

67.5 ✓
8-88 ✓

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

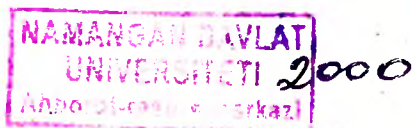


КУВАСАЙСКИЙ УЧЕБНЫЙ НАУЧНО-
ПРОИЗВОДСТВЕННЫЙ
ЦЕНТР ПРЕДПРИНИМАТЕЛЬСТВА
ФЕРГАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР

*Хожирахматова Х. Х., Курбанова Л. Х.,
Мадалиев М. М., Абдуллаев Б., Эгамов М. Х.,
Собиров А. А., Умаров М. И.*

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

(Учебное пособие)



Издательство «Наманган»

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Учебное пособие - изд. «Наманган», 1999 г.

Учебное пособие для студентов высших учебных заведений, колледжей, бизнес-школ, обучающихся по специальности «Правоведение», а также медицинского направления.

Пособие написано на основании постановления Олий Мажлиса Республики Узбекистан «О национальной программе повышения правовой культуры в обществе» от 29 августа 1997 года № 466-1.

РЕЦЕНЗЕНТЫ: кандидаты юридических наук, доценты Сиддиқов Н. С., Азимов О. А., врач-психиатр Доронкина Л. Г.

2000

III 58-189-126-850 1999 г.
59-15-(02)-99

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

Знание судебной психиатрии в условиях широкого распространения психических расстройств необходимо для юристов любой правовой специальности, особенно работающих в сфере уголовного и гражданского судопроизводства. Судебная психиатрия дает юристам знания о различных психических расстройствах, способах их распознавания, использования знаний в уголовно- процессуальной деятельности и при назначении судебно- психиатрических экспертиз и другой юридической работе. Исход гражданских дел зависит от признания или непризнания наличия психических расстройств у того или иного лица.

1. ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

- 1. Судебная психиатрия и ее основные направления.*
- 2. Понятие психического расстройства.*

1. Судебная психиатрия и ее основные направления.

Судебная психиатрия – раздел психиатрии, которая изучает клинические проявления, диагностику, лечение и прогноз психических расстройств, разрабатывает вопросы возвращения к жизни больных с нарушениями психики. Распространенность психических расстройств среди населения всех стран мира высока: от 53 до 333 человек на 10000 населения. Наблюдается рост нуждающихся в помощи врачей-психиатров. В связи с этим в ряде стран психиатрия по числу врачей и обращению за лечением заняла третье место среди медицинских дисциплин после терапии и хирургии. Психиатрия – одна из наиболее общественно значимых областей здравоохранения, так как психические нарушения нередко связаны с внешними социальными условиями, влиянием экономических, экологических и культурных факторов. Судебная психиатрия занимается решением ряда правовых проблем, возникающих у лиц с

психической патологией. Судебная психиатрия связана с юридическими науками: уголовным и гражданским правом в теоретическом отношении и процессуальными законами при практическом проведении экспертизы. Основное значение для заключения о правовом состоянии обследуемого лица имеет диагностика наличия или отсутствия у него психических расстройств, их квалификация применительно к конкретному правовому событию. Поэтому главным в деятельности судебного психиатра является диагностический процесс. Экспертное решение зависит от правильности и достоверности диагноза. В случаях экспертной диагностики обязательными являются два этапа оценки психического состояния обследуемого лица. Первый этап - установление наличия психического расстройства, отнесение к тому или иному психическому заболеванию. Второй этап – сопоставление выявленных расстройств с юридическими критериями правовой нормы, в отношении которой была назначена экспертиза. Выясняются вопросы вменяемости-невменяемости обвиняемых и подсудимых, возможности давать показания свидетелями и потерпевшими в уголовном процессе, вопросы дееспособности в гражданском процессе, назначения и отмены принудительного лечения, характер психических расстройств у осужденных, которые препятствуют отбыванию наказания. Судебная психиатрия включает несколько направлений:

1. В компетенцию судебно-психиатрической экспертизы в уголовном и гражданском процессах входят вопросы освидетельствования подозреваемых, обвиняемых, подсудимых по оценке их вменяемости-невменяемости, потерпевших и свидетелей при сомнениях в возможности давать правильные показания в силу психических расстройств и выяснение дееспособности, необходимости учреждения опеки. Проведение экспертизы включает, в случае установления психического расстройства, исключающего вменяемость, рекомендации по мерам медицинского характера в отношении подэкспертного.

2. Осуществление принудительных мер медицинского характера. Проведение принудительного лечения лиц с психическими расстройствами, признанных судом невменяемыми,

имеет отличие от организации лечения больных в общей психиатрии. Вопросы помещения на принудительное лечение, его прекращения и выписки больного регламентированы соответствующими статьями Уголовного и Уголовно-процессуального кодексов. Поэтому необходимы знание этих норм, умение обосновать необходимый вид принудительного лечения и вывод о возможности его прекращения.

3. Психиатрическая помощь осужденным в местах лишения свободы. Психиатрическая служба в местах заключения имеет важное значение для гуманизации режима, выявления лиц с психическими расстройствами среди этого контингента, своевременного оказания им лечебной помощи, что позволяет существенно снизить нежелательные эксцессы, а также освобождать от дальнейшего отбывания наказания больных с тяжелыми хроническими психическими расстройствами. Судебно-психиатрическая экспертиза и проведение принудительных мер медицинского характера осуществляются органами здравоохранения, а психиатрическая служба мест лишения свободы подчинена медицинским органам МВД.

2. ПОНЯТИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Психическое расстройство – нарушение или аномалия психической деятельности. Оно основывается на морфологическом и функциональном изменении головного мозга, нарушении отражательной деятельности, вследствие чего происходит изменение приспособления человека к внешней окружающей природной и социальной среде. В его происхождении играют роль социальные факторы и условия. Понятие «психическое расстройство» включает практически все возможные виды психической патологии. Сюда, помимо нозологических форм, включаются различные реакции, развития, декомпенсации состояния, аномалии личности. Каждый из вариантов психической патологии реально встречается в клинической практике, а люди, у которых обнаружены такие нарушения психической деятельности, нуждаются во внимании психиатров, в том или ином виде лечения, социальной помощи

или поддержке. Вместе с тем, далеко не всегда идет речь о выраженных нарушениях психики, приводящих к глубоким необратимым изменениям.

II. ОСНОВЫ ОБЩЕЙ ПСИХОПАТОЛОГИИ

1. *Симптомы психических расстройств.*
2. *Синдромы психических расстройств.*
3. *Классификация психических расстройств.*
4. *Методы исследования в судебной психиатрии.*

1. Симптомы психических расстройств

Симптомы при психических заболеваниях заключаются в качественных и количественных изменениях протекания психических процессов. Особенности психических процессов в норме у здоровых людей изучает психология. В ней различают несколько основных видов психических процессов, которые в совокупности составляют нормальное функционирование психики человека: 1) Восприятие; 2) Мышление; 3) Память; 4) Эмоции; 5) Волевые процессы. Для нормальной психической деятельности нужно совокупное функционирование всех сторон психики, нарушения в работе одной из этих сторон искажают согласованное действие. Психическая деятельность настолько сложна, ее отдельные аспекты настолько взаимосвязаны, что разделение функций условно. Множество из явлений психических нарушений переживается больным в его собственном поле сознания без внешних проявлений и практически не может быть измерено, увидено или замечено наблюдателем. О появлении психических расстройств больные сообщают при беседе с врачом, рассказывая о своих жалобах, ощущениях, переживаниях. Проверить их, кроме наблюдения за поведением больного, невозможно. Но однотипность жалоб, сходство описаний тех или иных нарушений, рассказ о них похожими словами у разных больных говорят о том, что болезненные переживания являются аналогичными. Поэтому психиатры убедились в объективном существовании этих субъективных симптомов психических расстройств. Из этого следует, что сложная внутренняя картина переживаний психически больного

человека оказывается объективной, реально существующей, которую нельзя измерить и ощутить, но можно понять и оценить с точки зрения возможности установления диагноза, выбора необходимого лечения и определения прогноза имеющихся расстройств.

1. Расстройства восприятия

Восприятие — психический процесс, при котором ощущения, получаемые от раздражителей внешней и внутренней среды, переводятся в осознаваемую информацию. Нарушения процессов восприятия могут носить количественный характер, когда происходит болезненное усиление или ослабление поступающих извне раздражителей: свет может казаться необычно ярким, обычный звук — очень громким, запахи — резкими (гиперестезия). В других случаях все окружающее кажется тусклым, без ярких красок, звуки — глухими, запахи отсутствуют (гипостезия). Такие состояния бывают при некоторых психических расстройствах, иногда встречаются у здоровых людей при крайнем утомлении, у некоторых беременных женщин. Извращенно могут восприниматься ощущения, исходящие из собственного тела: покалывание, жжение, давление, переворачивание, щекотания в разных частях тела (сенестопатия). Эти ощущения не встречаются у здоровых людей, являются характерными для психических расстройств. Некоторые больные шизофренией испытывают чувства «высыхания мозгов», «переливания в мозг», «бульканье в голове». Иногда ощущения исходят из внутренних органов: жжение в животе, шевеление в желудке от «поселившейся там змеи», «лягушки». При метаморфозии искажается величина или форма воспринимаемого предмета: дома искривлены, улица бесконечно длинна. Изменено и собственное тело: голова огромная, тело легкое, невесомое. Эти нарушения являются признаками психического заболевания, они могут быть и при психических нарушениях, связанных с тяжелыми соматическими заболеваниями.

Иллюзии – это искаженное восприятие реально существующих предметов. Психические иллюзии наблюдаются чаще всего в условиях эмоционального напряжения, страха, обусловленных как реальными причинами, так и болезненными изменениями чувств. Зрительные иллюзии испытывают многие: висящее пальто принимается за человека. При слуховых иллюзиях шум листвы, ветра принимается за шаги, шорох. Но если здоровый человек успокаивается, когда понимает, что это ему показалось, то больной не задумывается о реальном происхождении иллюзии и принимает ее как подтверждение надвигающейся угрозы.

Галлюцинация – это ложное восприятие несуществующих раздражителей, ложное восприятие без реального предмета. Она относится к признакам психического расстройства, если человек воспринимает ее как действительность. Галлюцинации бывают зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, осязательные. Зрительные галлюцинации обычно устрашающего характера: больные видят страшные рожи, чудовища, чертей, зверей, которые хотят их разорвать. Такие галлюцинации характерны для острых психозов, чаще алкогольных, или у больных с инфекционными психозами. Слуховые галлюцинации проявляются окриками, голоса обращены к больному, они ругают его, угрожают ему. В некоторых случаях голоса заставляют совершать действия вопреки желанию больного (императивные галлюцинации). Под их воздействием больные совершают поступки, в том числе и опасные. Обонятельные галлюцинации проявляются тем, что больной ощущает отвратительные запахи. Вкусовые галлюцинации проявляются в извращении вкуса: пища имеет вкус гнилого мяса, мыла. Осязательные галлюцинации проявляются в измененных тактильных ощущениях: ползание змей, насекомых под кожей, чувство волос во рту. Многие галлюцинации сочетаются между собой, они называются комплексными. В некоторых случаях больной – пассивный слушатель или зритель, в других – участник событий. Описанные галлюцинации называются истинными, их видят, слышат, как реальные образы и ощущения. Характерным бывает вид галлюцинирующего больного. Пациент со зрительными

