость от бытового пьянства.

У подавляющего большинства зависимых первая стадия формируется в возрасте до 25 лет.

Одним из ранних и существенных признаков начальной стадии алкоголизма является **патологическое влечение** к алкоголю, носящее навязчивый характер. Выделяют 2 типа влечения: обсессивный и компульсивный. Первый тип является выражением навязчивого стремления к употреблению алкоголя, возникает в самом начале заболевания и определяет формирование психической зависимости. Компульсивное влечение развивается позже, по мере выраженности достигает степени физиологической потребности (подобно чувству жажды и голода) и определяет физическую зависимость от алкоголя.

Сила и выраженность болезненного влечения к алкоголю могут проявляться различно, у иных людей одно только воспоминание о выпивке вызывает оживление мимики, появление глотательного рефлекса. Больные говорят, что им будто чего-то не хватает. Влечение зависит от: дозы и крепости спиртных напитков, частоты употребления, индивидуальной реактивности организма на алкоголь, психического склада индивидуума и других факторов. Больные не только не упускают любой повод выпить (различные торжества, праздники и тому подобные ситуации), но и сами стараются создать ситуацию, в которой выпивка была бы уместной. На повышенное влечение указывает та активность, инициатива, с которой больные берут на себя организацию застолья. При этом возникают положительный фон настроения, расторможенность, приятные воспоминания, связанные с предыдущими выпивками.

В пользу патологического влечения свидетельствуют и другие признаки: больные проявляют нетерпеливость в начале застолья, торопятся с тостами, неразборчивы в отношении качества спиртных напитков, стремятся обязательно выпить все купленное и по возможности добавить еще.

Утрата самоконтроля и контроля над количеством выпитого алкоголя также является ранним симптомом зависимости от алкоголя. Под влиянием растормаживающего действия даже небольших доз алкоголя у больных возникает потребность принять его в еще больших количествах, которая обычно нарастает до такой степени, что выраженность опьянения делает физически невозможным дальнейшее поглощение спиртных напитков. Снижение количественного контроля в I стадии определяется изменениями как в биологической сфере (**повышение толерантности**), так и в сфере психического функционирования (волевое снижение, снижение критики и др.).

Начальным симптомом болезни считают и **утрату защитного рвотного рефлекса** — исчезновение рвоты при передозировках спиртных напитков. Изменяется **толерантность к алкоголю** — наблюдается ее повышение, способность принимать все большие дозы спиртных напитков.

Уже в начальной стадии могут иметь место **палимпсесты** — симптомы расстройства памяти, заключающиеся в невозможности больным воспроизвести отдельные детали и события, имевшие место во время алкогольного опьянения.

Длительность первой стадии в среднем составляет от 1 года до 5 лет в зависимости от интенсивности злоупотребления алкоголем. Постепенно нарастают функциональные сомато-неврологические нарушения: вегетосудистая дистония, эзофагиты, гастриты, колиты, начальные явления гепатита, панкреатиты. В этой стадии совершается окончательный переход от эпизодического пьянства к систематическому.

Средняя стадия (абстинентная) характеризуется усилением патологического влечения к алкоголю, которое приобретает характер непреодолимости, насильственности. Больной уже не пытается бороться с возникшим желанием выпить, а пассивно подчиняется ему.

Патологическое влечение к алкоголю во II стадии носит неудержимый, компульсивный характер. Если стремление к употреблению спиртных напитков у больных в начальной стадии продиктовано стремлением получить удовольствие или преодолеть психологические издержки стрессовой ситуации, то мотивом приема алкоголя во II стадии становится потребность испытать чувство физического комфорта, облегчить свое состояние.

Симптомы, свойственные начальной стадии, не исчезают, а усиливаются или претерпевают те или иные изменения при формировании средней стадии синдрома зависимости от алкоголя.

Толерантность к алкоголю в средней стадии повышается и достигает своей высоты и может не меняться годами. Суточная доза употребления достигает 1,5–2 литров водки. Отмечается дальнейшее изменение картины алкогольного опьянения. Настроение в состоянии опьянения приобретает все более раздраженно-злой характер со склонностью к агрессии по отношению к окружающим. Утрата контроля за количеством потребляемого алкоголя возникает после приема самых малых доз спиртных напитков.

Алкогольный абстинентный синдром является наиболее убедительным признаком наличия наркоманической зависимости. В народе это состояние называется «похмелье». Абстинентный синдром возникает не сразу, а формируется в течение значительного времени, чаще всего через 3–5 лет и более, но возможно и сокращение этого срока до года. Он возникает обычно на следующий день после выпивки и означает сформировавшуюся для организма алкоголика потребность поддерживать постоянной определенную концентрацию этанола в крови. Именно поэтому прием очередной дозы алкоголя купирует абстинентные расстройства и на некоторое время улучшает самочувствие.

Обычно **абстинентный синдром** максимума достигает на 3–4-й день воздержания. Степень его выраженности может быть различной, од-

нако по мере развития заболевания клинические проявления имеют тенденцию к утяжелению. Наиболее легкие случаи характеризуются картиной астеновегетативных расстройств (потливость, тахикардия, снижение аппетита). Хотя и с трудом, больные еще могут справиться с желанием опохмелиться или отсрочить его до более подходящего момента – после работы, вечером. Утяжеление клинических проявлений абстиненции выражается в нарушениях сердечного ритма, колебаниях артериального давления. Нарушается координация движений, возникает тремор, становятся неравномерными сухожильные рефлексy. Желание опохмелиться характеризуется непреодолимостью и реализуется, несмотря на затруднения социально-этического порядка. Абстинентный синдром в наиболее тяжелой форме сопровождается психическими расстройствами. Отмечаются снижение настроения, чувство тревоги, напряженности, патологические идеи отношения, виновности, суицидные мысли. Расстройства сна сопровождаются кошмарными сновидениями, ощущениями падения, удушья, страха. Указанные явления наблюдаются несколько суток, вынуждая больного к постоянному стремлению опохмелиться.

Сочетание непреодолимого влечения к алкоголю с утратой количественного контроля и абстинентным синдромом обуславливает изменение формы пьянства. Наиболее часто в этой стадии больные употребляют алкоголь практически ежедневно в дозах, которые вызывают состояние выраженного опьянения, или пьют запоями от нескольких дней до нескольких недель с перерывами в несколько недель между запоями.

В средней стадии особыми проявлениями течения заболевания являются **псевдозапой**. Запой, периодичность которых связана не с биологическими, а с чисто внешними ситуационными причинами, получили название псевдозапоев (ложных или ситуационных). Такие запойи могут начинаться в конце недели, при получении зарплаты, после ухода в отпуск, по случаю семейных торжеств или каких-либо неприятностей. Внешние причины – административное наказание, семейный конфликт – обуславливают их прекращение. Псевдозапойи не имеют периодичности. Обычно они значительно длиннее истинных и продолжаются от нескольких дней до нескольких недель. В промежутках между запоями больные алкоголь, как правило, не употребляют.

Практически каждое опьянение заканчивается амнезией его заключительного этапа.

Все эти расстройства развиваются на фоне все более нарастающей **деградации личности**. Становятся грубее характерные для начальной стадии изменения личности больного, нарастает эгоизм. Для получения средств на выпивку игнорируются интересы семьи, коллектива, общества. Усиливаются мнестико-интеллектуальные расстройства, появляется цинизм, плоский юмор. Все более ухудшаются внимание, память.

Мышление становится все более однообразным, конкретным, с поверхностными ассоциациями, которые сводятся к алкогольной тематике.

Грубо нарушаются волевые процессы: клятвы, обещания прекращать пьянство тут же забываются. Отсутствует чувство вины перед близкими и родными. Все прежние интересы утрачиваются, доминирующей потребностью являются алкогольные напитки.

На этой стадии зависимости от алкоголя нередко возникают острые алкогольные психозы. Продолжительность этой стадии составляет в среднем 3–5 лет.

Конечная (энцефалопатическая) стадия. Эта стадия характеризуется дальнейшим видоизменением и утяжелением симптомов предшествующих стадий алкоголизма и проявлением новой симптоматики.

Влечение к алкоголю теряет тягостный характер, становится менее навязчивым. Насильственное влечение к алкоголю возникает в результате малозначимых психогенных факторов. Даже небольшая доза алкоголя приводит к безудержному алкогольному влечению.

Толерантность к алкоголю снижается, т. е. состояние опьянения возникает от более малых доз алкоголя по сравнению с начальной и средней стадиями заболевания; преобладает физическая зависимость от алкоголя по сравнению с психической. Больные перестают испытывать чувство радости, удовольствия при употреблении алкоголя. В то же время в связи с утяжелением абстинентного синдрома физическое влечение к алкоголю становится совершенно непреодолимым. Окончательно теряется ситуационный контроль, и в попытках раздобыть очередную порцию алкоголя больные не останавливаются ни перед чем. Часто они прибегают к использованию суррогатов, различных спиртосодержащих жидкостей, продающихся в аптеках, хозяйственных магазинах. Влечение к алкоголю может быть настолько сильным, что больные готовы употреблять любые, даже заведомо ядовитые вещества, если они содержат ничтожный процент алкоголя.

Для энцефалопатической стадии алкоголизма характерны ежедневное злоупотребление дробными дозами алкоголя (до 150 мл через несколько часов) или **истинные запои**, когда больные пьют по несколько дней. При этом по мере продолжительности запоя толерантность больных к алкоголю прогрессивно снижается. Если дозы достигают 1 л водки в первые дни запоя, то в конце запоя они снижаются до 100–150 мл в день. Такой запой вследствие физической непереносимости алкоголя заканчивается из-за рвоты или возникающих состояний резкого падения давления. Истинные запои характеризуются цикличностью. Светлые промежутки между запоями, когда больной не употребляет алкоголь, колеблются от нескольких дней до нескольких недель.

На этой стадии алкоголизма наиболее выражены проявления алкогольной деградации личности. Больные теряют морально-этические

нормы поведения. У них исчезает интерес к окружающему. Нарастают и углубляются формирующиеся на средней стадии алкоголизма мнестико-интеллектуальные расстройства. Происходит обеднение всей психической деятельности. Падает работоспособность, больные могут выполнять только неквалифицированную работу, опускаются, не следят за своей внешностью, ходят грязными, небрежно одетыми. Часто совершают правонарушения.

В этой стадии нередко возникают **идеи ревности**, принимающие болезненный характер. В период опьянения эти идеи настолько овладевают больными, что они могут быть социально опасными, совершать агрессивные действия. Больные часто становятся беспомощными, плохо питаются, значительно худеют. Для конечной стадии алкоголизма характерны хронические **алкогольные психозы**. Наиболее частым алкогольным психозом является алкогольный делирий (белая горячка), который возникает обычно на фоне абстиненции вечером или ночью и сопровождается дезориентировкой во времени и пространстве, яркими образными зрительными галлюцинациями (змеи, мыши, черти и т. д.), психомоторным возбуждением, чувством страха, вегетативными проявлениями (потливость) и выраженным тремором рук.

Следует особо выделить такие черты алкоголиков на третьей стадии развития болезни, как подозрительность, недоверчивость, повышенная мнительность, готовность к болезненной фиксации ошибочных утверждений. В мотивационной сфере изменяется содержание потребностей и перестраивается иерархия мотивов. Алкоголь становится мерилем оценки успешности действий ради удовлетворения потребности в нем, для того или иного отношения ко все большей части окружающей действительности. Со временем оценка того, что окружает больного, начинает более или менее зависеть от того, помогает или нет данный предмет, действие, человек удовлетворению потребности в алкоголе. Алкоголь становится ведущим мотивом поведения.

Перестройка системы мотивов сопровождается возрастанием психической зависимости от алкоголя и нарушением структуры деятельности, которая все больше подчиняется необходимости приобретать спиртные напитки. Потребность в алкоголе становится доминирующей в мотивационной сфере. Исчезают дальние мотивы, а поведение регулируется ближними, среди которых основной и смыслообразующий — алкоголь. Развиваются нарушения опосредования потребности в алкоголе, в связи с чем становится необходимой немедленная выпивка. Это толкает алкоголика на получение нужных материальных средств всеми доступными ему способами, в том числе противоправными.

Судебно-психиатрическая оценка. Разрушающее действие алкоголя на личность пьющего проявляется прежде всего в эмоциональной сфере. Происходит своеобразное эмоциональное огрубление личности:

развивается черствость, эгоизм, безразличие не только к окружающим, но и к страданиям своей семьи. Эмоциональная неустойчивость проявляется в способности очень быстро переходить от благодушия и веселья к грусти и злобе. Хронический алкоголик не терпит никаких возражений. Малейшее сопротивление его желаниям вызывает у него чувство ярости. В то же время часто общий фон настроения несет на себе отпечаток эйфории с не критическим отношением к своему положению. Появляется склонность к шутливости, балагурству, причем содержанием этого юмора как раз является то, что у здорового человека не может вызвать смеха. Алкоголик делает предметом шутки как свое собственное падение, так и все те огорчения и боль, которые он причиняет своим родным. Такого рода юмор составляет довольно типичное явление для сниженного интеллекта хронического алкоголика.

Совершенно очевидно, что все эти свойства психики хронических алкоголиков чрезвычайно часто приводят к нарушению закона. Хулиганские поступки, оскорбления словом и действием, сексуальные проступления, воровство, грабеж — вот неполный перечень деяний, совершаемых хроническим алкоголиком.

Судебно-психиатрическая оценка этого состояния, как правило, не представляет особого затруднения. Хотя здесь и имеются определенные изменения личности, но в основном они сводятся к изменению характера, не лишаящему алкоголика способности отдавать отчет в своих действиях и руководить ими. Так что в отношении совершенных правонарушений хронические алкоголики в подавляющем большинстве случаев признаются виновными. Редкими исключениями являются только те случаи, когда имеется картина выраженного слабоумия. Следует заметить, что это чаще наблюдается уже в более пожилом возрасте и, как правило, сопровождается выраженным артериосклерозом головного мозга. В тех случаях, когда эти органические деструктивные нарушения уже свидетельствуют о психической болезни, виновность за содеянное, естественно, исключается.

9.3. АЛКОГОЛЬНЫЕ ПСИХОЗЫ

Алкогольные психозы — психозы, возникновение и развитие которых связаны с синдромом зависимости от алкоголя.

Алкогольный психоз развивается не в связи с непосредственным действием алкоголя, а под влиянием продуктов его распада и продуктов нарушенного обмена. В частности, наиболее распространенные психозы — делирии и галлюцинозы — возникают, как правило, не в период запоев, т. е. на высоте алкогольной интоксикации, а во время абстиненции, когда содержание алкоголя в крови резко снижается. У лиц, не страдающих алкоголизмом, алкогольные психозы не по-

являются даже при исключительно больших дозах спиртного. Часто возникновению психозов предшествуют дополнительные вредности — травмы, острые инфекционные заболевания, психические стрессы, способствующие развитию психотической реакции со стороны измененной центральной нервной системы больных.

Алкогольный делирий (белая горячка). Более 150 лет тому назад был описан алкогольный психоз, возникающий у людей, злоупотребляющих «белым вином», т. е. водкой. Это и послужило поводом к тому, что описанное состояние было названо «белой горячкой». Между тем впоследствии эти состояния наблюдались при употреблении всеми спиртными напитками, в том числе виноградными винами и пивом. По классификации И.В. Стрельчук, в зависимости от длительности алкогольный делирий может быть:

- абортивным (и длится от нескольких часов до суток);
- классическим вариантом белой горячки длительностью от 2 до 7 дней;
- затянувшимся от 1 недели до нескольких месяцев;
- рецидивирующим, когда приступы наблюдаются многократно;
- хроническим, длительность свыше года.

Белая горячка является наиболее частым острым алкогольным психозом, возникающим у хронических алкоголиков в результате длительного злоупотребления спиртными напитками. Частота развития делирия увеличивается с возрастом, что связано как с соматическим состоянием больных, так и с длительностью заболевания. С наибольшим постоянством делирий возникает на 7–10-м году болезни. Значительно чаще эта форма психоза наблюдается у мужчин. Алкогольный делирий развивается после прекращения приема алкоголя в состоянии абстиненции или на высоте запоя.

В этиологии этого заболевания кроме самого алкоголя, по-видимому, большое значение приобретают те болезненные нарушения в организме человека в целом и в первую очередь в печени, которые являются следствием длительной алкогольной интоксикации. Развитию белой горячки могут способствовать различные дополнительные вредности, такие как травма, инфекции и психические потрясения.

Алкогольный делирий представляет собой **галлюцинаторное помрачение сознания**. Для этой формы психоза характерны: **преобладание истинных зрительных галлюцинаций, иллюзий и парейдолий**; резко выраженное двигательное возбуждение в сочетании с напряженным **аффектом страха и образным бредом**; дезориентировка во времени, месте наряду с сохранностью самосознания.