галлюцинациями испуганно всматривается, озирается. При слуховых галлюцинациях он вслушивается, кому-то отвечает, испуганно оглядывается. На вопросы врача отвечает невпопад, иногда затыкает уши. При обонятельных галлюцинациях больные зажимают нос, на лице – брезгливая гримаса. Обычно такие признаки галлюцинаторного поведения наблюдаются при остро выраженных психических расстройствах. При некоторых психических заболеваниях, чаще при шизофрении, встречаются псевдогаллюцинации. Наиболее частыми являются слуховые, реже – зрительные. Главное отличие от истинных галлюцинаций состоит в том, что больные осознают их как нечто субъективное, необычное, отличающееся от реальных образов. Эта нереальность восприятия связана с несуществующими органами чувств: «вижу внутренним оком», «слышу внутренним ухом». Проецируются псевдогаллюцинаторные образы в субъективном пространстве: внутри головы, в теле больного. Важным их признаком является чувство сделанности, искусственности этих образов. Больной в поведении не проявляет состояния, связанного с ними. Жалобы больных очень сложны, они сообщают, что у них кто-то говорит в голове. При зрительных псевдогаллюцинациях перед ними различные видения – от устрашающих до приятных. Иногда больной видит какие-то таинственные сигналы, символы. У больного остается ощущение искусственности, чуждости этих явлений и осознание того, что их воспринимает только он один. Иногда возникает убеждение, что сам больной не руководит своей речью. Больные обычно находят фантастические объяснения этим явлениям: голоса исходят из космоса, это результат действия лазерных лучей, таинственных аппаратов. Псевдогаллюцинации всегда являются признаком психического расстройства и, хотя больной относится к ним, как к навязчивому явлению, критического отношения к ним нет, осознание болезненности этого феномена отсутствует.

2. Расстройства мышления

Мышление – это психический процесс, заключающийся в обобщенном отражении существенных сторон предметов и явлений объективного мира и их внутренних взаимосвязей.

Мышление основано на чувственном восприятии. Преобразуя восприятие от внешнего мира, оно приводит к системе знаний о свойствах и взаимоотношениях предметов. Мышление – целенаправленная система идей, символов и ассоциаций, возникающая в процессе выполнения задачи и приводящая к выработке правильного решения. Мышление неразрывно связано с речью. Мы думаем и выражаем свои мысли словами, поэтому о свойствах мышления и о нарушениях мыслительных функций судят по высказываниям человека, по их содержанию, способу выражения идей, темпу речи. Мышление – основная составляющая часть интеллекта, т. е. основа познавательной деятельности человека. Мышление включает: понятие – отражение свойств предметов и явлений объективного мира, созидание – отражение свойств связей и отношений предметов и явлений, умозаключение – построение вывода и нового заключения на основе оценки суждений. Различают несколько типов мышления:

а) наглядно-действенное – наиболее примитивный, первичный вид мышления, когда конкретные, существующие в данный момент в поле сознания предметы определяют действия с ними. Такой вид мышления характерен для маленьких детей; б) наглядно-образное мышление заключается в способности к принятию решений в результате непосредственного наблюдения за объектами своей деятельности. Об образном мышлении говорят, когда отношения между образами и явлениями строятся под влиянием эмоционального отношения или сложившейся обстановки. Одним из вариантов образного мышления является художественное мышление; в) абстрактное, отвлеченное мышление характеризуется тем, что человек придерживается строгих логических формул и истин. Чувственно-образная сторона действительности при этом отступает на второй план, но сохраняется способность понимать многомерное значение понятий; г) особенностью аутистического мышления является то, что индивид поглощен своими собственными субъективными переживаниями и идеями, не связанными с реальной жизнью. Оно подчинено эмоциям, нелогично при построении выводов; д) магическое мышление

отличается тем, что причинно-следственные взаимоотношения окружающего мира не учитываются, а все происходящие явления считаются результатом действия сверхъестественных сил. Особое место здесь занимает значение слов, приобретающих необычный, символический смысл. Такое мышление называется еще архаическим. Оно наблюдается у детей. Например, ребенок показывает стул, о который ударился. В течение жизни человека постепенно формируется логическое мышление. Психические расстройства более всего влияют на особенности мышления и зачастую служат главным признаком проявлений болезни психики.

Нарушение темпа мышления

Ускорение мышления заключается в том, что мысли быстро сменяют одна другую, ассоциации возникают очень легко, мысли и суждения становятся более поверхностными, снижается продуктивность мышления и способность к прогнозу своих действий. Речь больного становится быстрой, теряется связь между отдельными фразами, поэтому трудно уловить смысл сказанного. Такие нарушения встречаются при маниакальных состояниях.

Замедление темпа мышления. При этом целенаправленность мышления сохраняется, но из-за затруднений в появлении ассоциаций, воспоминаний, представлений отмечается однообразие и скудность мыслей и высказываний. Больные с трудом подбирают слова, не задают вопросы, сами не стремятся к беседе. Такие расстройства наблюдаются при депрессивных состояниях.

Обстоятельность мышления проявляется в том, что появление новых ассоциаций замедляется. Мышление становится тугоподвижным, утрачивается способность выделять главное и второстепенное. В речи много несущественных деталей, ненужных мелочей, повторение сказанного. Такие расстройства мышления свойственны больным эпилепсией.

Характерными для шизофрении являются шперрунги и ментизм мыслей, а также обрывы мыслей.

Шперрунги (закупорка мыслей) характеризуются внезапным прекращением мыслей. Пациент умолкает, теряет нить разговора. Жалобы у него на «пустоту в голове», «перерыв мыслей»..

Обрывы мыслей ощущаются как исчезновение нужной мысли, ее «забывание». Ментизм (наплывы мыслей) характеризуется произвольным появлением потока мыслей, воспоминаний, не связанных с мыслями больного, иногда странных по содержанию. Больные жалуются на путаницу мыслей, насильственность, чуждость.

Разорванность мышления. При этом утрачивается логическая связь между элементами мышления, иногда речь превращается в отдельные слова, выкрики, бормотание. Иногда в речи больных появляются новые слова — «неологизмы», составленные из слогов обычных слов. Например, больной шизофренией называет себя шизохроником. Такие нарушения наблюдаются в далеко зашедших стадиях шизофрении. Среди нарушений целенаправленности мыслительной деятельности встречается резонерство (бесплодное мудрствование). Оно проявляется в склонности к пустому рассуждательству на нравоучительные темы. Речь больного полна словесных штампов, повторений, отступлений, уточнений, ссылок на авторитеты, привлечений широко известных изречений. Рассуждения больных бессодержательны. Иногда высказывания длинные, в виде бесконечного монолога. Резонерство встречается не только у психических больных. Резонерство особенно проявляется в письмах. В них часто бывают подчеркивание, употребление заглавных букв, восклицательных знаков. Эти признаки записей приобретают диагностическое и экспертное значение. Резонерство встречается при алкоголизме, у больных шизофренией.

Паралогическое мышление отличается тенденциозностью направления мыслительной деятельности. Выводы строятся на случайных явлениях, которые соответствуют установке личности. Все, что противоречит этой установке, не принимается во внимание. Паралогическое мышление встречается при различных психических расстройствах, но может встречаться и у здоровых, под влиянием аффекта.

Нарушения содержания мышления. Для них характерно измененное, не соответствующее действительности отражение явлений и закономерностей окружающего мира в результате психической болезни. К ним относятся: навязчивые, сверхценные и бредовые идеи.

Навязчивые идеи – это насильственно возникающие мысли, которые появляются у больного независимо от его желания. Пациенты воспринимают все как ненужное, но они повторяются, мешают обычной деятельности. В легкой степени навязчивые идеи известны всем, когда целый день человека преследует какая-то мелодия или строчка из стихотворения. Это раздражает, но скоро проходит. Это бывает в состоянии утомления, после болезни. При психических расстройствах навязчивые идеи стойкие, длительные, влияют на психическую работоспособность. Например, больной испытывает мучительные опасения: выключил ли газ, запер ли дверь. Эти сомнения вызывают постоянную тревогу. При навязчивых воспоминаниях в памяти всплывают неприятные эпизоды из жизни. Иногда появляются контрастные мысли: сделать то, что не соответствует обстановке, например: засмеяться на похоронах, выругаться вслух. Особенно тягостны навязчивые страхи (фобии). Агорафобия – страх открытых пространств, клаустрофобия – противоположное состояние, нозофобия – страх болезни, фобофобия – страх страха. Навязчивые идеи наблюдаются при неврозах, шизофрении.

Сверхценные идеи представляют собой тесно связанные с особенностями личности убеждения, которые возникают под влиянием реальной ситуации. Эти мысли приобретают важное значение в силу большой эмоциональной заряженности. Они влияют на поступки и поведение человека. Это могут быть идеи ревности, сутяжные, ипохондрические. Они возникают после какого-либо незначительного события. Сверхценные идеи встречаются в сложных жизненных ситуациях: при расстройствах личности, шизофрении, органических поражениях головного мозга.

Бредовые идеи. Под ними понимают ложные мысли, суждения и умозаключения, основанные на неправильных

выводах и внешних явлениях. Главным является невозможность переубедить больного в ошибочности его мыслей, несмотря на противоречия с действительностью. Сознание больного полностью поглощено бредом. Бред – всегда признак психического расстройства. Развитию бреда предшествует период бредового настроения: нарастает тревога, подозрительность, настороженность, беспокойство. Затем наступает момент, когда больной внезапно понимает скрытый смысл происходящего – кристаллизация бреда.

При *систематизированном бреде* построение ложных суждений имеет определенную субъективную логику, для подкрепления высказываний привлекаются различные факты, но они используются односторонне. Все реальные, противоречащие бредовой идее обстоятельства игнорируются. Этот бред очень стойкий, становится мировоззрением больного.

Несистематизированный бред отличается отсутствием системы логических доказательств болезненных высказываний. Его развитие более острое, содержание бреда изменчиво. Утверждения больных ими никак не объясняются. Для них характерно преобладание чувственно-образных переживаний, вовлечение многих лиц и событий в фабулу бредовых идей. Несистематизированный бред сочетается с галлюцинациями, расстройствами эмоций, изменением сознания. В зависимости от содержания бредовых идей они делятся на бред преследования, бред величия, бред самоуничтожения.

Бред преследования состоит в убеждении больного в имеющейся угрозе его здоровью, жизни, материальному положению. Больной всюду видит опасность, ему кажется, что за ним следят, на него странно смотрят. Эти явления сопровождаются чувством страха. Сначала больной прячется, скрывается, но чувство опасности усиливается. Больной, убедившись в наличии виновников, сам становится преследователем. Такие состояния очень опасны. Под влиянием мести, защиты происходят нападения, убийства мнимых врагов, иногда неожиданно для окружающих. Бредовые идеи преследования сопровождаются галлюцинациями, псевдогаллюцинациями, идеями воздействия и постороннего влияния.

Бред величия (экспансивный бред) отличается переоценкой своей личности, ее роли. Больные очень высоко ценят себя: они очень богаты, известны, в них влюблены кинозвезды. Этот вид бреда сопровождается повышенным настроением. Особенно нелепым этот бред бывает в далеко зашедших стадиях хронических психических заболеваний. Бред величия в судебно-психиатрической практике встречается редко.

Бред самоуничижения (депрессивный бред) характеризуется убеждением больного в наличии у него недостатков, которые являются следствием его собственной бездарности, глупости и т. д. Этот тип бреда сопровождается пониженным настроением. Наиболее частым в судебной психиатрии является бред самообвинения. Он характерен для больных с депрессивными расстройствами. Заключается в том, что больной считает себя виновным в различных неблагоприятных действиях. В таком состоянии совершаются самоубийства, убийства своих родных, чтобы «спасти их от позора».