Продолжительность алкогольного делирия в основном составляет от 2 до 8 дней. Белая горячка обычно начинается с периода предвестников, как правило, кратковременных. Предвестниками психоза

являются бессонница, кошмарные сновидения, пробуждаясь от которых, больной долго не может реально воспринимать окружающее. Отдельные образы сновидений в виде зрительных и слуховых обманов чувств вторгаются в реальность, пугают и путают его. Характерным для таких состояний является усиление имеющегося у хронических алкоголиков дрожания конечностей. Наиболее выраженным симптомом болезни является дрожание, отсюда ее латинское название *delirium tremens*, оно значительно сильнее, чем в период похмелья. Дрожание распространяется на руки, ноги, голову, язык. Интересно отметить, что иногда во время такого предгорячего состояния у больных полностью исчезает влечение к вину и потребность в нем. Они перестают пить, так как спиртное начинает вызывать у них отвращения. Сам приступ белой горячки возникает внезапно, остро, обычно в ночное время, массовым наплывом галлюцинаторных переживаний, в первую очередь зрительных. В большинстве случаев видятся различные мелкие животные: пауки, крысы, змеи, мыши, тараканы и т. п., которые бегают вокруг больного, залезают на него, кусают, жалят. Появляются устрашающие лица каких-то людей: разбойников, преследователей, уродов. Иногда эти фигуры и лица совершенно фантастичны: то очень малы, то, наоборот, непомерно велики, искажены, напоминают чудовищ. Они угрожают больному различными страшными орудиями: ножами, пилами, топорами, направляют на него пистолеты, ружья. Кругом видится кровь. Чаще всего такие переживания сопровождаются слуховыми и тактильными галлюцинациями. Больной слышит крики о помощи, вопли, угрозы, ругательства. Насекомые летают вокруг него с характерным жужжанием, мыши пищат, змеи шипят и т. п., комары и пауки кусают его, лезут в нос, рот, уши. Он пытается стряхнуть их с себя, явственно ощущая, как они влезают на него, чувствуя шершавое прикосновение их лапок, болезненные уколы их жал. Встречаются и такие белогорячные переживания, при которых основное действие разыгрывается где-то за окном комнаты, за дверью в коридоре. Больной хотя и не видит, но ясно ощущает, что там происходит что-то кошмарное: убивают его детей, насилуют и режут жену и т. п. Он слышит их крики о помощи и в то же время знает, что сейчас ворвутся сюда, к нему. В спешке он лихорадочно вооружается чем попало и ждет нападения своих мучителей или бросается навстречу раздающимся крикам — спасать своих родных. Иногда белая горячка возникает в дороге, в поезде. Тогда больные начинают метаться из вагона в вагон. Во всех они видят врагов, которые хотят их убить, выбросить из вагона под самые колеса. В отчаянии они прыгают на ходу с поезда или делают какие-либо другие бессмысленные и опасные поступки.

Судебно-психиатрическая оценка. Если принимать во внимание, что все описанные выше переживания ощущаются больным с полной

реальностью, то становится понятной та большая опасность, которую представляет для окружающих находящийся в таком состоянии человек. Любой предмет домашнего обихода в его руках превращается в орудие агрессии. Защищая себя от мнимой опасности и мнимых врагов, он сам становится совершителем различных правонарушений, среди которых на первом месте стоят тяжелые увечья и даже убийства. При проведении экспертизы по поводу совершенных противоправных действий таких лиц рекомендуют признать в момент преступления невменяемыми.

Алкогольный галлюциноз. Алкогольный галлюциноз составляет 5–11% общего числа алкогольных психозов, занимая второе место по распространенности после делирия.

По течению различают острый (от 2 до 4 недель) и хронический варианты алкогольного галлюциноза.

Основным признаком алкогольного галлюциноза, отличающим его от алкогольного делирия, является то, что он протекает **на фоне ясного сознания и сохранной ориентировки**. В клинической картине отмечается явное преобладание **слуховых галлюцинаций**, в то время как при белой горячке на первом месте стоят нарушения зрительных восприятий в форме иллюзорных и галлюцинаторных переживаний. Слуховые истинные галлюцинации проявляются в форме различных голосов — мужских, женских, детских. Чаще всего, не обращаясь непосредственно к больному, они ведут между собой разговор о нем, ругая его, оскорбляя и угрожая самыми тяжелыми расправами и карами: «пьяница, вор, доберемся до тебя», «от нас не уйдет — все равно ему конец», «резать будем на куски» и т. д. Иногда голоса принимаются спорить о больном: один доказывает необходимость немедленной и самой жестокой расправы над ним, другие склонны его защищать, предлагая смягчить наказание, уменьшить его. В некоторых случаях голоса, перечисляя все подробности жизни больного, начинают издеваться над ним. Становясь насмешливыми, они зло иронизируют над теми или иными событиями прошлого и тем приводят больного в ярость. Часто угрозы направлены в адрес не самого больного, а его семьи, родных. Голоса угрожают их убить, искалечить, изнасиловать. Одновременно и как бы в подтверждение этого больной слышит крики о помощи своей жены, детей, родственников. В этих случаях могут присоединиться и зрительные обманы в виде окровавленных трупов, каких-то зловещих образов, вооруженных людей, размахивающих ножами, и т. д., но такие галлюцинации менее яркие, чем при делирии, и возникают только в особых условиях — в темноте и при закрытых глазах.

Галлюцинаторные переживания при алкогольном галлюцинозе способствуют формированию **вторичного бреда**. Больной начинает считать, что шайка каких-то врагов и злоумышленников устраивает слежку за ним и его семьей. Какие-то «шпионы» и «бандиты» хотят

их убить и ограбить. В соответствии с этим развивается общая тревожность, страх. Действия больного полностью отражают эти его переживания и опасения. Он убегает, прячется, совершает поступки, непонятные для наблюдающих его со стороны: прячет ценные вещи, закапывает их, относит на хранение; предлагает родным немедленно уехать куда-нибудь подальше, скрыться и т. д. Естественно, что подобные переживания могут привести больного к совершению самых различных правонарушений.

В отличие от алкогольного делирия при галлюцинозе сознание не помрачено — больные правильно ориентированы в месте и времени, доступны контакту, сохраняют воспоминания о своих переживаниях и поведении в психотическом состоянии.

Судебно-психиатрическая оценка. Несмотря на ясность сознания, больной человек находится в психотическом состоянии, грубо нарушены процессы восприятия и обработки информации. На этом основании данные лица подпадают под действие ст. 21 УК РФ, пункт «временное расстройство психической деятельности».

Алкогольный паранойд — остро или хронически протекающий психоз с **систематизированным бредом**, в клинической картине которого выступают идеи преследования, ревности, отравления и т. д. Здесь все же не отмечается такое многообразие бредовых переживаний, которое встречается при шизофрении, и на первый план выступают картины преследования или, еще чаще, ревности. Характерно, что при алкогольном параноиде возникает **первичный бред, не зависящий от галлюцинаций**, и структура его возникновения и развития протекает чаще по параноическому типу, с известной зависимостью от внешних, психогенных мотивов.

По течению алкогольные параноиды разделяют на:

- 1) острые (длительность до 3–4 недель);
- 2) подострые (до 2–3 месяцев);
- 3) хронические (свыше 3 месяцев);

Клинический пример (цит. по Б.В. Шостаковичу):

«Ц-кий, 54 года, обвиняется в нанесении тяжких телесных повреждений жене, от которых она скончалась. В детстве перенес ряд инфекционных заболеваний, окончил 3 класса, работал поваром. По характеру был спокойный, жизнерадостный, общительный. Служил в армии, после демобилизации работал грузчиком, в 25 лет женился, от брака имеет двоих детей. С 30 лет злоупотребляет алкоголем. Опохмеляется последние 20 лет. Два раза после запоев появлялись бессонница, страхи, видел чертей, которые прыгали на кровати, ощущал ползание насекомых под кожей, слышал неприятный шепот. Свое состояние сам определял: “допился до чертиков”. Эти состояния проходили самостоятельно. За медицинской помощью не обращался. Понимал, что пить нужно меньше.

Последний год стал подозревать жену в измене, считал, что перестала заботиться о нем, поздно приходила домой. Во время полового акта чувствовал исходивший от жены неприятный запах. Стал следить за женой, проверял, была ли она у знакомых, подстерегал ее вечером около дома, надеясь поймать любовника. Проверял белье и платье жены, находил “подозрительные пятна”. Однажды всю ночь сушил ее белье, собирался сделать “соскоб” с пятен и отправить его на химический анализ. По ее разговорам понимал, что она сравнивает его с другими мужчинами, считал, что ее любовники — директор, экспедитор, а “третьего не мог определить”. По выражению лица жены, по намекам окружающих находил косвенные подтверждения этому. Считал, что о неверности жены знают все односельчане. Однажды пришел к жене на работу, на склад, и видел как со склада вышел экспедитор. Увел жену домой, долго выяснял отношения, избил, пытался душить, а затем ударил ножом, в результате чего она через несколько дней скончалась. Из материалов дела известно, что испытуемый в течение многих лет злоупотреблял алкоголем, необоснованно ревновал жену, без причины скандалил, “даже из-за цвета ее лица”, избивал, неоднократно грозил убийством. В процессе следствия испытуемый говорил о неверности жены. При обследовании в Центре им. Сербского благодушен, фон настроения приподнят, доволен окружающей обстановкой. Не скрывает факт злоупотребления алкоголем. Не видит в этом ничего предосудительного, жалуется, что в последний год появились головные боли, забывчивость, слезливость, половая слабость, стал слышать оклики по имени и “стуки” в дверь. С большой охваченностью рассказывает о своих взаимоотношениях с женой, при этом становится напряженным и злобным. Уверен в ее изменах. Обиженно рассказывает о “причиненной ему обиде”, приводит нелепые доказательства ее неверности. Без тени стеснения описывает пятна, обнаруженные на ее белье; считает, что находится в Центре для проверки его спермы и сопоставлении ее с пятнами на белье жены; убежден, что у жены было не менее 3-х любовников, “может быть, и больше”. Это он понимал по интонации ее голоса, выражению лица и намекам окружающих. Себя считает психически здоровым. Сложившуюся ситуацию критически не оценивает.

Диагноз: “хронический алкоголизм, алкогольный параноид (бред ревности)”. Рекомендовано считать его невменяемым и направить на принудительное лечение в психиатрическую больницу специализированного типа».

Судебно-психиатрическая оценка. В тех случаях, когда переживания хронического алкоголика ограничены одними идеями ревности, наличие лишь определенных характерологические особенности, заостренные специфическим в этом отношении влиянием длительной алкогольной интоксикации. Естественно, что и судебно-психиатрическая

оценка такого состояния не выходит за рамки тех общих положений, которые существуют при проведении экспертизы по поводу правонарушений, совершенных хроническим алкоголиком, т. е. лица признаются вменяемыми и ответственными за совершенные ими правонарушения.

Коренным образом дело меняется, когда идеи ревности начинают приобретать бредовый характер, т.е. начинается формирование алкогольного параноида как заболевания. В таких случаях психические расстройства оцениваются как хронические психические заболевания или иные психические расстройства в зависимости от длительности возникших нарушений.

Корсаковский психоз (болезнь Корсакова) — это заболевание, которое возникает у лиц, длительно злоупотребляющих спиртными напитками, особенно из числа тех, которые пьют различного рода суррогаты (неочищенный спирт-сырец, самогон и т. п.). Корсаковский психоз развивается преимущественно на конечной стадии синдрома зависимости от алкоголя. Основными признаками этого заболевания являются **амнестический синдром** (фиксационная и ретроградная амнезия в сочетании с парамнезиями — конфабуляциями и псевдореминисценциями) и полиневрит.

В картине психических нарушений на первый план выступают характерные расстройства памяти. Способность запоминания значительно нарушается. Больной не способен дать ответ на самые простые вопросы, а именно, обедал он или нет, заходил ли к нему только что кто-нибудь и т. д. Он многократно здороваётся с врачом или сестрой, так как стоит им выйти из палаты, как он уже не помнит, видел он их или нет, и поэтому вошедшие в нее снова через несколько минут являются для него впервые увиденными. В беседе он мгновенно забывает то, что сказал сам и услышал от других, и в силу этого способен помногу раз спрашивать об одном и том же и повторять уже сказанное. Пробелы памяти заполняются псевдореминисценциями и конфабуляциями. Характерной особенностью этих симптомов при корсаковской болезни, в отличие от прогрессивного паралича или других органических психозов, является отсутствие в них элемента фантастичности и нереальности. Больной рассказывает о событиях, которые, может быть, и не имели места в его жизни в таком виде, как он о них сообщает, но, принимая во внимание его положение и образ жизни до болезни, вполне можно допустить, что они произошли. Чаще всего сообщаемое больным действительно происходило с ним несколько месяцев или лет назад до болезни, например, находящийся длительное время в больнице больной сообщает врачу, что он вчера вернулся из командировки или из дома отдыха, что он проводил собрание, был на выставке или в театре.

Расстройствами памяти на текущие события объясняются резко выраженные у страдающих корсаковским психозом нарушения ориентировки в пространстве и времени.

Судебно-психиатрическое значение корсаковской болезни невелико, потому что эта болезнь встречается весьма редко. Вопрос об экскульпации стоит только в тех случаях, когда можно с достоверностью доказать, что криминальные действия явились следствием болезненных нарушений памяти, если же имеют место дефекты памяти, с которыми больной научился в известной мере справляться, и личность его в целом достаточно сохранена, вменяемость при преступлении не подвергается сомнению.

Энцефалопатия Гайе–Вернике. Редкая форма алкогольной энцефалопатии. Острая форма этого заболевания схожа с тяжелой формой алкогольного делирия.

При подострой и хронической формах этой энцефалопатии наблюдается **изменение сознания со спутанностью речедвигательным возбуждением**, абортивными делириозными явлениями, эпилептиформные припадки, изменениями памяти по корсаковскому типу и **неврологические расстройства**: атаксия, нарушения со стороны черепно-мозговых нервов, экстрапирамидная симптоматика.

Клинические проявления отличаются приступообразным течением, с внезапным началом употребления больших доз алкоголя и заканчиваются резким его прекращением. После чего возникает полное отвращение к алкоголю.

Контрольные вопросы

1. Из каких компонентов складывается синдром зависимости?
2. Факторы, способствующие формированию синдрома зависимости.
3. Что такое синдром зависимости от алкоголя и каковы причины его развития?
4. Что такое патологическое алкогольное опьянение, какова его судебно-психиатрическая оценка?
5. Клиническая картина стадий синдрома зависимости от алкоголя.
6. Судебно-психиатрическая оценка стадий синдрома зависимости от алкоголя.
7. Что такое алкогольные психозы?
8. Как проявляется алкогольный делирий, его судебно-психиатрическое значение?
9. Как проявляется алкогольный галлюциноз, его судебно-психиатрическое значение?
10. Что такое алкогольный бред ревности? Какова опасность этого бреда для общества?

10. ПТСР И РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ, ИХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА. СИМУЛЯЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ИХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

Одним из медицинских критериев невменяемости являются временные расстройства психической деятельности, которые различны по природе своей, но, независимо от происхождения, обратимы и краткосрочны. В эту группу включают некоторые виды реактивных состояний (реактивные психозы) и исключительные состояния.

Реактивные состояния возникают в ответ на сильные психотравмирующие факторы внешней среды. В большинстве случаев отреагирование происходит по типу невротических расстройств, незначительно нарушающих способность лица осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий), либо руководить ими.

Однако в некоторых случаях реакция может достигать психотического уровня и серьезно нарушать поведение человека. Именно в таких случаях подэкспертные могут рассчитывать на применение к ним ст. 21 УК РФ. Например, к таким случаям относят так называемые **исключительные состояния**.

Исключительные состояния рассматриваются в настоящее время как группа острых расстройств психической деятельности, различных по происхождению, но во многом сходных по клиническим признакам. Эти расстройства начинаются внезапно в связи с внешней ситуацией, они непродолжительны, сопровождаются расстроенным сознанием и полной или частичной амнезией. Исключительные состояния возникают у лиц, не страдающих психическими заболеваниями, и как правило, представляют собой единственный эпизод в жизни. В процентном отношении число лиц, совершивших противоправные деяния в «исключительных состояниях», незначительны. Однако чаще всего это тяжкие опасные действия против личности. Диагностика и экспертная оценка таких расстройств чрезвычайно сложны.

К исключительным состояниям относятся патологическое опьянение, патологический аффект, либо хронические и психические заболевания,

патологическое просоночное состояние. Общим для них является **сочетание постоянной и временной патологической почвы** при обязательном участии дополнительных внешних факторов. Постоянная патологическая почва характеризуется наличием незначительных остаточных явлений после различных повреждений мозга (травмы, мозговые инфекции, сосудистые нарушения). Временная почва формируется за счет ситуационно действующих вредностей (физическое и психическое переутомление, дефицит сна, стресс, длительное эмоциональное напряжение).

10.1. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО (ПТСР)

Посттравматический стрессовый синдром, или посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), – это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс, способная вызвать психические нарушения практически у любого человека (И.Г. Малкина-Пых, 2005).

Особенностью ПТСР является то, что симптомы заболевания возникают после устранения стрессора, когда вокруг человека, ранее психотравмированного, уже спокойная, привычная жизнь, это может произойти через несколько месяцев (обычно не более 6) после пережитой травмы.

ПТСР возникает после того, как пострадавший пережил критический инцидент. Определение критического инцидента впервые было дано американским исследователем Дж. Митчелом (1991).

«Критический инцидент» – это всякая встречающаяся в жизни ситуация, вызывающая необычайно сильные эмоциональные реакции, которые могут отрицательно повлиять на исполнение обязанностей либо непосредственно на месте событий, либо позже.

Как пишет И.О. Котенев, к критическим инцидентам относят такие и только такие события, которые подвергают человека физической (и/или психологической) опасности и способны вызвать отрицательные психологические последствия, требующие принятия специальных мер по оказанию помощи их участникам или очевидцам.

Было выделено четыре характеристики травмы, способной вызвать травматический стресс:

- 1) человек осознает, что с ним произошло и из-за чего у него ухудшилось психологическое состояние;
- 2) это состояние обусловлено внешними причинами;
- 3) пережитое разрушает привычный образ жизни;
- 4) произошедшее событие вызывает ужас и ощущение беспомощности, бессилия что-либо сделать или предпринять.

В общем виде критический инцидент определяется как «травматические события, выходящие за рамки обычного человеческого опы-

та» (Kinzie J.D., 1989). Т.М. Moles (1977) представляет следующую классификацию наиболее частых причин возникновения ПТСР при массовых бедствиях: природные — климатические (ураганы, смерчи, наводнения), сейсмические (землетрясения, извержения вулканов, цунами); вызванные человеком — несчастные случаи на транспорте и в промышленности, взрывы и пожары, биологические, химические и ядерные катастрофы; «умышленные» бедствия (террористические акты, мятежи, социальные волнения, войны).

Экстремальными могут быть и ситуации, имеющие значение для отдельного человека, например акты агрессии. Б.В. Шостакович (1991) выделяет в этом ряду «синдром изнасилования».

Вероятность того, что стрессор вызовет расстройство, зависит от его внезапности, непредсказуемости, длительности, повторяемости, от физического ущерба, от того, насколько он угрожает жизни, способствует изоляции, вступает в конфликт с представлением о своем «Я», унижает достоинство. Ни одна из психологических травм, даже очень интенсивная по своему характеру, не способна вызвать ПТСР абсолютно у всех людей, и наоборот, некоторые умеренно травматичные события иногда могут привести к развитию ПТСР, здесь немало важную роль играет индивидуальное восприятие стрессора, которое не менее важно, чем его «объективная» стрессогенность.

Существенное значение для развития и течения ПТСР имеют и посттравматические факторы. Например, при ПТСР вследствие боевых действий чаще всего такими факторами являются: невостребованность в обществе людей с военным опытом, не популярность войны и ее участников, отсутствие взаимопонимания между участниками боевых действий и остальными гражданами.

Клинические проявления. Существует три варианта развития ПТСР:

1) острое ПТСР диагностируют, когда симптомы возникают в пределах 6 месяцев после перенесенной травмы и сохраняются не более 6 месяцев;

2) хроническое ПТСР, когда симптомы, так же как при остром ПТСР, возникают в пределах 6 месяцев, но сохраняются на длительный срок;

3) отсроченное ПТСР, характеризующееся появлением симптомов после латентного периода (месяцы, годы) и сохранением их на длительный период.

ПТСР имеет активные и пассивные проявления. Пассивные проявления или симптомы «избегания» — это уклонение от напоминаний о травме: от разговоров и мест, связанных с ней, снижение интереса к жизни, чувство отстраненности от происходящего вокруг и др. Избегание может принять форму злоупотребления наркотиками или алкоголем для того, чтобы заглушить осознание дистресса. Все это ослабляет и разру-

шает взаимосвязи с другими людьми, и как следствие, ведет к снижению адаптивных возможностей. Активные проявления — это неадекватная агрессивность, повышенная реактивность в ситуациях, чем-либо напоминающих психотравмирующее событие. В картине заболевания могут преобладать активные либо пассивные симптомы. Для юристов интерес представляют лица с преобладанием активных симптомов ПТСР, так как именно у них повышен риск совершения правонарушений.

Выделяют **основные симптомы** данного заболевания:

1. Сверхбдительность. Больной пристально следит за всем, что происходит вокруг, словно ему постоянно угрожает опасность. Часто проявляется в виде постоянного физического напряжения, которое не позволяет расслабиться и отдохнуть. При малейшей неожиданности человек делает стремительные движения (резко оборачивается и принимает боевую позу, когда кто-то приближается к нему из-за спины).

2. Притупленность эмоций. Человек полностью или частично теряет способность к эмоциональным проявлениям. Ему трудно устанавливать близкие или дружеские связи с окружающими, недоступны радость, любовь. В итоге человек дистанцируется и отчуждается от других, включая близких членов семьи. Супруги обследованных описывают их как холодных, бесчувственных, незаботливых людей. Характерна также неустроенность личной жизни: многие испытывают трудности с женитьбой, среди тех, кто вступил в брак до или сразу после войны, отмечается большое число разводов. Порой сужение диапазона эмоциональных реакций выразилось в преобладании переживаний отрицательного полюса (тоски, тревоги, злости). Мир других людей, их интересы, тревоги и надежды представляются больным мелкими и не заслуживающими внимания. Большинство лиц с ПТСР уверены в том, что люди, не пережившие того, что пережили они, не в состоянии понять их проблемы; часто они объясняют этим свою замкнутость. Многие объясняют тем же свое упорное нежелание обращаться за медицинской помощью, поскольку они уверены, что врач не сможет их понять. Иногда они стремятся найти выход в общении с товарищами по несчастью, но и это нередко оказывается тягостным, поскольку провоцирует воспоминания, которых больные стараются избежать.

3. Агрессивность. Стремление решать проблемы с помощью грубой силы. Как правило, это физическое силовое воздействие, но бывает также и вербальная агрессия. Как правило, реализация агрессии происходит в микросоциуме (в семье, на работе). По мнению В.Г. Василевского, агрессивное поведение является защитным, компенсирующим механизмом в преодолении таких отрицательных эмоций, как страх, тревога, ощущение своей уязвимости.

4. Общая тревожность. Проявляется в постоянном беспокойстве, постоянном чувстве страха. Реакции тревоги оказывают существенное влияние на поведение и социальную адаптацию.

5. Приступы ярости. Приступы чаще возникают под действием наркотических веществ, алкоголя. Однако такое поведение может наблюдаться и вне зависимости от алкогольного или наркотического опьянения. Ярость возникает в ответ на незначительные неприятности или трудности в быту. Типичными являются легко возникающие реакции раздражения в случае даже незначительного или мнимого ущемления прав или отказа в помощи.

6. Злоупотребление наркотическими и лекарственными веществами. В попытке снизить интенсивность симптомов ПТСР многие начинают злоупотреблять алкоголем и другими наркотическими веществами. Но обычно прием алкоголя лишь усиливает дисфорию и подозрительность комбатантов, что приводит к частым конфликтам с окружающими людьми либо к совершению различных правонарушений, а иногда и преступлений.

7. Непрошенные воспоминания. Они появляются, когда окружающая обстановка чем-то напоминает психотравмирующую ситуацию (запахи, звуки, зрительные стимулы). Яркие образы прошлого обрушиваются на психику и вызывают сильный стресс, главное их отличие от обычных воспоминаний в том, что они сопровождаются сильными чувствами тревоги и страха.

8. Галлюцинаторные переживания. Разновидность непрошенных воспоминаний о травмирующих событиях, отличающаяся от них тем, что при галлюцинаторных переживаниях воспоминание всплывает настолько ярко, что события текущего момента отходят на второй план и кажутся менее реальными. В таком состоянии человек ведет себя, действует, думает, чувствует так же, как в тот момент, когда ему пришлось спасти свою жизнь. Такие воспоминания получили название флешбэк-эффекты (flash-back) – внезапное (как удар, вспышка молнии) воскрешение в памяти различных аспектов травмировавшего события; иллюзии, галлюцинаторные переживания. Флешбэки появляются в основном в просоночных состояниях или на фоне алкогольной интоксикации, но могут возникать и у совершенно трезвого человека. Нередко эмоционально насыщенные воспоминания в момент своего появления оказывали влияние на поведение комбатантов, которые импульсивно совершали привычные оборонительные действия.

9. Проблемы со сном. Трудности с засыпанием, прерывистый сон, кошмарные сновидения с фотографически точным воспроизведением действительно пережитых событий. Многие пациенты жалуются, что из-за этого боятся засыпать. Таким образом, в период бодрствования человек испытывает определенный дискомфорт в общении с окружающими, не находит понимания с их стороны, а в период сна у него нет возможности полноценно отдохнуть, что приводит в результате к крайнему психическому и физическому истощению.

Судебно-психиатрическая оценка. Склонность к злоупотреблению алкоголем и наркотиками усиливает социальную дезадаптацию: больные легко вовлекаются в криминальную среду или пополняют армию бездомных.

В состоянии опьянения человек, имеющий ПТСР, легко может проявить немотивированную агрессию, жестокость и совершить общественно опасные действия (вред здоровью, убийство). В этих случаях логично применить ст. 22 УК РФ и назначить комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу. Перед экспертами можно поставить вопрос и о том, мог ли потерпевший своими действиями и словами актуализировать посттравматические переживания. Обвиняемого от уголовной ответственности это не освобождает, однако позволяет более дифференцированно подходить к выбору меры наказания.

Совершив преступление в состоянии flashbacks (помрачение сознания, галлюцинации), эти лица могут рассчитывать на применение к ним ст. 21 УК РФ, пункт «временное расстройство психической деятельности», но только в том случае, если удастся доказать факт нарушения сознания.

У больных ПТСР часто возможны состояния, характеризующиеся чувством отчаяния, безысходности, крайне пессимистической оценкой ситуации в стране, отождествлением этой ситуации с собственной судьбой и связанными с этим суицидальными мыслями. Это состояние может быть столь тяжелым, что приводит к самоубийству. Фактором риска при суициде является социальная изоляция такого лица и злоупотребление психоактивными веществами.

10.2. РЕАКТИВНЫЕ ПСИХОЗЫ

Реактивные психозы представляют собой патологическую реакцию психотического уровня на психические травмы или неблагоприятные ситуации. Развитие этих психозов, их клиническая картина и динамика зависят также от конституциональных особенностей личности, перенесенных заболеваний, физического состояния и возраста.

По сравнению с невротами для реактивных психозов характерна большая острота, лабильность и тяжесть симптоматики, выраженные психомоторные и аффективные расстройства, бред, галлюцинации, грубые истерические нарушения, большей частью с явлениями расстроенного сознания (диссоциативные реакции). Больные в этот период утрачивают способность критически оценивать свое состояние, координировать свои поступки, адаптироваться к сложившейся ситуации. В то же время реактивным психозам свойственна наибольшая (среди психогенных заболеваний) обратимость симптоматики.

Для отличия реактивных психозов от других психотических состояний используют критерии К. Ясперса:

- 1) реактивный психоз возникает сразу же после психотравмы;
- 2) симптоматика вытекает из характера психической травмы и отражает ее;
- 3) исчезновение или дезактуализация психотравмы приводит к прекращению психоза.

По клиническим формам реактивных психозов выделяют аффективно-шоковые реакции, истерические психозы, реактивные депрессии и психогенные параноиды.

Аффективно-шоковые реакции (реакции экстремальных ситуаций, «психозы ужаса» и т. п.) возникают в связи с внезапными, чрезмерными по силе потрясениями, такими как стихийные бедствия (землетрясения, наводнения), события боевой обстановки (артиллерийский обстрел, атака противника), катастрофы (пожары, кораблекрушения и т. п.).

По особенностям преобладающих психомоторных расстройств выделяют два вида аффективно-шоковых реакций. При **гиперкинетической форме** поведение больных теряет целенаправленность; на фоне быстро нарастающих тревоги и страха возникает хаотическое психомоторное возбуждение с беспорядочными движениями, бессцельными метаниями, стремлением куда-то бежать. Продолжительность двигательного возбуждения невелика, 15–30 минут.

При **гипокинетической форме** возникает состояние резкой двигательной заторможенности,ходящей до полной обездвиженности и мутизма (аффектогенный ступор). Больные обычно остаются на том месте, где возник аффект страха; они безучастны к происходящему вокруг, взгляд устремлен в пространство. Продолжительность ступора от нескольких часов до 2–3 дней. Память на события в острый период отсутствует.

Истерические психозы — целая группа психических расстройств, возникающих по единому истерическому механизму (своевременность и выгодность факта болезни).

В зависимости от тяжести и длительности реакции бывает либо сочетание различных истерических расстройств, либо последовательная трансформация одних истерических проявлений в другие. Этот тип психогенных реакций чаще всего наблюдается именно в судебно-психиатрической практике.

Истерическое сумеречное помрачение сознания по механизму возникновения и некоторым клиническим проявлениям близко к острым аффективно-шоковым реакциям. В отличие от последних не бывает полного выключения высших корковых функций. Характерны сужение поля сознания, дезориентировка, обманы восприятия, отражающие

щие психотравмирующую ситуацию, избирательная фрагментарность последующей амнезии. Клиническая картина отличается мозаичностью проявлений и демонстративностью поведения больных: смех, пение и плач могут прерываться судорожным припадком, застывание в скорбной позе сменяется кратковременным возбуждением.

Истерическое помрачение сознания может длиться до 1–2 недель, выход из психоза постепенный.

Псевдодеменция — мнимое, кажущееся слабоумие, термин впервые ввел Вернике в 1906 г. Возникает на фоне суженного сознания и характеризуется мнимой утратой простейших знаний, неправильными ответами (миморечь) и действиями (мимодействия). Больные при этом таращат глаза, дурашливо улыбаются, не могут выполнить простейших арифметических действий, не называют своего имени и фамилии, недостаточно ориентированы в обстановке, нередко называют белое черным и т. д. Содержание неправильных ответов (миморечь при деменции) в отличие от негативистической речи кататоников всегда связано с травмирующей ситуацией. Ответ при псевдодеменции чаще прямо противоположен ожидаемому (например, он не находится под арестом, у него блестящие перспективы). То же относится и к мимодействиям (например, в отдельных случаях больные надевают туфли на руки, просовывают ноги в рукава рубашки и т. д.).

Пуэрилизм — на фоне истерически суженного сознания возникает ребячливость, детскость поведения. Наиболее частыми симптомами является детская речь, моторика и эмоциональные реакции. Больные говорят с детскими интонациями, шепелявят, бегают вприпрыжку, строят карточные домики, играют в куклы и т. д. Надувая губы или топая ногами, они просят взять их на ручки, обещают вести себя хорошо.

В отличие от стереотипной дурашливости больных шизофренией с гебефреническим возбуждением при пуэрилизме симптоматика значительно более разнообразна, изменчива, с яркой эмоциональной окраской переживаний.

Психогенные параноиды. Психогенные параноиды относятся к сравнительно редким формам реактивных психозов. Развитию психогенного параноида может способствовать длительное эмоциональное напряжение, нервное и соматическое истощение, связанное с длительным лишением сна, недоеданием и другими причинами.

Клинической картине острого психогенного параноида свойственна простота, образность, эмоциональная насыщенность бреда и резко выраженный аффект страха и тревоги. Чаще всего возникает **бред преследования и отношения**. Содержание бреда отражает в прямом или противоположном виде психотравмирующую ситуацию. В одних случаях

это угроза физическому существованию, расправа, в других — морально-этический ущерб, причиняемый самому больному или его родным. Возможны также как **зрительные**, так и **слуховые галлюцинации**.

После короткого, иногда не более нескольких часов, продрома с еще неясными тревожными опасениями и нарастающей подозрительностью, у больных внезапно возникает ощущение смертельной опасности; они окружены врагами, их родственников уже нет в живых; некоторые слышат зловещий шепот, а потом и более отчетливо голоса людей, замысляющих убийство. В наиболее острый период психоза поведение больных целиком определяется содержанием патологических переживаний и может вылиться в опасные действия. В ужасе они пытаются бежать, выпрыгнуть в окно, нападают на мнимых врагов или хотят покончить с собой, дабы не попасть живыми в руки преследователей.

Заболевание протекает остро, и в большинстве случаев через несколько дней после госпитализации бредовые расстройства исчезают. Однако на протяжении последующих 2–4 недель бывает остаточная симптоматика — тревога по вечерам, боязнь появления прежних преследователей.

Клинический пример (цит. по Б.В. Шостаковичу):

«С., 34 года, мастер на заводе. Физически здоровый, сильный человек. Положительно характеризуется на работе и в быту. Практически не злоупотребляет алкоголем. Обвиняется в том, что рано утром ворвался в кухню ресторана аэропорта Домодедово (ресторан еще не работал) и напал с ножом на милиционера и поваров. При этом кричал, что его хотят убить, за ним гонятся враги.