3. Расстройства эмоций

Под эмоциями подразумевается психический процесс, которым выражается отношение субъекта к самому себе и к различным явлениям жизни. Проявления эмоций делят на: состояния, отношения и реакции. Эмоциональные состояния – относительно длительное пребывание субъекта в каком-либо настроении. Эмоциональные отношения характеризуют связь индивида с тем или иным объектом, позицию во внутренней оценке события. К ним относятся: чувства – четко ограниченное временем переживание, содержащее оценку явления; страсти – более длительное и интенсивное отношение с сосредоточением чувств на каком-либо объекте или деятельности. Эмоциональные реакции являются ответом на определенное впечатление. Каждая эмоция включает: переживание, побуждение к действию, познавательный компонент. Расстройства эмоций бывают частыми при психических нарушениях. Прежде всего это расстройства настроения. Они отличаются появлением устойчивых, малоподвижных к внешним воздействиям, само-

произвольных аффективных установок и соответствующим изменением нервно-психического тонуса.

Гипотимия – снижение настроения. Больные жалуются на уныние, подавленность, утрату интереса к жизни. У них отмечается тоска. Эти чувства сопровождаются сжатием и тяжестью в сердце, бессонницей, общей заторможенностью, чувством тревоги, когда больной испытывает волнение, предчувствие беды, катастрофы. Будущее представляется в черном свете. Тревога может сопровождаться страхом.

Гипертимия – повышенное настроение. Для повышенного настроения характерно веселое, беспечное, приподнятое состояние. Сюда относится эйфория – веселое, безмятежное настроение, вспышка радости, счастья.

Дисфория – состояние с необоснованной мрачностью, угрюмостью, ворчливостью, вспышками ярости, гнева.

Паратимии характеризуются несоответствием эмоциональных ответов вызывающей их причине.

Эмоциональная лабильность характеризуется быстрой и частой беспричинной сменой аффективных реакций противоположных полюсов.

Ригидность аффекта – когда эмоциональные реакции застревают надолго без достаточной причины, становятся малоподвижными. Слабо выраженные расстройства эмоций в зависимости от обстоятельств могут встречаться и у здоровых людей, отражая разнообразие психической жизни в норме. Только резко выраженные, препятствующие обычной жизни, адаптации человека в среде, грубо нарушающие общий уровень активности и его взаимоотношения с окружающими, а также не связанные с реальными жизненными обстоятельствами проявления расстройств эмоций становятся признаками психических нарушений.

4. Расстройства воли

Воля — психический процесс, заключающийся в способности к активной, планомерной деятельности, направленной на удовлетворение потребностей человека. Волевой процесс свя-

зан с мотивационной сферой, побуждениями, желаниями, которые становятся осознаваемыми целями поведения. Потребности бывают физические (в пище, воде, половые) и чисто человеческие (самоуважении, хорошем отношении, самореализации). Волевой акт включает несколько этапов: возникновение потребности, осознание, принятие решения. Затем следует борьба мотивов — выбор наиболее значимой в конкретной ситуации потребности, после чего делается вывод о способе реализации побуждения и осуществляется запланированное действие. Каждый из этих этапов может пострадать в результате психического расстройства, что приводит к нарушению поведения. Усиление инстинктивных проявлений со значительным увеличением количества побуждений, со стремлением к жажде деятельности называется *гипербулией*, угнетение — *гипобулией*. *Булеамия* — усиление пищевого инстинкта, *гиперсексуальность* — усиление полового влечения, *анорексия* — снижение пищевого инстинкта вплоть до полного отказа от еды. При пабулиях мотивы поведения неадекватны внутренней потребности и связаны с влиянием других психопатологических проявлений. К волевым расстройствам относятся извращения влечений и побуждений. К ним относятся: драмомания — патологическое влечение к бродяжничеству, пиромания — влечение к поджогам, kleптомания — влечение к воровству, где побуждающим мотивом является не корысть, голицидомания — стремление к убийствам, суицидомания — болезненное влечение к самоубийству. Нарушения полового инстинкта (перверсии) имеют различные проявления: аутоэротизм — направленность влечения на себя, садомазохизм — сексуальное удовлетворение достигается с помощью применения страданий себе или партнеру. Кроме того, имеется большая группа перверсий, при которых половое влечение направлено на несоответствующий объект: дети, старики, животные. По феноменологическим проявлениям и характеру реализации извращенных влечений выделяются навязчивые влечения, когда побуждения к действию возникают вопреки воле, сопровождаются борьбой мотивов и чаще не реализуются полностью. Они присутствуют главным образом в его фантазиях.

Конвульсивные – неодолимые влечения, когда борьба мотивов быстро угасает и вся деятельность больного направлена на удовлетворение влечения. *Импульсивные влечения* – когда побуждение к действию наступает внезапно, без борьбы мотивов, поступки больного не контролируются сознанием. Извращения влечений встречаются при самых разных психических расстройствах. Расстройства влечений имеют большое судебно-психиатрическое значение, так как под их влиянием изменяется поведение человека, оно становится подчиненным патологическим побуждениям, что может приводить к преступлениям, причем зачастую тяжким и крайне опасным. Особенно это касается больных с сексуальными перверсиями. Симптомы расстройств регуляции произвольной деятельности наблюдаются в рамках выраженных психических нарушений. К ним относятся двигательная заторможенность с уменьшением и замедлением движений; вплоть до полной обездвиженности (ступор). Больные почти не передвигаются, походка неуклюжая с широко расставленными ногами. При полной обездвиженности больные зачастую безучастно лежат в постели, часто в эмбриональной позе. Иногда утрачивается возможность говорить – мутизм. Больные не отвечают и не реагируют на вопросы, губы плотно сжаты, веки зажмурены, выражение лица отрешенное. Наблюдаются и противоположные состояния – с повышенной двигательной активностью, с речевым бессвязным возбуждением, гримасничаньем (гиперканезия). Одним из частых симптомов извращений регуляции произвольных действий является негативизм, который проявляется в отказе или сопротивлении всякому побуждению извне. Больной совершает действия, противоположные предложенным: садится на предложение врача встать, закрывает глаза на просьбу посмотреть на что-либо, отдергивает руку при приветствии. Одним из признаков, которые сопровождают обездвиженность, мутизм и негативизм, является восковая гибкость, когда больной длительно сохраняет одну и ту же позу, иногда крайне неудобную. Другим нарушением, особенно у больных шизофренией, является манерность – стойкая вычурность движений и мимики.