Во время судебно-психиатрической экспертизы было установлено, что он за неделю до случившегося вместе с приятелем прилетел в Москву, чтобы сделать покупки. У них была большая сумма денег. Они успешно осуществили свои планы и перед отлетом домой решили “развлечься”. По объявлению в газете они узнали адрес ателье “эротического массажа” и поехали туда на такси. Еще по дороге он стал замечать, что приятель, водитель такси, прохожие “косо смотрят на него, смеются”. Это чувство особенно усилилось, когда они попали в “ателье”. Вся обстановка там показалась угрожающей. Он подумал, что его “заманили”, хотят отравить и ограбить. В компании ничего, кроме принесенной с собой и открытой им самим кока-колы, не пил (это подтверждает его приятель), но вкус напиток показался странным. Понял, что ему продали отравленную кока-колу, что продавцы киоска в сговоре с проститутками. Неожиданно ушел из “ателье”, оставив там своего знакомого, поехал в аэропорт (их самолет вылетал днем и времени до отлета было много). В аэропорту заметил, что опасность сохраняется, некоторые рейсы специально задерживаются, все смотрят на него, следят за ним, как-то странно ходят, женщины оглядываются

на него. Стал искать место, где бы спрятаться, но всюду были люди. Внезапно увидел милиционера, который шел в его сторону. Страх еще больше усилился, “понял, что сейчас арестуют”. После этого побежал по залу ожидания, увидел приоткрытую дверь (это оказалась дверь в кухню буфета) и вбежал в помещение. Там находились “какие-то люди в белом и с ножами”, понял, что “все кончено”, бросился к одному из них, схватив лежавший на столе нож. В этот момент в кухню вошел милиционер, который сообщил на следствии, что заметил, как С. странно метнулся по залу, перебежал с места на место и потом побежал в сторону буфета. Милиционер заподозрил неладное и пошел за ним. На появление милиционера С. прореагировал попыткой ударить его ножом, тот выстрелил в пол и рикошетом ранил С. в ногу. После этого С. отдал нож и последовал за милиционером.

На следствии и во время экспертизы С. подробно рассказывал о своих переживаниях, которые изложены выше. Он недоумевал, как все могло произойти, не мог до конца осознать реальность происшедшего, говорил, что чувствовал себя как в кошмарном сне или фильме ужасов. Вместе с тем полной критики к происшедшему у него не было. Он продолжал утверждать, что все началось после того, как выпил кока-колу, что подозревает отравление.

С диагнозом “психогенный параноид, развившийся в условиях субъективно сложной травмирующей обстановки”, С. было рекомендовано признать невменяемым. В связи с тем что проявления болезненного состояния ко времени экспертизы у него прошли и он был практически здоровым, ему не рекомендовались принудительные меры медицинского характера, но было указано на необходимость наблюдения районным психиатром».

В ряде случаев важнейшим патогенетическим фактором в формировании психогенных параноидов является фактор неблагоприятной внешней обстановки. Группу реактивных психозов, связанных с внешней обстановкой, определяют как **параноиды внешней обстановки**. В первую очередь к ним относятся **параноиды военного времени**. Наряду с факторами «ослабленной» почвы — органическими изменениями мозга, обусловленными предшествующими контузиями и ранениями, большое значение имеет ситуация постоянной опасности и угрозы для жизни — грохот взрывов, толпы людей, колонны транспорта и т. д. Содержание параноида черпается из ситуации. Военнослужащие переживают ситуацию пленения, ожидают нападения, принимают встречных людей за неприятельских солдат. Бред в таких случаях сопровождается резким аффектом страха и примитивными импульсивными реакциями: больные мечутся, куда-то бегут. У раненых, попавших в непривычную обстановку госпиталя, нередко возникают идеи виновности, сопровождающиеся аффектом тревоги и подавленностью. Одни из них назы-

вают себя симулянтами, дезертирами, преднамеренно причинившими себе увечья, другие говорят, что они шпионы, предатели, виновные в гибели людей.

К параноидам внешней обстановки относятся и реактивные психозы, возникающие при длительном железнодорожном путешествии (**железнодорожные параноиды**). В их развитии большую роль играют предрасполагающие факторы – физическое утомление, нерегулярное питание, злоупотребление алкоголем, недосыпание. Однако основным патогенным фактором остается ситуация – обстановка железной дороги, в целом создающая атмосферу спешки, неопределенности и тревоги. Проявления психоза отражают специфику ситуации. Больные замечают, что на них сосредоточено внимание окружающих, соседи по вагону ведут себя как-то странно и необычно, шепчутся и переглядываются. Вскоре больные укрепляются в убеждении, что в купе расположилась шайка воров или бандитов, замышляющих нападение с целью ограбления или убийства. Для того чтобы умиловить «преследователей» и сохранить свою жизнь, больные раздают вещи и деньги, некоторые в страхе выскакивают на ходу из поезда.

В других случаях исходным пунктом для развития бреда становится психическая изоляция (пребывание в чужой, враждебной среде, усугубляющееся невозможностью контактов с окружающими в связи с незнанием языка, тюремное заключение и т. д.) Здесь можно выделить **бред в иноязычном окружении** – у больных появляются слуховые иллюзии угрожающего содержания, растет уверенность во враждебном отношении окружающих.

В условиях заключения развиваются **тюремные параноиды**. Их содержание отражает своеобразие психической травмы, связанной с арестом и пребыванием в тюрьме, страх перед предстоящим судом и наказанием, тревогу за свою судьбу и судьбу близких. Больной испытывает бред и истинные галлюцинации – «голоса» раздаются из соседней камеры, из-за окон и дверей. Больные видят себя в окружении врагов, слышат обвинительную речь прокурора.

Судебно-психиатрическая оценка реактивных психозов. Реактивные психозы чаще всего возникают в ответ на привлечение лица к уголовной ответственности. Данные расстройства, будучи обратимыми, обычно обуславливают лишь приостановление уголовного дела (до момента выздоровления). При затяжном течении назначают принудительное лечение, по окончании которого возобновляются судебно-следственные действия.

Если же лицо совершает противоправные действия в период острого реактивного психоза (например, в момент реактивного параноида убивает), то к нему применяется ст. 21 УК РФ, пункт «временное расстройство психической деятельности».

10.3. ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Название группы кратковременных психических расстройств отражает факт, что эти состояния возникают один раз в жизни человека. К ним относят патологическое опьянение (см. главу 9), патологический аффект, просоночное состояние.

Патологический аффект — это болезненное состояние психогенного происхождения, возникающее у практически здорового человека. Это острая эмоциональная реакция в ответ на психотравмирующее воздействие, на высоте развития которой имеет место нарушение сознания по типу сумеречного состояния.

Факторами, способствующими возникновению бурной аффективной реакции, считают переутомление, недосыпание, соматическую ослабленность и т. д. Под воздействием психогенного раздражителя, исходящего от непосредственного обидчика и имеющего личностную значимость для обвиняемого, внезапно для окружающих, да и самого подэкспертного может возникнуть аффективная реакция с агрессивными действиями, направленными против обидчика.

В типичных случаях патологический аффект протекает в три фазы. Первая фаза служит подготовительным этапом, на ней возникает и быстро нарастает аффективное напряжение. В случае острой психогении она длится всего несколько секунд. Это соответствует критерию внезапности при квалификации деяния, совершенного в состоянии сильного душевного волнения. При длительной психотравмирующей ситуации напряжение нарастает часами или даже днями, однако разрядка наступает по механизму «последней капли» также внезапно и сразу же за раздражителем.

Во второй фазе патологического аффекта возникает аффективное помрачение сознания. Отмечаются расстройства восприятия (иллюзии, галлюцинации), высказываются отрывочные бредовые идеи, регистрируются состояния острого страха и растерянности. Внешне заметны вегетативные реакции (покраснение или побледнение лица, дрожь, пот и т. д.). Моторные действия при патологическом аффекте стереотипны, без какой-либо обратной связи с ситуацией: продолжают и после того, как жертва перестает подавать признаки сопротивления или жизни.

В третьей фазе наблюдается глубокий сон или выраженное оглушение с отсутствием реакций на внешние стимулы и невозможностью контакта. Все события во время аффекта полностью амнезируются.

Патологическое просоночное состояние встречается чрезвычайно редко. В литературе оно может быть описано под названием «патологическое опьянение сном», «сновидное опьянение».

Патологические просоночные состояния, как считает Г.В. Морозов, развиваются у лиц, склонных и ранее к расстройствам сна, особенно

пробуждения, сопровождающихся медленным восстановлением ориентировки в окружающем. Болезненным просоночным состояниям перед пробуждением присущи яркие сновидения со страхом. Объектом агрессивного поведения обычно являются лица, находящиеся вблизи, и искаженное восприятие их является как бы продолжением сновидения. В период просоночного состояния сознание бывает помрачено, в силу чего полностью отсутствует контакт с окружающими, последовательность и целенаправленность действий определяется сновидениями. После правонарушения сон может продолжаться, либо наступает пробуждение с последующей амнезией случившегося и реакцией удивления и растерянности. Однако возможны фрагментарные воспоминания, касающиеся в основном содержания сновидения. Сновидения, как правило, яркие, носят устрашающий характер, сопровождаются страхом. Это часто толкает на агрессивные действия с целью обороны.

Судебно-психиатрическая оценка. Если удастся доказать факт нарушенного сознания, то обвиняемые подпадают по действию ст. 21 УК РФ, пункт «временное расстройство психической деятельности». Эксперты-психиатры рекомендуют признать таких лиц невменяемыми, в принудительных мерах медицинского характера обычно не нуждаются.

В отдельных случаях возникает проблема разграничить аффект физиологический от патологического, тогда назначают комплексную психолого-психиатрическую экспертизу.

10.4. СИМУЛЯЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Симуляция психического заболевания — это преднамеренное изображение признаков того или иного психического расстройства в неблагоприятных для субъекта условиях, например, привлечение к уголовной ответственности, призыв на военную службу и т. п. Цель всякой симуляции — либо избежать грозящих неприятностей, либо приобрести незаконно какие-либо поблажки или льготы.

С точки зрения судебной психиатрии проблема симуляции представляется достаточно сложной. Имеющееся психическое расстройство и симуляция могут сосуществовать. В ряде случаев психические расстройства вытекают из симуляции, и симуляция переходит в психическое расстройство. Во всех случаях симуляции присутствует сознательность, преднамеренность и целеустремленность (Н.И. Фелинская, 1977).

Судебно-психиатрическая практика показывает, что симуляция психических заболеваний возможна. По данным некоторых авторов (Л. Ушкевича (1966), Балакаевич (1969)), она встречается лишь в 2–3,5% всех случаев судебно-психиатрических экспертиз правонарушителей. По статистике в юридической практике наиболее часто

симулируют мужчины-рецидивисты в возрасте 21–45 лет, совершившие преступление против собственности. В незначительном проценте случаев речь идет о чистой симуляции, т. е. изображении душевной болезни психически здоровыми людьми. Подавляющее большинство симулянтов страдают расстройствами зрелой личности либо имеют в анамнезе ЧМТ и демонстрируют психопатоподобные расстройства резидуально-органической природы (В.Е. Пелипас, 1985).

Симуляция может наблюдаться как в период следствия, так и у осужденных. Наиболее часто проявляется в критические переломные моменты: заключение под стражу, судебное разбирательство при изменении режима содержания, отказ в досрочном освобождении и т. п.

Среди вариантов симуляции выделяют **превентивную (предшествующую) симуляцию**. Речь идет об обращении к психиатрам задолго до совершения преступления или когда возникает только угроза возбуждения уголовного дела. Естественно, что ни сам человек, ни его родственники не упоминают о грозящем уголовном преследовании. Это может вводить врачей в заблуждение и вызывать диагностические ошибки.

Другой распространенной формой симуляции является **симуляция анамнеза** – сообщение вымышленных сведений о психических расстройствах в прошлом, задолго до деликта. Эта самая частая симуляция, обычно ее трудно проверить (например, упоминание о судорожных припадках в раннем возрасте или о «голосах», имевших место в прошлом), поэтому данные анамнеза оцениваются в совокупности с объективными сведениями, выявляя степень их корреляции.

Симуляция всегда является индивидуальным творчеством, в котором отражаются интеллект, характер симулянта, его жизненный опыт и, конечно, уровень знания психиатрии. Популяризация медицинских знаний привела к тому, что сейчас с тем или иным успехом имитируют достаточно сложные психопатологические синдромы. Редкостью является симуляция определенной клинической формы заболевания, чаще симулируются отдельные симптомы (галлюцинации, бред, расстройство памяти, мутизм) или синдромы (ступор, возбуждение, депрессия).

Выделяются два типа симуляции:

- а) имитационный: испытуемые преимущественно изображают внешние проявления психозов;
- б) вербальный: испытуемые более демонстрируют болезнь на словах, рассказывая о тех или иных симптомах.

Различают несколько вариантов симуляции, возникающей на патологической почве.

Метасимуляция – это искусственное предъявление психических расстройств, имевших место у пациента в прошлом. Чаще всего так поступают подэкспертные, перенесшие алкогольный психоз, в меньшей

мере те, кто перенес реактивные психозы. Клинический пример (цит. по Г.В. Морозову): «Обследуемый О., 34 года, обвиняется в краже.

В возрасте 26 лет перенес травму головы с потерей сознания, после которой жаловался на головную боль, головокружения, стал вспыльчивым, раздражительным. После привлечения к уголовной ответственности по настоящему делу начал вести себя неправильно: отказывался от еды, на все вопросы отвечал “не знаю”, “не помню”.

При поступлении на экспертизу депрессивен, растерян, пуглив. Большую часть времени проводит в постели, укрываясь с головой одеялом, уединяется, отказывается от еды. При упоминании о правонарушении появляется страдальческое выражение лица, начинает плакать. Обвиняет себя в различных неправильных поступках, совершенных в прошлом. Называет окружающую обстановку невыносимой, говорит, что ему “больше не жить”. Временами возбужден, со страхом мечется по палате, говорит, что его преследуют, хотят убить.

В результате проведенного лечения стал заметно живее, активнее. Настроение улучшилось. Начал охотно общаться с окружающими. Перестал высказывать суицидальные мысли. Однако в дальнейшем во время бесед с врачом вновь утверждает, что его преследуют, хотят уничтожить. При этом остается спокойным, о преследовании говорит в одних и тех же выражениях, никак не может пояснить своих высказываний, путается, стремится уйти от уточняющих вопросов. Не сразу отвечает на вопросы, касающиеся его состояния, иногда дает нелепые ответы.

При экспериментально-психологическом обследовании выявлена демонстративность ошибочных ответов. Например, правильно называя сначала красный цвет, затем начинает называть его черным. При выполнении счетных операций дает ответы, отличающиеся от правильного на единицу (например, $5 + 4 = 10$).

Поведение в отделении дифференцированное: в присутствии медицинского персонала стремится быть тихим, с печальным выражением лица одиноко сидит на койке; когда остается в обществе других обследуемых, становится активным, общительным, нередко подстрекает к ссорам и конфликтам.

Заключение: остаточные явления травматического поражения головного мозга. После ареста перенес реактивное состояние, из которого полностью вышел. Рекомендовано признать вменяемым. В настоящее время — симулятивное поведение».

Сверхсимуляция (сюрсимуляция) — когда психически больной начинает сознательно предъявлять признаки иного психического расстройства. Имеет место демонстрация симптомов, не свойственных имеющемуся психическому заболеванию, «не совместимых» с этим заболеванием (например, демонстрируется грубый амнестический синдром при ши-

зофрении). Описаны случаи, когда больные шизофренией изображали перед экспертами судорожные припадки или слабоумие.

Клинический пример (цит. по Г.В. Морозову): «Обследуемый С., 26 лет, обвиняется в попытке изнасилования.

В 20-летнем возрасте у С. появилась тревожность, он стал подозрительным, начал уединяться. Высказывал идеи преследования. Был помещен в психиатрическую больницу, где диагностирована шизофрения. В дальнейшем в связи с обострениями заболевания неоднократно госпитализировался с тем же диагнозом. Из материалов дела известно, что С., встретив на улице гр. О., нанес ей побои и пытался изнасиловать. В первое время в период следствия С. был тревожным, подозрительным, считал, что “все специально подстроено”, вокруг него “заговорщики”, ощущал, как “на полушария мозга оказывают воздействия”. Однако вскоре состояние несколько улучшилось, исчезла тревога, стал понимать что с ним происходило “что-то странное”, “все это казалось”. Он “мог, наконец, собраться с мыслями” и “поэтому решил симулировать”.

При обследовании: демонстративно отказывается от пищи, на вопросы либо не отвечает вообще, либо дает бессмысленные ответы, “стараясь произвести впечатление слабоумного”. Несколько раз в присутствии врачей “устраивал припадки”. Вместе с тем периодически становится тревожным, настороженным, подозрительным, по ночам встает с постели, старается незаметно подойти к окну, к чему-то прислушивается. С волнением рассказывает врачу о своих переживаниях, просит защитить его. При экспериментально-психологическом исследовании были выявлены неадекватность речевых реакций, явления соскальзывания, трудности смысловых дифференцировок.

Заключение: С. страдает хроническим психическим заболеванием в форме шизофрении. Рекомендовано признать невменяемым. Сюр-симуляция».

Аггравация — сознательное усиление имеющихся психических расстройств, например, олигофрены демонстрируют больший интеллектуальный дефект, чем у них есть на самом деле.

Клинический пример (цит. по Г.В. Морозову): «Обследуемая Б., 24 года, обвиняется в краже.

С детства значительно отставала в умственном развитии от сверстников, окончила всего 2 класса. Наблюдается в психоневрологическом диспансере с диагнозом: олигофрения в степени умеренной дебильности. Последние 5–6 лет ведет антиобщественный образ жизни, употребляет спиртные напитки, совершает мелкие кражи. В 19 лет была осуждена за кражу условно. При проведенной тогда амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе была признана вменяемой с диагнозом: олигофрения в степени умеренно выраженной дебильности

с элементами установочного симулятивного поведения. При обследовании правильно ориентируется в сложившейся ситуации. Опрятна, собрана, общается с сохранными больными, соблюдает режим. Во время бесед с врачами заметно волнуется. Нарочито не отвечает или же отвечает неправильно на самые простые вопросы (не называет дней недели, число пальцев на руке и т. п.). При этом объясняет, что больна, что ее “все называют дурочкой”, поэтому ее “надо лечить”. Иногда, замечая недоверие к своим высказываниям, с раздражением заявляет, что “все равно больше двух лет не дадут”.

Заключение: олигофрения в степени умеренно выраженной дебильности. Симулятивное поведение. Рекомендовано признать вменяемой».

Судебно-психиатрическая оценка. Распознавание симуляции обычно представляет сложную задачу. В таких случаях целесообразно назначать стационарную судебно-психиатрическую экспертизу. Помогает заподозрить обман преувеличенность жалоб, излишняя их демонстративность, стереотипное воспроизведение своей истории болезни. При уточнении деталей симулянты обычно путаются в показаниях, в их рассказах могут быть взаимоисключающие признаки, внутренняя противоречивость клинической картины демонстрируемого расстройства. Большое значение для СПЭ имеет расхождение между высказанными жалобами подэкспертного и его поведением, особенно в неформальной обстановке.

Контрольные вопросы

1. Что такое реактивные состояния и какие их виды выделяют?
 2. Что такое критерии Ясперса?
 3. Как проявляется реактивный параноид, его судебно-психиатрическое значение?
 4. Что такое аффективно-шоковые реакции?
 5. Как проявляется ПТСР, его судебно-психиатрическое значение?
 6. Что такое истерические психозы, их основные проявления, судебно-психиатрическое значение?
 7. Какие условия нужны для возникновения исключительного состояния?
 8. Как проявляется патологический аффект? Чем он отличается от физиологического аффекта?
 9. Как проявляется патологическое опьянение? Что является определяющим в его развитии?
 10. У каких лиц может возникнуть просоночное состояние?
 11. Что такое симуляция?
 12. Какие бывают виды симуляции?
 13. Основные виды симуляции на патологической почве.
- Как распознают симуляцию психических расстройств?

11. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПРИ НЕВРОЗАХ И РАССТРОЙСТВАХ ЛИЧНОСТИ

Как неврозы, так и расстройства зрелой личности (ранее называвшиеся психопатии) традиционно относят к пограничным психическим расстройствам. При этой патологии нет нарушений восприятия, т. е. лица с подобными расстройствами правильно отражают окружающий мир. Сбой происходит на этапе обработки информации, однако нарушения мышления не столь значительны, как при психозах, и не лишают этих граждан способности правильно осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий).

У больных неврозами и расстройствами зрелой личности есть проблемы с волевой регуляцией своего поведения, но крайне редко они достигают такого уровня, который бы лишал человека возможности руководить своими действиями в юридически значимой ситуации.

11.1. НЕВРОЗЫ

Невроз развивается как результат взаимодействия двух факторов — личности и окружающей среды. Болезненная реакция возникает, если личность не справляется с задачами, которые ставит перед ней социум. Самая сущность невроза, таким образом, предполагает несоответствие между возможностями, находящимися в распоряжении личности, и теми обязанностями, которые проистекают из наличия определенных социальных отношений.

Развитию неврозов способствуют врожденные особенности нервной системы, а также ослабление организма вследствие каких-нибудь физических заболеваний.

Распространенность. Неврозы очень распространены в современной популяции, особенно в мегаполисах. И в связи с увеличением темпа жизни, ростом информационных нагрузок этих болезней становится все больше. Но многие пациенты не попадают в поле зрения врачей, так как относительно неплохо сохраняют свою трудоспособность и не имеют достаточно психологической культуры, чтобы обратиться к профессионалам и повысить свое качество жизни.

Клинические проявления. Многообразие клинических проявлений неврозов хорошо описано в отечественной и зарубежной литературе. По ведущим признакам и механизму развития заболевания к основным видам неврозов принято относить неврастение, истерию, навязчивые состояния.

Неврастения в обобщенном виде характеризуется, выражаясь словами одного из первых ее исследователей, Н. Bird, сказанными в конце прошлого столетия, «легкой возбудимостью и быстрой истощаемостью нервных функций». Дословно этот термин означает «нервная слабость».

Основная причина развития неврастении — переутомление в результате непосильной работы, длительного умственного напряжения, нездоровых, «невысказанных» отношений между родными и близкими. Все это постоянно «давит» на человека и вызывает у него невротические нарушения. С физиологической точки зрения принято считать, что неврастения определяется слабостью процессов внутреннего торможения или же ослаблением раздражительного процесса в центральной нервной системе. Заболевание может возникнуть у людей с различным типом нервной деятельности, чаще при слабом типе, реже при сильном. Протекает болезнь неровно, периодически наступает ремиссия или ухудшение в зависимости от внешних условий или соматических заболеваний.

Больной начинает замечать не свойственную ему **быструю утомляемость**, затруднения при работе, требующей сосредоточения внимания и усидчивости, потерю спокойствия и внутренней уравновешенности. Появляется **повышенная раздражительность**. Он может из-за пустяка наругать, а потом, успокоившись, сожалеет, что «вышел из себя». У таких больных утрачивается соответствие между силой раздражителя (незначительная неприятность) и интенсивностью реакции (выраженная аффективная вспышка). Усталость и одновременно нервное возбуждение лишают человека четкости и свежести мысли, что необходимо для продуктивной и целенаправленной деятельности. Такие больные ранимы, крайне **чувствительны к обидам**, плохо переносят сильные раздражители (яркий свет и шум).

Больной неврастенией осознает свою «нервную слабость»: у него появляются неуверенность в себе, чувство внутренней напряженности и тревоги. Иногда такие люди жалуется на «плохую память», однако при проверке это не обнаруживается. Дело в том, что всякое напряжение внимания, необходимое для воспоминания, становится для них трудным, тягостным. Ослабление внимания ведет к рассеянности, которая, в свою очередь, способствует плохому запоминанию. Больные неврастенией обычно **не выдерживают длительного напряжения**. Для их деятельности характерно удачное интенсивное «начало» и быстрое падение продуктивности в работе.

На фоне указанных проявлений «нервной слабости», особенно при утомлении, возникают приступы гневных вспышек, которые являются самым ярким, наиболее заметным для окружающих выражением неврастении. **Аффективные вспышки** обычно непродолжительны, но их интенсивность и частота могут постепенно нарастать. В обстанов-

ке, когда вспышка раздражения может особенно сильно повредить больному, например при разговоре со своим начальником на работе, он может сдерживаться. Однако при общении с людьми, в какой-то мере от него зависящими (дома или на работе со своими подчиненными), он как бы «разряжает» накопившееся внутреннее недовольство и напряжение: начинает кричать, грубить, не слушать объяснений, в гневе иногда может ударить. Остановить в этот момент приступ возбуждения очень трудно, но, как правило, он быстро завершается полным бессилием – и физическим, и психическим.

Как и при других видах неврозов, при неврастении **расстраивается сон**. Здоровому человеку, ложащемуся в кровать после рабочего дня, свойственно спокойное состояние. Больным же овладевает множество мыслей, связанных с его работой, с взаимоотношениями с окружающими. Сон у него недостаточно глубокий, беспокоят **тревожные сновидения**, ему не хочется вставать, он вял, плохо себя чувствует, в течение дня сонливость мешает нормально работать. Однако к вечеру состояние выравнивается, появляется даже бодрость, и снова до глубокой ночи человек не может уснуть. Такой ритм сна объясняется тем, что тормозное состояние мозга после ночного сна долго не рассеивается, так же как и возникшее возбуждение (в результате работы, выполняемой «через силу») сохраняется гораздо дольше, чем у здорового человека.

Почти постоянным спутником неврастения является **головная боль**. Наряду с этим пациент отмечает неприятные ощущения во внутренних органах, прежде всего в сердце, а также в желудке, кишечнике, печени и т. д., потому что сигналы, поступающие из внутренних органов в кору головного мозга, не «затормаживаются» подкорковыми структурами мозга должным образом и вызывают состояние дискомфорта.

Бодрый, веселый, жизнерадостный человек, заболевая неврастением, становится унылым, малообщительным, мнительным, у него появляется усталая, расслабленная походка. Волнение и удрученность вызывают сердцебиение, частый пульс, сопровождаемые дрожью, обильной потливостью, головокружением; могут наблюдаться приступы удушья, учащенное или затрудненное дыхание; запор, снижение аппетита, нередко учащенное мочеиспускание. Часто неврастения сопровождается различными нарушениями половой функции, которые из-за мнительности больных вызывают у них сильную тревогу и еще более ухудшают общее состояние.

Истерический невроз. Название этого невроза происходит от греческого слова «hystera» (матка), врачи Древнего мира были убеждены, что матка может смещаться с привычного места и путешествовать по организму, вызывая различные расстройства здоровья. Долгое время бытовало мнение, что истерией страдают только женщины. Сегодня

подобная точка зрения представляет только исторический интерес, истерией болеют и женщины, и мужчины. У женщин истерический невроз чаще проявляется в виде сенсорных и двигательных нарушений, это более заметно окружающими. Мужчины же чаще демонстрируют вегетативные проявления истерии, которые не всегда правильно квалифицируют и нередко принимают за симптомы соматических или неврологических болезней.

Истерия может начаться в детстве, но чаще болезнь впервые проявляется в 16–25-летнем возрасте. Протекает она различно в зависимости от индивидуальных особенностей организма, у некоторых больных все симптомы проходят с наступлением периода зрелости, а у других сохраняются на долгие годы. Под влиянием неблагоприятных жизненных ситуаций истерические проявления обычно усиливаются, если же нет травмирующих нервную систему обстоятельств, а также благодаря лечению болезнь значительно ослабевает и практически не мешает человеку жить и работать.

Обычно человек, страдающий истерическим неврозом, стремится **привлечь внимание окружающих** и с этой целью изображает себя несчастным, обиженным или, наоборот, превозносит собственные заслуги. При этом можно отметить **демонстративность, театральность**, а нередко и фальшивость в поведении такого человека, он как бы постоянно «играет» придуманную им самим роль. П.Б. Ганнушкин (1934) писал, что в балансе психической жизни людей, страдающих истерией, первостепенную роль играют внешние впечатления, человек «не углублен в свои внутренние переживания (как это делает хотя бы психастеник), он ни на минуту не забывает происходящего кругом, но его реакция на окружающее является крайне своеобразной и прежде всего избирательной». Для больного истерией реальный мир «приобретает своеобразные, причудливые очертания; объективный критерий для него утрачен, и это часто дает повод окружающим обвинять истеричного в лучшем случае во лжи и притворстве».

Истерию называли раньше «великой притворщицей», «великой симулянткой», имея в виду не преднамеренную симуляцию, а невольное, неосознанное подражание окружающим. Человек, страдающий истерией, **легко подвергается внушению**, по существу он не в состоянии воспринимать разницу между фантазией и действительностью. Под влиянием сильных впечатлений у него некоторые мыслительные образы, принимая патологическую яркость, превращаются в ощущения, вытесняя иногда из сознания окружающую реальность.

Истерический невроз проявляется тремя группами симптомов:

1. **Вегетативные расстройства**: обмороки, вегетативные кризы с учащенным сердцебиением, головокружением, тошнотой, спазмами в желудке и т. д. Как правило, в эти моменты больные находятся в об-

шестве и требуют неотложной медицинской помощи, сопровождая симптомы утверждениями «я умираю».

2. Двигательные нарушения: в виде гиперкинезов – произвольных движений по типу вздрагиваний, дрожи в теле, подергиваний головы, конечностей. Реже бывают истерические параличи. Истерический паралич обычно является ответом на какое-то неприятное переживание. Парализуется одна или обе (очень редко все) конечности. Значительно чаще развиваются контрактуры рук или ног: отдельные пальцы неподвижно застывают в неестественном, «странном» положении. Отмечается своеобразное нарушение способности стоять и ходить: в постели больной активно выполняет все движения, но, становясь на ноги, падает «как подкошенный». В этом наглядно проявляется характерная для истерии тенденция больных не преодолевать возникшее у них нарушение (например, «паралич»), а даже подчеркивать его. Обычно они часто противятся попытке врача согнуть или разогнуть их «парализованные» конечности.

3. Сенсорные нарушения: расстройства чувствительности – выпадают все виды чувствительности (болевая, температурная, тактильная) на всем теле или на отдельных участках. В иных случаях наблюдаются болевые ощущения в различных частях тела. От волнения больные истерией могут временно терять речь, слепнуть (истерическая глухота, истерическая слепота).

Кроме вышеперечисленных признаков на фоне психотравмирующих событий у таких людей могут развиваться судороги конечностей, летаргический сон. А также возникают истерические припадки, которые, как правило, начинаются с громкого плача, крика, хохота, их сменяет двигательное возбуждение и отдельные судорожные подергивания. Иногда больной во время припадка падает, у него бывают резко напряжены мышцы, в редких случаях он лежит на спине, изогнув тело дугой. Такой припадок длится от нескольких до десятков минут. На высоте истерического припадка у больного сужается сознание и резко снижается внимание, что в ряде случаев ведет к кратковременной потере памяти.

В современных условиях подобные припадки крайне редки. Обычно больные, особенно мужчины, демонстрируют подобие гипертонического криза или сердечного приступа.

При истерическом неврозе могут наблюдаться **диссоциативные (конверсионные) расстройства**. Это расстройства, которые выражаются в утрате сознательного контроля над памятью и ощущениями, с одной стороны, и над контролированием движений тела – с другой. Подобные нарушения могут возникать у больных в связи с серьезными психотравмами, субъективно неразрешимыми конфликтами. Количество случаев диссоциативных расстройств возрастает при техногенных или природных катастрофах, военных действиях.

Клинический пример диссоциативной амнезии (цит. по В.П. Самохвалову): «Пациент М., 34 года, обратился в отделение милиции в связи с тем, что не помнит, как оказался в городе. С. дезориентирован во времени, называет дату на месяц назад от реальной. Восстановление событий прошлого позволило установить, что он перенес серию психических травм в короткий промежуток времени — от утраты близких родственников до экономического краха. Взял документы, необходимые вещи и ушел из дома. Удастся вспомнить некоторые события прошедшего месяца, но лишь фрагментарно, например, как сажился на поезд, останавливался у родственников в ближайшем городе. При неврологическом обследовании и ЭЭГ патологии не обнаружено. Периоды амнезии не возобновлялись. Через 2 недели восстановление памяти было практически полным».

Иногда провалы в памяти сочетаются со стремлением пациента куда-то ехать. Оказавшись в незнакомом месте, человек не может вспомнить свое прошлое, свое имя, профессию. Подобные случаи часто описываются как «биографическая амнезия», подобные граждане помещаются в психиатрическую больницу.

Клинический пример (цит. по В.П. Самохвалову): «Пациент Д., 36 лет, конституционально — нормастеник, вдруг обнаруживает себя летним днем на берегу теплого Черного моря и не знает, кто он и как здесь оказался. Он обращается в газетный киоск и понимает, что находится в Крыму, а точнее, в Феодосии, там же он узнает год и дату. Далее он идет в справочное бюро и задает странный вопрос: “Возможно ли получение справки о том, кто я такой?” Он помнит себя только от той даты, когда он оказался в Феодосии, и более ничего. Он препровождается в ближайшую психиатрическую больницу, в которой значится как Неизвестный Иван Иванович. Но дело в том, что сам И.И. хотел бы выяснить, кто он такой.

У него нет сновидений, он никого не узнает, он не знает страны, но некоторые результаты расследования ему удаются. В этот период по телевидению идет экранизация фильма по роману Болеслава Пруса “Фараон”. Наблюдая декорации, И.И. вдруг замечает, что он прекрасно знает историю Египта, многие символы, он может прочесть целый иероглифический текст. Заинтересовавшись этим, он зарисовывает ряд иероглифов и замечает, что хорошо рисует. Кроме того, выяснилось, что И.И. знает английский и французский языки и помнит кое-что из классической литературы. У него каллиграфический почерк. Между тем двухмесячный поиск не дал результатов, и И.И. был переведен в Республиканскую психиатрическую больницу № 1. Дополнительные методы обследования не проясняли ситуацию с диагнозом, хотя все склонялись к предположению о диссоциативной амнезии. Однажды в отделении он случайно услышал фамилию, которая по со-

звучию напомнила ему свою — настоящую, в течение нескольких секунд он вспомнил все. Он, например, вспомнил, что окончил Ленинградский университет, исторический факультет, и под руководством известного ученого Кнорозова занимался расшифровкой египетских иероглифов и письменности майя, что затем он был журналистом и сделал головокружительную карьеру, в возрасте 34 лет стал главным редактором областной газеты в городе С., что для тех времен предполагало длинный путь, у него жена и двое детей, которые живут в С. Но на протяжении последних месяцев у него неприятности, стало известно о его эротических приключениях, он опубликовал не ту статью, которую нужно было, и понял, что занялся вовсе не своим делом.