5. Расстройства памяти

Память – психический процесс накопления, хранения и использования информации, воспринятой человеком в различные периоды жизни. Память складывается из запоминания, сохранения, воспроизведения. Запоминание новых впечатлений происходит с помощью их сопоставления с хранящимися в памяти. Сохранение состоит в накоплении полученной информации. Воспроизведение заключается в возможности в нужное время использовать хранящиеся в памяти образы. Различают кратковременную и долговременную память. Сиюминутный поток информации поступает в кратковременную память и быстро исчезает из нее. Наиболее важная информация для индивида переходит в долговременную память и хранится там. Деятельность человека обслуживается опосредованной памятью, при которой из долговременной и краткосрочной отбирается тот опыт, который необходим для осуществления конкретных действий. Очень редко из расстройств памяти встречаются *гиперамнезии*, при которых в памяти всплывают воспоминания о малозначимых и забытых событиях, фиксация же текущей информации ослабляется. Такие расстройства отмечаются при употреблении некоторых наркотиков. Частыми являются *гипомнезии*, при которых из памяти выпадают отдельные события. При этом страдают все три функции памяти. Ослабление памяти тяготит больного, быстрее исчезают из памяти недавние сведения. Больные осознают свой дефект, принимают меры, чтобы его преодолеть: ведут записи, завязывают «узелки на память». Такие нарушения встречаются при депрессивных состояниях, невротических расстройствах. Наиболее важными для судебно-психиатрической оценки являются *амнезии* – полная потеря памяти. **Фиксационная амнезия** наблюдается при тяжелых поражениях мозга, атрофических мозговых процессах. Характерным является неспособность больного запомнить недавние события при сохранности воспоминаний о прошлом. Такие больные выглядят беспомощными. Они не могут найти свою кровать, запомнить имена окружающих, забывают, завтракали они или нет, зато они вспоминают события прошлого.

При прогрессирующей амнезии происходит постепенное ухудшение и распад памяти. Эти расстройства характерны для атеросклеротического, старческого слабоумия, атрофических заболеваний мозга. При этом сначала утрачиваются сведения о ближайших событиях, воспоминания о прошлом остаются и исчезают лишь на отдаленных стадиях слабоумия. Такие больные теряют ориентировку, в магазине не помнят, зачем пришли туда, нередко такие больные теряются, потому что не могут назвать свои имя, фамилию, адрес. Большое судебно-психиатрическое значение имеют амнезии, связанные с потерей сознания. Например, при черепно-мозговых травмах потеря сознания сопровождается забыванием периода травмы. При *ретроградной* амнезии из памяти выпадает период, который предшествовал травме. *Антероградная амнезия* характеризуется потерей воспоминания периода после бессознательного состояния. *Конградная амнезия* охватывает период потери сознания. *При ретроантероградной амнезии* больной забывает период до, во время и после потери сознания. Иногда встречаются ложные воспоминания (псевдореминисценции и конфабуляции), когда больной исчезнувшие воспоминания заполняет вымыслами. Вероятность этих ложных воспоминаний необходимо учитывать при допросах с больными в остром периоде черепно-мозговой травмы. При алкогольной амнезии исчезает отрезок времени, соответствующий алкогольному опьянению. *При алкогольной амнезии* происходит выпадение памяти на отдельные детали событий, поэтому ссылки многих на полное запоминание своих действий в состоянии опьянения сомнительны.

2. СИНДРОМЫ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Заболевания обычно проявляются в синдромах. При одних заболеваниях преобладают одни синдромы, при других — другие. Для диагностики синдромальная картина состояния больного имеет решающее значение.

1. Аффективные синдромы

Маниакальный синдром характеризуется преобладанием эйфории с чувством радости, веселья. Больной испытывает большой прилив сил, убежден в своих способностях, таланте, силе. Больной отвлекаем, начинает массу дел, не доведя их до конца. Больной почти не спит, не чувствует усталости. Мышление и речь ускорены, вплоть до скачков идей. Несмотря на хорошее настроение, больной может быть раздражителен, гневлив, особенно при препятствии его намерениям. Иногда идеи переоценки личности достигают степени бреда величия.

Гипоманиакальные состояния проявляются в подъеме настроения, работоспособности, не сопровождаются грубыми расстройствами поведения и воспринимаются пациентами как хорошее состояние. В судебно-психиатрической экспертизе маниакальные состояния встречаются редко.

Депрессивный синдром проявляется угнетенным настроением, утратой интереса к жизни, снижением двигательной активности, утратой уверенности в себе, мрачным отношением к событиям. У больных нарушен сон, аппетит, речь замедлена, движения скованы. Появляются мысли о никчемности жизни, суицидальные попытки. Эти состояния опасны из-за риска самоубийства и расширенного самоубийства. Депрессивные расстройства встречаются часто, при различных психических заболеваниях.

2. Бредовые, галлюцинаторно-бредовые синдромы

Паранойяльный синдром – бредовое расстройство, при котором основным является систематизированный бред. В начальной стадии в его фабуле отражаются реальные события. В дальнейшем к имевшимся идеям ревности или изобретательства, сутяжным или ипохондрическим присоединяются идеи преследования. Поведение больного подчинено бредовым переживаниям. При паранойяльном бреде отсутствуют обманы восприятия, содержание не бывает нелепым. При беседе на другие темы грубых расстройств не выявляется. При анализе же

бредовых переживаний явными становятся проявления болезненных умозаключений и выводов, неадекватных толкований и объяснений событий.