Этот экзистенциальный кризис И.И. разрешает просто: утром он выходит из дома, едет на вокзал и садится, как он уверяет, на первый попавшийся поезд без единого рубля в кармане и без документов. “Случайный поезд”, однако, был на самом деле не случаен. Когда ему было 5 лет, к нему приезжал дядя — морской офицер, который служил в Феодосии и рассказывал ему о галерее Айвазовского и о Черном море. Он никогда потом не мог припомнить детали этих рассказов, но у него была репродукция “Девятого вала”. Стресс приводит И.И. в нереализованное прошлое, в котором хранится эмоционально значимое воспоминание. Вспомнив свой телефон, он звонит домой к радостим домочадцев, которые не могут его найти уже 3 месяца, но, возвращаясь домой, он не может приступить к прежней работе, бросает все, разводится с женой и переезжает в Санкт-Петербург к родителям, возвращается к научной деятельности. Амнезии не возобновляются. По описаниям родителей, “он как будто сбросил груз лет и вновь стал таким, как раньше”».

В редких случаях у истероидных больных наблюдаются **трансы и состояния овладения**. Это выражается в потере чувства личностной идентичности и осознания окружающего. Больной убежден, что в него вселяется нечто и его поведение управляется другой личностью, духом, божеством, неведомой силой.

Клинический пример (цит. по В.П. Самохвалову): «Сотрудник уголовного розыска Л., 37 лет, после службы в армии и окончания школы милиции пытался себя проявить на оперативной работе, но безуспешно, по словам начальства, “не хватало сообразительности”, последние несколько месяцев была серия неудач и трудностей на службе. Состоит в первом браке, взаимоотношения с женой хорошие, в семье растет сын. Однажды вышел из дома утром на службу и не вернулся. Якобы кто-то из сослуживцев видел его в Евпатории, совершенно оборванным. Доставлен из Николаевской психиатрической больницы родителями, которые живут недалеко от Николаева, где оказался примерно через месяц после исчезновения. С его слов, помнит, как ехал в электричке, добрался до Евпатории, почему-то босиком, в майке и

джинсах, забыл, кто он такой, не знал, где находится. Решил двигаться вдоль моря (в сторону Севастополя), шел пешком, питался фруктами и овощами с огородов, ловил рыбу, ел ее сырой, собирал мидий. Своего движения объяснить не может. “Вела какая-то сила”. Однажды уснул под яблоней, приснился сон. Некий старец говорил ему, что он должен двигаться в сторону Николаева, называл ему его имя, сказал, что будет его сопровождать.

Проснувшись, подошел к отдыхающим на пляже и спросил, как добраться до Николаева, посоветовали дойти до Симферополя и показали направление.

Через несколько дней оказался в городе, совсем рядом с местом своей службы, но ничего не узнал. Самого Л. уже трудно было узнать, он оброс, загорел и совершенно обтрепался, чудом ему удалось избежать столкновения с милицией (“я их чувствовал, хотя не понимал смысл исходящей от них опасности”). Пересаживаясь с одного товарного поезда на другой, добрался до Николаева и долго бродил по городу, “что-то искал, но что, не понимал”, “как будто старец по-прежнему его сопровождал”. Оказавшись рядом с неким домом, был узан женщиной, своей двоюродной сестрой, которая не видела его последние 10 лет. Она его накормила и сопроводила к родителям, которые рассказали ему его историю. Родителей не видел много лет, но ощущал к ним теплое отношение, “хотя полностью их не узнавал”. Когда приехала его жена, был удивлен, что мог на ней жениться, правда, было воспоминание, что танцевал с ней на выпускном вечере. В дальнейшем отношения с женой так и не восстановились. Стал писать стихи (период стихосложения был в 14 лет). На службу вернуться не мог, “ничего не понимал и не помнил”. Появились интересы, которых никогда не было, например, нравилось возиться с домашними животными и в огороде. Совершенно не мог адаптироваться в городе, пугали машины, не знал, как переходить улицу, раздражали телевизор и радио. Жена, не утратившая надежду вернуть Л. в семью, старалась брать его в отпуск, но безуспешно. После выписки он покинул семью и поселился в домике своих родителей, занимался подсобным хозяйством и отказывался встречаться с женой и детьми».

Невроз навязчивых состояний. Для этого невроза характерно появление навязчивых мыслей, воспоминаний страхов, желаний, нелепость и нереальность которых больные понимают, но избавиться, «отвязаться» от них не могут. С некоторой долей условности различают навязчивости:

Идеаторные: навязчивые мысли, навязчивый счет, перечисления и т. д. Больной часами может размышлять о каких-то абстрактных философских проблемах (умственная жвачка), сознавая ненужность этих мыслей для него лично.

Клинический пример (цит. по В.П. Самохвалову): «Пациент К., 26 лет. После окончания медицинского университета стал работать терапевтом. По характеру всегда был мнительным и прислушивался к своим самоощущениям. Однажды, покупая сигарету в киоске, нагнулся, будучи высокого роста, перед козырьком, прикрывающим окошко. Представил себе, что могло бы произойти, если бы он не наклонился вовремя, так как край козырька был очень острым. В дальнейшем у него всякий раз возникали навязчивые мысли “о срезании части” головы, когда он видел киоски. Затем стали возникать странные навязчивые страхи потерять часть своего тела (чаще руку или ногу), рядом с которой проезжает автомобиль. Эти страхи возникли тогда, когда он, неосторожно переходя улицу, слегка прикоснулся ногой к затормозившему автомобилю. Кроме того, он боялся, что среди его пациентов может быть больной СПИДом, который он не диагностирует. Мысли о возможности заражения вновь и вновь возвращались к нему. Для каждого из страхов у него был ритуал: когда он приближался к киоску, он всегда надевал странную шапочку; когда шел рядом с дорогой — выставял портфель со стороны дороги; когда работал с пациентами, закрывался маской, ссылаясь на простуду. Навязчивости сменяли одна другую. Наконец, рассматривая свои руки, он обратил внимание на странные пузырьки и стал их сдирать, эти компульсии у него закрепились и привели к появлению многочисленных ранок на руках, которые он столь же настойчиво начал лечить у дерматологов».

Фобии: самые распространенные страхи — страх смерти, клаустрофобия (закрытого пространства), страх высоты (акрофобия), страх заразиться микробами (мизофобия). В настоящее время описано более 500 страхов. Иногда они серьезно мешают больному человеку жить и работать. Например, агорафобия (страх открытого пространства) способна посадить человека под домашний арест. Больной боится выходить из дома из-за страха, что на улице ему станет плохо с сердцем, резко поднимется давление, и он умрет. Боязнь покраснеть при людях приводит к замкнутости, ограничению социальных контактов. Страх заболеть неизлечимым заболеванием толкает пациента на многочисленные медицинские исследования. Защищаясь от собственных страхов (и полностью осознавая их нелепость), больные иногда придумывают ритуалы — ряд специальных действий. Например, поднимаясь по лестнице, «чтобы не упасть и не сломать ногу», через каждые три ступеньки человек останавливается и производит своеобразный «ритуальный обряд» — два раза подпрыгивает на одной ноге.

Клинический пример (цит. по В.П. Самохвалову): «Пациентка У., 35 лет. Работает заведующей магазином. Жалуется на страх выйти из дома, страх усиливается при переходе улиц, посещении парка, через который пролегает ее путь на работу. Живя недалеко от места рабо-

ты, вынуждена вызывать машину. При перемещении в другие места, например в магазин, страх отсутствует. В результате генерализации страха вообще перестала выходить на работу. Во время страха возникают дрожь в ногах, растерянность, ощущения головокружения, “все расплывается перед глазами”, страх смерти. Впервые страх появился год назад, после смерти мужа, испытывала чувство вины, поскольку последние годы скрывала от него свою тайную внебрачную любовь. В результате психоаналитической работы осознала свой страх как опасение, что ее увидят в месте свиданий с возлюбленным, который обыкновенно встречал ее по пути с работы именно в парке. Это опасение связывала с осуждением ее как “возможной убийцы мужа”».

Клинический пример (цит. по В.П. Самохвалову): «Пациент Л., 24 года, студент юридического института. Живет вместе с матерью. Первые жалобы возникли два года назад после развода родителей. Заметил, что перед выходом из дома должен еще некоторое время посидеть в туалете, так как “что-то после дефекации еще остается”. В дальнейшем страх генерализуется. Внимательно исследует маршрут до места учебы, есть ли по дороге туалеты на случай возникновения внезапных позывов, далеко ли эти туалеты до маршрута движения его автобуса, “как там все устроено”. Если занятия затягиваются, чувствует страх “опозориться” и выпустить газы (пектофобия). Заметил также, что когда мать оказывается дома, ему не нужно повторять дефекацию. Проблемы возникли тогда, когда на практику ему пришлось ехать на электричке, в которой не было туалета. Для предотвращения возможного неудержания кала он был вынужден надевать памперсы, а затем их снимать незаметно. Единственное, что его выручало — изменение ритма питания, приходилось сильно наесться утром, но совершенно не есть во второй половине дня, в этом случае дефекация происходила поздно вечером, и утром он был спокоен. Фобия не распространялась на мочеиспускание, которое он мог вполне контролировать. Страх связан с детским воспоминанием о наказании отцом за то, что он долго сидит в туалете и там даже читает. Это наказание в детстве, как он помнил, стало источником первых конфликтов между отцом и матерью».

Двигательные (компульсии) — навязчивое движение, например мытье рук в течение нескольких часов, выдергивание волос, откусывание ногтей и т. д.

Судебно-психиатрическая оценка: больные неврозами сохраняют способность адекватно отражать окружающую реальность, осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) и руководить ими. Однако наличие психопатологии следует учитывать и назначать этим лицам комплексную психолого-психиатрическую экспертизу для решения вопросов в рамках ст. 22 УК РФ.

11.2. РАССТРОЙСТВА ЗРЕЛОЙ ЛИЧНОСТИ

Расстройства зрелой личности (психопатии) – патологические состояния, характеризующиеся дисгармоничностью психического склада личности. По словам выдающегося московского психиатра П.Б. Ганнушкина, эта аномалия характера определяет психический облик, накладывая властный отпечаток на весь душевный склад, в течение жизни не подвергается резким изменениям и мешает приспособиться к окружающей среде. Эти признаки О.В. Кербиковым были положены в основу диагностических **критериев психопатии**:

1) тотальность патологических черт характера, они проявляются везде – дома и на работе, в труде и на отдыхе, в условиях обыденных и при эмоциональных стрессах;

2) стабильность патологических черт характера: они сохраняются на протяжении всей жизни, хотя впервые выявляются в разном возрасте, чаще всего в подростковом, иногда с детства, реже при повзрослении;

3) социальная дезадаптация является следствием именно патологических черт характера, а не обусловлена неблагоприятной средой.

Если патологические черты характера выражены незначительно и не препятствуют успешной адаптации человека в окружающей среде, то говорят об **акцентуации характера**. Понятие «акцентуации личности» или «акцентуации характера» ввел в психиатрию Карл Леонгард в 50-е гг. XX в., указав, что в случаях акцентуаций есть лишь количественные отклонения от некоего стандарта личности – это промежуточное звено между психопатией и психическим здоровьем. А.Е. Личко (1983) определяет акцентуации характера как крайние варианты его нормы, при которых отдельные черты чрезмерно усилены, отчего обнаруживается избирательная уязвимость для определенных психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

Многообразие психопатологических проявлений расстройств зрелой личности, различие в их динамике, условиях возникновения дали основания к выделению клинических вариантов. В настоящее время различают:

1. Конституциональные (генуинные, «ядерные») психопатии – обусловлены наследственностью и проявляются даже при самых благоприятных условиях непосредственного социального окружения. Обычно у кого-то из родителей, братьев или сестер или других кровных родственников удается проследить подобные патологические черты характера.

2. Психопатическое (патохарактерологическое) развитие – является следствием неправильного воспитания или продолжительного негативного влияния окружающей среды, особенно если это приходится на подростковый возраст – период становления характера. Однако далеко

не у всех под влиянием одинаковых хронических психогенных факторов наступает психопатическое развитие. Неблагоприятные влияния должны упасть на подходящую почву, которой чаще всего служит акцентуация характера. При этом необходимо не просто любое продолжительное неблагоприятное социально-психологическое воздействие, а лишь такое, которое адресуется к «месту наименьшего сопротивления» данного типа акцентуации. Лишь исключительно тяжелые условия способны сформировать расстройство личности на любой почве (например, воспитание с раннего детства до юности в закрытом учреждении с суровым режимом и жесткими взаимоотношениями).

3. Органические психопатии являются результатом внутриутробных вредных воздействий, а также воздействий в период родов и первые 2–3 года жизни на формирующийся мозг. Этими вредностями могут быть тяжелые токсикозы беременности, травмы плода во время беременности и родов, внутриутробные и ранние мозговые инфекции и нейроинтоксикации, длительные истощающие соматические заболевания с первых месяцев жизни.

4. Психопатоподобные расстройства на почве остаточных явлений органических поражений мозга возникают после черепно-мозговых травм, мозговых инфекций и нейроинтоксикаций, перенесенных в возрасте, когда формирование мозга уже завершено, т. е. после 3–4 лет.

Распространенность. Оценка распространенности психопатий затруднительна, так как лица с психопатией попадают под наблюдение врачей при декомпенсации их состояний или в случаях нарушения законов. Среди лиц, направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу, психопатические личности составляют от 8 до 12%.

Клинические проявления. Расстройства зрелой личности отличаются от заболеваний в собственном смысле этого слова, в том числе и от психических. Они тесно интегрированы с особенностями личности, ее установками, в то время как болезни, включая и психические, являются чем-то чуждым для личности больного. Динамика личностного расстройства имеет особенности: отсутствуют спонтанные ремиссии или выздоровление; в лечении ведущее значение принадлежит коррекции личности и перестройке отношения личности к себе и окружающему.

Для расстройства зрелой личности не характерны нарушения восприятия, памяти, сознания. Нет интеллектуального снижения и грубых нарушений мышления. Вместе с тем психопатические личности отличаются обычно несколько особым складом мышления в оценке своего «Я», понимания своей роли в межличностных отношениях. Имеется тенденция к одностороннему отбору информации, т. е. той информации, которая отвечает установкам личности и имеет для нее особую эмоциональную значимость. В то же время другая информация, не отвечающая или противоречащая этим критериям, игнорируется и отвер-

гается. В связи с этим самооценка и понимание сущности межличностных отношений, особенно когда затрагиваются их интересы, бывают далеко не объективными и порой ошибочными. На этом основании некоторые исследователи указывали на относительную интеллектуальную недостаточность больных психопатией. Этим же объясняется известный факт, что больные психопатией не в состоянии полностью извлекать необходимый урок из своих ошибок. Проявляя известную несостоятельность в оценке эмоционально значимых для них явлений и событий, в понимании абстрактных категорий они обнаруживают те же способности и возможности, что и психически здоровые люди.

Наиболее выраженные нарушения у психопатичных личностей наблюдаются в **эмоциональной и волевой сферах**. Эмоциональные реакции, проявления у одних отличаются чрезмерной выраженностью с бурными вспышками гнева и агрессивным поведением, у других — с переживанием чувства собственной неполноценности, постоянной тревоги, страха. Это послужило основанием считать психопатами тех, от особенностей которых страдают окружающие или они сами (К. Шнайдер).

Нарушения волевой сферы проявляются в недостаточном контроле своего поведения. При полном осознании своих поступков больные с расстройствами зрелой личности не могут в полной мере руководить ими. Им свойственны различные нарушения влечений, например, импульсивные влечения (клептомания, пиромания, дромомания). Не редкость извращения инстинктивной жизни, особенно часто наблюдаются половые девиации или парафилии.

Возможность адаптации в жизни при психопатических расстройствах зависит от двух предпосылок: выраженности дисгармоничности личности и внешних факторов. Психопатическая личность может быть удовлетворительно адаптирована в благоприятных для нее условиях (состояние компенсации) и дезадаптирована с яркой выраженностью свойственных ей психопатических проявлений, в том числе и невротических, при неблагоприятных условиях (декомпенсация). Невротические симптомы постоянно сопровождают состояния декомпенсации и могут возникнуть под влиянием как неблагоприятных факторов, так и в связи с особенностями динамики психопатии. Неблагоприятными факторами могут быть соматические и инфекционные заболевания, интоксикации, эмоциональные стрессы. Здесь следует отметить, что психопатические личности часто сами создают патогенные (конфликтные) для себя ситуации.

Основные типы расстройства зрелой личности

Шизоидное расстройство личности может сформироваться при воспитании эмоционально холодной и отчужденной матерью, которая мало

считается с интересами ребенка. Этот тип характеризуется эмоциональной холодностью и неспособностью выражать теплые чувства и привязанности, скрытностью, патологической замкнутостью и недостатком контактов с другими людьми, неспособностью переживать наслаждение, оторванностью от реальности и погруженностью в свой внутренний мир.

Ограниченность контактов с окружающими вызвана не болезненной застенчивостью и стеснительностью, как при других типах, а неумением строить отношения с людьми и отсутствием внутренней потребности в общении. Из-за этого у окружающих возникает особое отношение к шизоидам: их считают странными, их сторонятся. Но одиночество не особо тяготит таких людей, они погружаются в мир своих богатых фантазий, углубляются в книги и свои увлечения.

Необычность эмоциональной жизни шизоидов проявляется и в том, что они способны тонко чувствовать воображаемые образы, но неспособны понять простые эмоции близких людей и откликаться на них. Они готовы к самопожертвованию ради высшей идеи, торжества отвлеченных концепций общечеловеческого масштаба, а то, что происходит с близким человеком, находящимся рядом, не замечают. Недостаток интуиции у шизоидов считается их наиболее важным дефектом. Из-за своей неспособности почувствовать чужое эмоциональное состояние они часто слышат черствыми и грубыми людьми, допускают бестактные поступки. По этой же причине они не способны установить и постоянные сексуальные контакты, заменяя их различными фантазиями, а порой и сексуальными перверсиями.