Параноидный (галлюцинаторно-параноидный) синдром проявляется сочетанием бредовых идей различного содержания с галлюцинаторными явлениями. В одних случаях преобладают бредовые, в других – галлюцинаторные расстройства. Частым проявлением параноидного синдрома является сочетание бредовых идей преследования, воздействия и псевдогаллюцинаций, особенно слуховых. Больные беспокойны, возбуждены, у них выражено чувство страха. Они считают, что находятся под влиянием посторонней силы, им кажется, что все читают их мысли, крадут их из головы, в далеко зашедших случаях они считают себя забытыми, зомби, которыми управляют извне.

Парафренный синдром характеризуется систематизированным фантастическим бредом величия, сочетающимся с бредом воздействия и ложными воспоминаниями. При этом фон настроения возбужденный. Этот бредовый синдром считается исходом параноидного бреда. Бредовые синдромы могут быть острыми или хроническими, обычно они встречаются при шизофрении.

При преобладании в клинической картине галлюцинаций говорят о галлюцинаторных синдромах. Галлюцинаторные явления с течением болезни становятся основой формирования бреда. Бредовые и галлюцинаторные синдромы имеют судебно-психиатрическое значение. Больные действуют в соответствии с бредом и подчиняются галлюцинациям, что приводит к опасным действиям.

3. Кататонические синдромы

Для кататонического синдрома характерны ступор и двигательное возбуждение, которые могут сменять друг друга у одного больного. Для кататонического ступора, помимо обездвиженности, оцепенения, характерны мутизм с полным или частичным отказом от речевого общения, негативизм, иногда восковая гибкость, называемая «воздушной подушкой», когда

голова находится над подушкой в силу возвышенного тонуса мышц шеи и спины. Нередко больные отказываются от еды, при кормлении оказывают сопротивление, что может привести к физическому истощению. При *люцидном* кататоническом ступоре болезнь проявляется отсутствием активных движений и мутизмом. Утраты сознания не происходит. При *онейроидном* ступоре сознание больного помрачено. Больной испытывает различные галлюцинации, чаще фантастического содержания. При обездвиженности, мутизме выражение лица больного отражает его видения: страх, восторг. После психоза больные сохраняют эти воспоминания. Кататоническое возбуждение проявляется вычурностью движений, неадекватной мимикой. Поведение больного становится нецеленаправленным, возможно немотивирование поведения, аутоагрессия, членовредительство, попытка самоубийства, глотание несъедобных предметов. Речь больного разорванная, состоит из ругательств, выкриков. Больные постоянно в движении, моторика их неуклюжа, недостаточно координирована. Эти синдромы встречаются при шизофрении и других психических расстройствах.

4. Синдромы нарушения сознания

В результате патологических изменений мозга способность к ориентировке в окружающем (аллопсихическая ориентировка) и собственной личности (аутопсихическая ориентировка) могут быть нарушены. Основными признаками, присущими всем вариантам расстройств сознания, являются:

1) отрешенность от реальной обстановки с неотчетливым восприятием окружающего, затруднением или полной невозможностью восприятия; 2) полная или частичная утрата ориентировки в окружающем, в месте, времени; 3) мышление бессвязно, речь непоследовательна; 4) запоминание происходящих событий и собственных болезненных переживаний затруднено, воспоминания о периоде помрачения сознания отрывочны или полностью отсутствуют. Различают выключения и помрачения сознания. При выключении происходит полная утрата отражательной деятельности мозга и психических

функций. Выключения сознания бывают при черепно-мозговой травме, при эпилептических припадках. Различают три степени глубины расстройства сознания: *оглушение*, при котором затруднены восприятия и переработка впечатлений, ориентировка неполная или отсутствует. Вопросы понимаются с трудом, ответы неполные, неточные. Возможность запоминания и воспоминания ослаблена, иногда отсутствует. Мимика бедная, невыразительная. Больной безучастен, сонлив. *Сопор* - более глубокая степень, при этом психические функции исчезают полностью, сохраняется тактильная, болевая чувствительность. *Кома* – самая глубокая степень, при ней сохраняются только жизненные функции организма, которые регулируются на уровне безусловных рефлексов (сердечная, дыхательная деятельность). При углублении комы наступают патологические изменения в их работе и смерть больного. Эти состояния очень опасны. Для их лечения нужны срочные медицинские мероприятия.

Эпилептические припадки – это кратковременные состояния выключения сознания с судорожными или другими произвольными движениями. При большом судорожном эпилептическом припадке внезапно утрачивается сознание, начинаются судороги. Вначале судороги тонические – произвольное сокращение преимущественно мышц-разгибателей, затем – клонические, повторные сгибания-разгибания конечностей и других мышц, в том числе лицевых и языка, что приводит к прикусу языка и появлению пены изо рта. Затем наступает кома, которая сменяется глубоким сном. В начале тонических судорог может быть крик за счет грудной клетки. На короткое время прерывается дыхание, больной резко бледнеет, лицо принимает синюшный оттенок. После клонических судорог дыхание восстанавливается, лицо розовеет. Из-за сокращения мочевого пузыря моча выливается. О припадке больной не помнит, узнает о нем по косвенным признакам: головная боль, разбитость, прикушенный язык, мокрые штаны, ушибы и ссадины. Припадок длится до 5 минут. Обычно припадку предшествует аура в виде галлюцинаций: зрительных, обонятельных; иногда в виде необъяснимого восторга, страха, утраты

чувства реальности. Аура сохраняется в памяти, обычно она однотипна или стереотипна.

Малый эпилептический припадок начинается с внезапного выключения сознания, клинических подёргиваний мышц. Длится малый припадок до 1 минуты.

Абсанс – кратковременная утрата сознания, не сопровождающаяся заметными судорожными явлениями.