Парадоксальны все проявления их психической деятельности — они могут быть податливы, внушаемы и легковверны и одновременно настороженны, упрямы. Увлечение личным творчеством или интересующей шизоида теоретической разработкой порой сочетается с пассивностью в решении простых житейских проблем.

Алкоголь употребляют мало, так как он не приносит им желанного облегчения. Особенности психического склада предрасполагают к суицидам. Правонарушения совершают редко, обычно в одиночку, их преступления отличаются оригинальностью и тщательностью подготовки.

Клинический пример (цит. по В.П. Самохвалову): «Пациент Г., 32 года. С детства отличается замкнутым характером. Друзей никогда не было. В школе успехи неровные, имел отличные успехи по физике и математике и удовлетворительные по литературе, не мог выучить ни одного стихотворения, поскольку не понимал их смысл. Был источником всеобщих насмешек, так как ходил в одном пальто много лет и давно из него вырос. Отказывался от совместных праздников, на которых ему было скучно. Воспитывался требовательной, гиперпротективной матерью, для которой был единственной отрадой. После окончания педагогического университета стал работать учителем

физики. Женился в возрасте 30 лет, однако считал, что половая жизнь необходима только для рождения детей. Намерен “завести” ребенка лет через 10. Дома поселился в отдельной комнатке, которую завалил сломанной радио- и электронной аппаратурой. По уверениям жены, не способен забить гвоздь. На работе характеризуется как блеклый, но надежный работник. В период болезни жены и ее пребывания в больнице даже не посещал ее, так как считал, что ничем ей помочь не может. Требования жены к проведению ремонта привели его в уныние и стали мешать его работе, поскольку никак не мог собраться. В результате конфликта ушел к матери, которая предоставила ему полную свободу действий. Однако, поскольку она жила далеко от работы, вынужден ее был бросить, так как постоянно опаздывал. Мышление витиеватое, резонерское, аутистическое. Имеет свои представления обо всем, совершенно не интересуется социальной действительностью, о которой следит только по курсу доллара».

Параноидное расстройство личности может формироваться с детства как результат базового недоверия к окружающему миру.

Таким людям характерны подозрительность и уверенность, что окружающие желают им только зла, завидуют их успехам, благополучию и т. д. На этой почве у больных часто возникают межличностные конфликты в коллективе на работе, по месту жительства. Склонны все свои провалы, ошибки и неудачи объяснять происками врагов и недоброжелателей, из-за чего бывают вынуждены менять место работы, уходят, как правило, со скандалом. Для них характерно сутяжничество – патологическая склонность отстаивать свои интересы в суде. Судятся много и охотно, их не смущает мелочность предмета судебного разбирательства, они готовы отстаивать «правду» до последнего. В семейных отношениях известны как страшные ревнивцы, при этом сами не считают себя обязанными соблюдать верность партнеру.

Клинический пример (цит. по В.П. Самохвалову): «Пациент К., 45 лет. В детстве отличался стеничным и прямым характером, постоянно был в конфликте со сверстниками в школе и на улице, а также с учителями, которые его считали заносчивым. Настаивал на своем мнении, даже когда убеждался в том, что оно неверно. Уверенно заявляет, что учился лучше всех, а удовлетворительные оценки ему ставили “из зависти”. Любил дружить со старшими ребятами, которых использовал в конфликтах со сверстниками. Никому не доверял и считал, что его незаслуженно оценивают как родители, так и друзья. После окончания экономического факультета работал в фирмах по продаже нефти, но успеха не достиг, поскольку постоянно конфликтовал с вышестоящими руководителями, доказывая им приоритет своих предложений. Женат, имеет двоих сыновей. Менял места работы и жительства. Постоянно все

не устраивало. Непрерывно судился по пустякам. Проживая на первом этаже, устроил скандал с соседом, который оставил машину у его окна, затем подал на него в суд за моральный ущерб. Занимая деньги, отдавал их неохотно, указывая на то, что неправильно составлены расписки. Подряд вел три, а иногда четыре суда. Иски о моральном ущербе все увеличивал, но ни одного суда выиграть не мог. Убеждался в том, что вокруг него заговор. Писал в комитеты по правам человека и Страсбургский суд, особенно указывая на гражданское дело, когда ему отказали в иске на «форму козырька на балконе второго этажа у соседа». По его мнению, этот козырек специально сделан таким образом, чтобы, спланировав, он упал на него или членов его семьи. Дома требовал безусловного подчинения и уважения, не переносит критики. Ссорился с женой из-за того, что она специально ярко одевается, чтобы привлекать внимание мужчин. В период судебной борьбы плохо спал, видел перед закрытыми глазами многочисленные заявления и специально им заведенную картотеку судебных ошибок. Именно в связи с бессонницей и согласился на консультацию психиатра».

Дисоциальное расстройство личности. Формируется обычно при воспитании в семьях, где недостаток любви и внимания к детям, а также безнадзорность.

Крайняя выраженность неустойчивости поведения с уклонением от учебы и труда, постоянной жадой легких развлечений, праздным образом жизни приводит к полной социальной дезадаптации. Склонны к правонарушениям начиная с детского возраста: побеги из дома, драки, кражи. Часто такое поведение заканчивается участием в серьезных групповых преступлениях. Ранняя и регулярная алкоголизация завершается формированием алкоголизма еще в молодом возрасте.

Дисоциальные личности пренебрегают всеми моральными нормами, равнодушны к переживаниям других людей, даже очень близких. Подобные граждане не способны испытывать чувство вины за содеянное, делать выводы из своих ошибок. Легко проявляют агрессию, особенно в состоянии алкогольного опьянения, могут проявлять чрезмерную жестокость, так как не чувствуют чужой боли.

Клинический пример (цит. по В.П. Самохвалову): «Пациент Г., 40 лет. В детстве отличался лживостью, неровными успехами в учебе, являясь единственным ребенком, был опекаем, но постоянно ускользал от родительского контроля. Первые уходы из школы и дома были зафиксированы уже в возрасте 10 лет. На наказания никак не реагировал. Стал воровать деньги у родителей и на них покупал алкоголь. С криминальными компаниями познакомился в 12 лет. Благодаря социальному положению родителей окончил среднюю школу и был определен в школу милиции. Однако ее не окончил в связи с тем,

что приходил на занятия в нетрезвом состоянии. Упреки родителей и воспитательные меры ни к чему не приводили. Дважды был судим за кражи, но по возвращении из заключений никаких выводов не сделал. Для того чтобы получить деньги, которые проигрывал в казино, распускал слух о смерти отца и собирал деньги на его похороны, под гарантии его имени занимал значительные суммы. Последние годы не имеет определенного места жительства и занимается воровством цветных металлов и сбором пустых бутылок на свалках. При беседе безмятежно уверяет, что такой образ жизни ему нравится, и обвиняет родителей в том, что они не помогают ему материально».

Истерическое расстройство личности. Главной чертой является эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания окружающих к своей персоне, потребность вызывать восхищение, удивление, почитание, сочувствие. Иногда они предпочитают даже негодование и ненависть в отношении себя, но только не перспективу остаться незамеченным. Все остальные качества определяются этой чертой. Лживость и фантазирование направлены на приукрашивание своей личности с целью привлечь к себе внимание. Кажущаяся эмоциональность оборачивается отсутствием глубоких чувств, театральностью переживаний.

Подобные черты проявляются с детства, истероиды охотно участвуют в художественной самодетельности в детском саду и школе, чтобы побыть в центре внимания. В подростковом возрасте с целью привлечения внимания используются нарушения поведения: прогулы, явное нежелание работать и учиться, мелкое хулиганство в общественных местах. В этом возрасте закладывается противоречие между уровнем притязания данных людей и их реальными возможностями и успехами.

Склонны к демонстративной алкоголизации, которую преувеличивают, иногда совершают демонстративные побеги из дома и не менее демонстративные суицидальные попытки.

Отдельные истероиды привлекают к себе внимание, сочиняя истории про свои мнимые болезни и проблемы, с целью разжалобить окружающих, вызвать у них сочувствие. Другие в вымышленных рассказах выставляют себя в роли героев, отважных путешественников, великих изобретателей и т. д. Возможное разоблачение ничуть не пугает истероидных психопатов, даже будучи изобличенными во лжи, они не смущаются и отправляются искать другую компанию, других слушателей своих выдумок.

Удары по эгоцентризму являются самыми чувствительными для истероидной натуры. Неспособность занять видное положение, утрата внимания со стороны значимых лиц – все это может привести к декомпенсации, проявляющейся снижением настроения и демонстративными нарушениями поведения.

Клинический пример (цит. по В.П. Самохвалову): «Пациентка Т., 23 года, наблюдается на протяжении 9 лет. В возрасте 4 лет отличалась живым, непоседливым характером, воспитывалась мамой и бабушкой, которые имели нереализованные претензии на поэтическое творчество. Бабушка во время сна читала ей стихи, и Т. начала днем говорить только стихами. Она росла требовательной и устраивала истерики по всякому поводу. В момент требований она падала на пол, закатывала глаза, выгибалась дугой. Ее интерес к поэзии поддерживался матерью и бабушкой, которые прочили ей небывалое будущее. В возрасте 6 лет она действительно завоевывает первое место на международном поэтическом конкурсе. Ее знакомство со значительными поэтами подчеркивает укрепляющуюся значимость таланта. Читая стихи, она ходит, поднимает руки вверх, закатывает глаза и вытягивает шею. Однако уже в этом возрасте она иногда жаловалась на ощущение колка в горле, предъявляла неадекватные требования. Например, будучи недовольной цветом заката, устраивала истерику матери, настаивала на посещении морга, “чтобы увидеть лица смерти”. Из-за поэзии обучение в школе носило формальный характер, бабушка и мать играли роль служанок, которые должны исполнять ее желания. В 14 лет начала употреблять алкоголь и вести беспорядочную половую жизнь. В 16 лет вышла замуж за 72-летнего писателя из США, однако, оказавшись с границей, почувствовала себя никому не нужной, а жизнь бессмысленной. Продолжала употреблять спиртное и марихуану, через два года развелась и вернулась домой. Стихи более не пишет, но собирает большие компании, ведет жизнь “путаны”. Одежда отличается экстравагантной яркостью, говорит грубым и низким голосом, постоянно курит».

Ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности. Основные черты — это нерешительность, неуверенность в себе, чувство собственной неполноценности, склонность к постоянным сомнениям и трудности в принятии решения. Из-за этих черт больные не приспособлены к жизни. Они проявляют пониженную активность, склонность к самоанализу и болезненному мудрствованию, недостаточную живость и яркость восприятия. Такие люди чрезмерно предосторожны в отношении возможного нежелательного для них хода событий, из-за постоянных сомнений в правильности своих действий у них возникает потребность повторно перепроверять сделанное.

С самого детства они отличаются пугливостью, робостью, застенчивостью, конфузливостью, малой двигательной активностью. Они крайне впечатлительны, тревожно-боязливы, плохо спят ночью, испытывая многочисленные страхи. Лица с подобным типом расстройства личности склонны к фантазированию и мечтам, но в них обычно отсутствует счастливый конец, наоборот, завершение может иметь

мрачный или даже трагичный характер. Мечты и фантазии отражают их неуверенность в себе, они испытывают потребность постоянно вспоминать о тревожащих образах, представляют, что им грозит беда.

В школьном возрасте усиливается их тревожность и ранимость. Они постоянно сомневаются в правильности своих поступков, очень болезненно переносят выговоры и наказание. Такие дети вечно боятся опоздать в школу, поэтому рано встают и приходят на занятия раньше всех, по несколько раз перепроверяют содержимое своего школьного портфеля из опасения забыть что-либо. Обладая хорошим интеллектом и пытливым умом, они дольше всех выполняют какие-либо задания учителя, так как постоянно себя перепроверяют и сомневаются в правильности своих ответов. Испытывают огромное напряжение, когда приходится отвечать у доски, сразу забывают выученный урок, краснеют, заикаются.

Свою робость и неуверенность эти люди могут компенсировать какими-либо движениями или действиями: вертят в руках ручку, кусывают губы, без нужды поправляют прическу. Иногда вышеуказанные движения и действия превращаются в навязчивые, становясь источником дополнительных страданий.

В подростковом возрасте такие дети часто страдают комплексом неполноценности. Особенно усиливаются вышеописанные черты при начале самостоятельной жизни, когда приходится отвечать и за себя, и за других. В выраженных случаях большой занят бесплодной умственной работой, так называемой умственной жвачкой. Он бесконечно анализирует собственные поступки, сомневается в правильности принятого решения или выполненного задания, редко доволен собой и склонен к заниженной самооценке. Из-за этого многие больные страдают различными навязчивостями – в виде навязчивых сомнений, идей и страхов. Они могут докучать своим близким и другим окружающим людям своими болезненными сомнениями, постоянно советуясь по пустяковым вопросам.

У таких психопатов повышенное чувство ответственности и долга, доходящее до гиперсоциальности. Они могут быть хорошими исполнителями, если только не торопить их с результатом, не определять сжатые сроки, а предоставить возможность работать в оптимальном режиме. Из-за своей аккуратности и исполнительности они в любом случае постараются завершить работу как можно раньше. Но если срок жестко определен и переоценены возможности, то для таких лиц возникает психотравмирующая ситуация, развиваются невротические симптомы, многочисленные вегетативные нарушения, наступает декомпенсация с резким снижением трудоспособности.

К правонарушениям не склонны, однако, попадая в асоциальную компанию, могут идти на поводу у своих лидеров, из-за застенчивости и робости не могут отказаться от каких-либо противоправных нарушений.

Судебно-психиатрическая оценка. Крайне редко декомпенсация психической деятельности у психопатов может быть настолько выраженной, что создает основания для применения к ним ст. 21 УК РФ, по пункту «иные расстройства психической деятельности». Чаще всего при расстройствах зрелой личности отсутствуют, как указывалось выше, грубые нарушения мыслительного процесса и волевой деятельности, поэтому этих лиц рекомендуется признать вменяемыми. Однако для справедливого правосудия необходимо учесть психические отклонения таких людей. Это возможно при назначении судебной комплексной психолого-психиатрической экспертизы. Комплексная оценка патологических отклонений позволяет решить вопрос: могли ли человек в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействий) и руководить ими в момент инкриминируемого деяния, т. е. применить ст. 22 УК РФ, которая не исключает вменяемости.

Контрольные вопросы

1. Что такое пограничные психические расстройства?
2. Что такое неврозы, их основные признаки, судебно-психиатрическое значение?
3. Как проявляется неврастения?
4. Какие клинические проявления могут быть при неврозе навязчивых состояний?
5. Какие виды психических нарушений наблюдаются при истерическом неврозе?
6. Что такое расстройство зрелой личности?
7. Критерии Ганнушкина для диагностики психопатии.
8. Какие нарушения в психической сфере характерны при расстройствах зрелой личности?
9. Судебно-психиатрическая оценка параноидного расстройства личности.
10. Судебно-психиатрическая оценка истерического расстройства личности.
11. Судебно-психиатрическая оценка шизоидного расстройства личности.
12. Судебно-психиатрическая оценка дисоциального расстройства личности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства: руководство для врачей. Ростов-на-Дону, 1997.
2. *Блейхер В.М., Крук И.В.* Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж, 1995.
3. *Бухановский А.О.* Общая психопатология. Ростов-на-Дону, 1998.
4. *Волков В.Н., Дорофеев Г.К.* Кратковременные психические расстройства и их судебно-психиатрическое значение. М., 2004.
5. *Волков В.Н.* Судебная психиатрия. М., 2007.
6. *Ганнушкин П.Б.* Клиника психопатий. М., 1998.
7. *Гельфанд В.Б., Баеильман В.Б.* Нервно-психические расстройства при алкоголизме. М., 1975.
8. *Георгадзе З.О., Царгасова Э.Б.* Судебная психиатрия. М., 2002.
9. *Гиндикин В.Я., Гурьева В.А.* Личностная патология. М., 1999.
10. *Горбач Н.А., Лисняк М.А., Захарова Т.И.* Алгоритм оказания медико-психологической помощи при посттравматических стрессовых расстройствах у сотрудников ОВД. Красноярск, 2005.
11. *Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я.* Психопатология подросткового возраста. М., 1996.
12. *Датий А.В.* Судебная медицина и судебная психиатрия. Практикум. М., 1997.
13. *Дмитриев А.С., Клименко Т.В.* Судебная психиатрия. М., 1996.
14. *Дмитриева Т.Б., Игонин А.Л., Клименко Т.В.* Злоупотребление психоактивными веществами. М., 2000.
15. *Дунаевский В.В., Стяжкин В.Д.* Наркомании и токсикомании. Ленинград, 1990.
16. *Емельянов В.П.* Преступность несовершеннолетних с психическими аномалиями. Саратов, 1980.
17. *Жариков Н.М., Морозов Г.В., Хритинин Д.Ф.* Судебная психиатрия. М., 2007.
18. *Жмуров В.А.* Психопатология: в 2 т. Иркутск, 1994.
19. Законодательство Российской Федерации в области психиатрии: комментарий к Закону РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» / под ред. Т.Б. Дмитриевой. М., 2002.
20. *Калшед Д.* Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа. М., 2001.
21. *Каплан Г.И., Сэддок Б.Дж.* Клиническая психиатрия. М., 1994.
22. *Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е.* Психиатрия. М., 1995.
23. Лекции по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца. М., 2000.
24. *Лисняк М.А., Горбач Н.А.* Законодательство РФ в области психиатрии. Судебно-психиатрическая экспертиза. Красноярск, 2007.

25. Лисняк М.А., Горбач Н.А., Нурисламова Т.С. Реактивные состояния и их судебно-психиатрическая оценка. Красноярск, 2007.
26. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. М., 1979.
27. Макаров В.В., Кисилева Л.И. Учебное пособие по наркологии. Красноярск, 1990.
28. Мамайчук И.И. Экспертиза личности в судебно-следственной ситуации. СПб., 2002.
29. Медицинская и судебная психология. Курс лекций: учеб. пособие / под ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. М., 2005.
30. Невзорова Т.А. Лекции по психиатрии. М., 1976.
31. Никитин Ю.Н. Нервно-психические заболевания при алкоголизме. Киев, 1988.
32. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. М., 1997.
33. Психиатрия / под ред В.П. Самохвалова. Ростов-на-Дону, 2002.
34. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). М., 1998.
35. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство. М., 2000.
36. Руководство по психиатрии / под ред. Г.В. Морозова: в 2 т. М., 1988.
37. Руководство по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского. Т. 1. М., 1983.
38. Руководство по социальной психиатрии / под ред. Т.Б. Дмитриевой. М., 2001.
39. Рустанович А.В., Шамрей В.К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. СПб., 2001.
40. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М., 1987.
41. Сочивко Д.В. Расколотый мир. Опыт анализа психодинамики человека в экстремальных условиях жизнедеятельности. М., 2002.
42. Старович З. Судебная сексология. М., 1991.
43. Стрельчук И.В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. М., 1966.
44. Судебная психиатрия / под ред. проф. Б.В. Шостаковича. М., 1997.
45. Судебная психиатрия: руководство для врачей / Г.В. Морозов, В.П. Белов, И.Н. Боброва и др. М., 1988.
46. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб., 2001.
47. Телле Р. Психиатрия. Минск, 1999.
48. Шабанов П.Д., Штакельберг О.Ю. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация. СПб., 2000.
49. Энциклопедический словарь медицинских терминов: в 3 т. / под ред. Б.В. Петровского. М., 1983.

СЛОВАРЬ МЕДИЦИНСКИХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ, УПОМИНАЕМЫХ В ПОСОБИИ

Уважаемые читатели! Если вы не нашли какого-либо слова в данном небольшом словаре, обратитесь к другому источнику. Например, к сети Интернет.

Абстиненция – комплекс психических и физических расстройств, наступающих при внезапном прекращении поступления в организм больного алкоголя, наркотиков или токсических веществ, по отношению к которым имеется зависимость.

Аграфия – нарушение письма, возникающее при различных расстройствах речи. Проявляется либо в полной утрате способности писать, либо в грубом искажении слов, пропусках слогов и букв, неспособности соединять буквы и слоги в слова и т. д. Аграфия возникает при повреждениях в коре головного мозга. Особенности нарушений позволяют судить о локализации поражения.

Акалькулия – нарушение счета и счетных операций, возникает при поражении различных областей коры головного мозга. Первичная акалькулия возникает при поражении теменно-затылочно-височных отделов коры левого полушария и проявляется в нарушении понимания разрядного строения числа (так, например, числа 51 и 15 воспринимаются больными как одинаковые), в нарушении понимания значений арифметических знаков, в трудностях счета при переходе через десятков и т. д.

Алексия – нарушения чтения, возникающие при поражении различных отделов коры левого полушария (у правшей), или неспособность овладения процессом чтения. В зависимости от области поражения коры больших полушарий различают несколько форм этого нарушения.

Аментивное состояние (амения) – тяжелая степень расстроенного сознания, острая спутанность сознания. Основные признаки – полная дезориентировка в месте, времени, собственной личности, бессвязность мышления, повышенная отвлекаемость, отрывочные бредовые переживания и нестойкие обманы восприятия, растерянность, пугливость.

Амбивалентность – возникновение антагонистических тенденций в психической деятельности, обуславливающих непоследовательность мышления и неадекватность поведения.

Анамнез — совокупность сведений, получаемых при медицинском обследовании путем опроса самого обследуемого и (или) знающих его лиц.

Анорексия нервная — упорный отказ от еды с целью похудения, часто скрываемый от окружающих. Обычно встречается у девушек в пубертатном возрасте.

Апраксия — нарушение произвольных, целенаправленных движений и действий, причиной является поражение коры головного мозга. Апраксия возникает вследствие элементарных расстройств движений (парезов, параличей и т. п.), расстройств чувствительности, нарушений речи (препятствующих пониманию задания), психического заболевания. Форма расстройства зависит от локализации поражения.

Ассоциативный процесс — мыслительный процесс.

Астения — состояние, характеризующееся физической и психической слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью, гиперестезией, нарушениями сна.

Атрофия — прижизненное уменьшение размеров органа или ткани организма животных и человека, сопровождающееся нарушением или прекращением функции. Атрофия может быть физиологической и зависеть от возрастных изменений организма (атрофия вилочковой железы в период полового созревания, атрофия половых желез, костей у стариков и т. п.). Общая патологическая атрофия (истощение, кахексия) развивается при недостаточном питании, хронической инфекции или интоксикации, нарушении деятельности эндокринных желез или центральной нервной системы. Местная патологическая атрофия возникает от разнообразных причин: от недостаточности кровоснабжения (например, атрофия коры головного мозга при атеросклерозе мозговых сосудов); от бездействия (например, атрофия мышц конечности при длительной **иммобилизации**), от воздействия физических и химических факторов (например, атрофия лимфоидной ткани от воздействия лучистой энергии, атрофия щитовидной железы при употреблении препаратов йода).

Афазия — нарушения речи, возникающие при локальных поражениях коры левого полушария (у правшей) и представляющие собой системное расстройство различных видов речевой деятельности. Проявляется в виде нарушений фонематической, морфологической и синтаксической структуры речи и понимания обращенной речи при сохранности движений речевого аппарата, обеспечивающих членораздельное произношение, и элементарных форм слуха.

Аутизм — погружение в мир личных переживаний с ослаблением или потерей контакта с действительностью, утрата интереса к реаль-

ности, отсутствием стремления к общению с окружающими людьми, скудностью эмоциональных проявлений.

Гебефрения – форма шизофрении, начинающаяся в молодом возрасте, гебефреническая шизофрения.

Гипоталамус – отдел промежуточного мозга (под таламусом), в котором расположены центры вегетативной нервной системы; тесно связан с гипофизом. Нервные клетки гипоталамуса вырабатывают гормоны вазопрессин и окситоцин, а также рилизинг-факторы, стимулирующие или угнетающие секрецию гормонов гипофизом. Гипоталамус регулирует обмен веществ, деятельность пищеварительной, сердечно-сосудистой, выделительной систем и желёз внутренней секреции, механизмы сна, бодрствования, эмоции. Осуществляет связь нервной и эндокринной систем.

Девиации – отклонения от нормального протекания психических процессов и поведения.

Дегенерация – буквально означает процесс вырождения, использовался в психиатрии для обозначения психических расстройств, обусловленных наследственными факторами. В настоящее время в медицине обозначает патологический процесс, возникающий в связи с нарушениями обмена веществ и характеризующийся появлением и накоплением в клетках и тканях количественно и качественно измененных продуктов обмена.

Дереализация – психопатологическое состояние, характеризующееся тягостным переживанием утраты реальности с окружающим миром.

Дефект – остаточные психические изменения, в первую очередь личностные, вследствие перенесенного психотического состояния. Особенности дефекта зависят от типа и формы течения психического заболевания.

Дискордантность – в генетике это понятие обозначает несходство близнецов в отношении анализируемого признака. В психиатрии под дискордантностью понимают разобщенность и расщепление психических процессов (мышления, чувств, поступков), их мимического и речевого выражения.

Дисморфофобия – разновидность ипохондрических синдромов, преимущественно встречающихся в подростковом возрасте. При дисморфофобии имеет место патологическая убежденность в наличии какого-то физического недостатка (уродливое строение своего тела, отдельных его частей, особенно лица) либо в распространении большим неприятных запахов и чаще всего кишечных газов. При этом больные опасаются, что окружающие замечают эти недостатки, обсуждают и смеются над ними.

Диффузный – рассеянный, равномерно распределенный, разлитой.

Дофамин – биологически активное вещество, считается медиатором ЦНС. С изменением концентрации дофамина связывают возникновение ряда психических нарушений.

Инкубационный период – латентный период, промежуток времени от момента заражения до появления клинических симптомов **болезни**. Для каждой инфекционной болезни этот период имеет характерную продолжительность, хотя длительность его может колебаться в зависимости от количества микробов, проникших в организм, их болезнетворности, физического состояния самого организма (предшествующие травмы-заболевания, голодание, недостаток витаминов), места проникновения инфекции в организм.

Интермиссия – состояние между двумя психотическими приступами, характеризующееся полным восстановлением психической деятельности.

Интровертированность – особенность личности, характеризующаяся внутренней направленностью переживаний, склонностью к погружению в мир собственных чувств и мыслей, малой зависимостью содержания психики от контактов с окружающими, пассивностью в общении.

Ипохондрический синдром – необоснованное беспокойство по поводу мнимого тяжелого или неизлечимого заболевания.

Кататония, кататонический синдром – психические расстройства, проявляющиеся главным образом в двигательной сфере (возбуждение, ступор, иногда – чередование этих состояний). Наблюдается главным образом при шизофрении.

Катамнез – совокупность сведений о состоянии больного и дальнейшем течении болезни после установления диагноза и выписки из стационара.

Конкордантность – в генетике сходство близнецов по анализируемому признаку.

Маразм – почти полное прекращение психической деятельности человека, обусловленное атрофией коры головного мозга, сопровождающееся общим истощением. Встречается при старческом **слабоумии**, в конечной стадии **прогрессивного паралича** и при некоторых других заболеваниях мозга.

Менингит – воспаление оболочек головного и спинного мозга. Менингит классифицируют по возбудителю заболевания (вирусные, бактериальные, грибковые, туберкулезные, сифилитические и др.),

течению (острые, подострые, хронические), характеру изменений в спинномозговой жидкости (гнойные и серозные).

Микроцефалия – значительное уменьшение размеров черепа и соответственно головного мозга при нормальных размерах других частей тела. Микроцефалия сопровождается умственной недостаточностью – от нерезко выраженной имбецильности до идиотии.

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра.

Негативные симптомы – симптомы, которые отражают утрату каких-либо психических функций, присущих человеку в норме (например, апатия, абулия).

Нейролептики – группа лекарственных препаратов психотропного действия. Они снижают психомоторное возбуждение, купируют галлюцинации и бред, нормализуют настроение. Обычно применяются при лечении психозов.

Нозологическая единица – определенная болезнь, выделенная на основе установленных происхождения и механизма развития и (или) характерной клинико-морфологической картины; единица номенклатуры и классификации болезней.

Обсессии – навязчивые состояния.

Однояйцевые близнецы – два и более ребенка, родившиеся от одной беременности в результате деления оплодотворенной яйцеклетки. Имеют одинаковый генетический набор.

Парадигма – совокупность теоретических и методологических предпосылок, определяющих конкретное научное исследование, которая воплощается в научной практике на данном этапе.

Паралич – отсутствие произвольных движений, обусловленное поражением (травмы, опухоли и др.) двигательных центров спинного и головного мозга, проводящих путей центральной или периферической нервной системы. Паралич может наблюдаться в одной мышце, одной конечности (моноплегия), в руке и ноге на одной стороне (гемиплегия), в обеих руках или обеих ногах (параплегия) и др.

Парез – ослабление произвольных движений; полную их утрату обозначают термином «паралич».

Патологическая анатомия – медицинская наука, изучающая патологические процессы и болезни на уровне клеток и тканей.

Перинатальный период – период с 28-й недели внутриутробной жизни плода по 7-е сутки жизни новорожденного.

Позитивные симптомы — признаки патологически повышенной продуктивности психической деятельности (например, бред, галлюцинации).

Полидактилия — многопалость, наличие лишних пальцев на кисти или стопе. Полидактилия — наиболее частый из врожденных **пороков развития**. Наиболее часто полидактилия встречается в форме шестипалости, обычно на одной конечности (больше 12–13 пальцев на одной конечности не наблюдается). Добавочный палец преимущественно располагается по наружному или внутреннему краю кистей; большинство добавочных пальцев обычно недоразвиты.

Преморбидное состояние — состояние организма на грани здоровья и болезни, способное либо перейти в выраженную форму какой-либо болезни, либо через некоторое время закончиться нормализацией функций организма.

Прогрессиентность — развитие психической болезни с нарастанием позитивных и негативных симптомов, характерна для шизофрении, эпилепсии, старческого слабоумия.

Птоз — опущение верхнего века. Может быть одно и двусторонним, полным и неполным, врожденным и приобретенным. Приобретенный птоз чаще бывает односторонним; развивается вследствие заболеваний (неврит глазодвигательного нерва, энцефалит и др.), ведущих к парезу или параличу глазодвигательного нерва, иннервирующего мышцу, поднимающую верхнее веко.

Пубертатный возраст — возраст полового созревания, у мальчиков с 13 до 17–18 лет, у девочек с 12 до 16 лет.

Перверсии (перверзии) — половые извращения, нарушение направленности полового влечения (например, гомосексуализм) или неестественность способов его удовлетворения (например, зоофилия).

Растерянность — мучительное непонимание больным ситуации, своего состояния, которые представляются ему необычными, приобретают какой-то непонятный смысл, сопровождаются тревогой, тоской, страхом.

Резидуальный — остаточный, сохранившийся после перенесенного заболевания.

Ремиссия — этап течения болезни, характеризующийся временным уменьшением степени выраженности или ослаблением психопатологической симптоматики. Ремиссии бывают спонтанные и вследствие лечения.

Сенситивность — повышенная чувствительность, ранимость, застревание на переживаниях.

Сиблинг (сибе) – в генетике означает родного брата или сестру обследуемого человека.

Синдром зависимости складывается из симптомов патологического влечения к алкоголю, толерантности к алкоголю, утраты самоконтроля, абстинентных явлений.

Спинномозговая жидкость (цереброспинальная жидкость, ликвор) – жидкая среда, циркулирующая в полостях желудочков головного мозга, спинномозгового канала и субарахноидальном (под паутинной оболочкой) пространстве головного и спинного мозга. Спинномозговая жидкость – своеобразный амортизатор, предохраняющий от травм головной и спинной мозг; она регулирует внутричерепное давление, обеспечивает постоянство внутренней среды. С диагностической и лечебной целью производят **пункцию** спинномозгового канала, позволяющую определить величину давления спинномозговой жидкости и извлечь ее для анализа.

Ступор – состояние бездвиженности, оцепенения, с частичным или полным мутизмом, отсутствием или снижением реакции на внешние раздражители, в том числе и на болевые.

Толерантность – устойчивость, например, к алкоголю. Не является постоянной величиной, колеблется не только у разных людей, но также у одного и того же индивидуума. Степень ее зависит от возраста, пола, функционального состояния коры головного мозга, типа нервной системы, эмоционального фона и многих других факторов. При последних стадиях болезни наблюдается интолерантность, т. е. больные пьянеют от значительно меньших, чем прежде, доз спиртного.

Томография – послойное рентгенологическое исследование, получение рентгеновского изображения определенного слоя объекта.

Фрустрация – психическое состояние, вызванное неуспехом в удовлетворении потребности, желания. Сопровождается различными отрицательными переживаниями: разочарованием, раздражением, тревогой, отчаянием и др.

Электроэнцефалография (ЭЭГ) – метод функционального исследования головного мозга, основанный на графической регистрации его электрических сигналов.

Эмоциональная лабильность – нестойкость настроения, склонность его к быстрым колебаниям, частым сменам.

Энцефалопатия – собирательный термин, обозначающий органическое поражение головного мозга невоспалительного характера. Различают врожденную энцефалопатию – как результат повреждения плода, и приобретенную – как следствие инфекций, интоксикаций,

травм, сосудистых заболеваний головного мозга и др. Симптомы энцефалопатии разнообразны: неврозоподобные (астения, раздражительность, бессонница, головная боль) и (или) психопатоподобные (сужение круга интересов, пассивность, эмоциональная несдержанность, грубость и др.) расстройства, нарушения памяти и интеллекта. Алкогольные энцефалопатии представляют собой алкогольные психозы, протекающие остро [Гайе — Вернике, по имени описавших ее французского врача А. Гайе (1875) и немецкого невропатолога и психиатра К. Вернике (1881)] и хронически (корсаковский психоз; по имени С.С. Корсакова; алкогольный псевдопаралич).

Эпидемиология — метод изучения закономерностей распространения неинфекционных болезней среди населения, основанный на применении статистических показателей.

Этиология — 1) учение о причинах и условиях возникновения болезней; 2) причина возникновения болезни или патологического состояния.