Больной внезапно замолкает, лицо становится бессмысленным, бледным или красным. Взгляд отсутствующий. Иногда могут быть непонятные жесты. Больной приходит в сознание, не замечая происходящего. Длительность абсанса - несколько секунд.

В судебной психиатрии чаще встречаются помрачения сознания. К ним относятся делирий, онейроидное состояние, сумеречное расстройство сознания.

Делирий – помрачения сознания с наличием истинных зрительных галлюцинаций. При делирии всегда нарушена ориентировка в окружающем при сохранности ориентировки в собственной личности. Вначале на фоне расстройств сна появляются кошмарные видения, которые больной не в состоянии отличить от сновидений. Одновременно больной повышенно возбудим: взбудоражен, говорлив, суетлив, обеспокоен. Затем нарушается ориентировка в окружающем. У больного начинаются зрительные галлюцинации, которые приобретают сценopodobный характер. Больной становится и зрителем, и действующим лицом развертывающихся картин. Нарастает возбуждение, поведение становится связанным с содержанием бредовых галлюцинаторных переживаний. К зрительным галлюцинациям присоединяются слуховые, тактильные, обонятельные. Обратное развитие делирия может быть быстрым или постепенным. Характерно выздоровление через критический сон. При последующих воспоминаниях реальная обстановка воспринимается нечетко, болезненные переживания – более полно. В состоянии делирия больные могут совершать опасные действия под влиянием болезненных переживаний в отношении окружающих и самих себя. Делирий возникает в результате алкогольной интоксикации, отравления тетраэтилсвинцом, при

сыпном тифе, пневмонии, в остром периоде черепно-мозговой травмы.

Онейроидное (сповидное) помрачение сознания характеризуется сочетанием обрывков отражения реального мира и множества ярких фантастических представлений, произвольно появляющихся у больного. Происходит явное несоответствие между происходящими последовательно, как в сновидении, событиями и обездвиженностью или нелепым возбуждением больного. Отличается грубой дезориентировкой в окружающем и собственной личности. Больные существуют в нереальном мире фантастических переживаний и образов. Они оказываются свидетелями звездных войн, атомных катастроф, посещают иные миры, оказываются в других эпохах. Для этих состояний характерны обильные галлюцинаторные сценopodobные явления и соответствие аффективных расстройств содержанию бреда и галлюцинаций. Выражение лица ступорозного больного бывает либо счастливым, либо мрачным, либо испуганным. В состоянии психомоторного возбуждения больные стремятся куда-то бежать, спрятаться, скрыться. Меняется ощущение течения времени. Оно может быть стремительным или медленным, может остановиться. Онейроидные помрачения сознания встречаются при шизофрении.

Сумеречное расстройство сознания заключается во внезапно наступающем и внезапно прекращающемся непродолжительном помрачении сознания. Происходит полная дезориентировка в окружающем. Поведение больного подчинено бредовым переживаниям, галлюцинациям, аффекту страха, тоски, злобы. Нередко наблюдается психомоторное возбуждение импульсивного характера с агрессивно-разрушительными действиями. Различают три варианта сумеречного расстройства сознания. *Ориентированное сумеречное состояние*, при котором дезориентировка фрагментарна и сохраняется возможность узнавания отдельных мест и людей. Ведущим в поведении становятся немотивированная злоба, раздражение, тяжелая агрессия. *Парапоидный вариант* сопровождается острым образным бредом с содержанием преследования, опасности. Поведение больных отличается бредовым воз-

буждением с агрессией, обусловленной болезненными переживаниями. Третий вариант заключается в хаотическом неистовом возбуждении, вызванном наплывом галлюцинаций и иллюзий. Поведение опасное, разрушительного характера. После выхода из сумеречного расстройства сознания воспоминания отсутствуют. Лишь изредка бывают отдельные отрывочные воспоминания. Сумеречные расстройства сознания очень опасны. Больные совершают тяжкие, опасные действия против близких, окружающих, незнакомых лиц. После возвращения сознания больные потрясены содеянным. Сумеречные расстройства сознания встречаются у больных эпилепсией, органическими заболеваниями головного мозга, они имеют большое судебно-психиатрическое значение. Больные с сумеречными расстройствами сознания опасны, нуждаются в госпитализации.

5. Синдромы интеллектуального снижения – синдромы слабоумия

В судебной психиатрии имеют значение состояния снижения интеллекта, состояния слабоумия – стойкого малообратимого оскудения психической деятельности с резким ослаблением познавательной деятельности, обеднением эмоций и изменением поведения. Различают врожденное слабоумие и приобретенное.

Врожденное слабоумие проявляется в недоразвитии психических процессов, неспособности к усвоению знаний, абстрактному мышлению, недостаточной памяти, скудном запасе знаний и представлений, бедности и неадекватности эмоций. Степень интеллектуального недоразвития при врожденном слабоумии варьирует от незначительных нарушений когнитивной деятельности и эмоциональных расстройств до крайне тяжелых и глубоких, с полным отсутствием речи, навыков поведения. В международных классификациях расстройств учитывают степень психического недоразвития по показателям индекса компетентности YQ, который рассчитывается с помощью ряда психологических тестов по формуле: нижней границей нормы YQ – 70, для легкой степени врожденного

слабоумия характерен YQ 50 – 70, для умеренной – YQ 35 – 50, ниже 30 – тяжелые степени.

Деменция – приобретенное слабоумие, возникает в конечных стадиях различных психических заболеваний. Происходит ухудшение памяти, утрачивается способность к умозаключениям, нарастает неспособность пользоваться прежними знаниями и навыками. Поведение больных нелепое, бестолковое. Настроение меняется от благодушно-эйфоричного до гневливо-злобного. Исчезает критическое отношение к себе и к своим действиям. При прогрессировании заболевания развивается психический маразм с распадом всех функций психики и наступает смерть. В зависимости от заболевания имеются различия в отдельных проявлениях и скорости нарастания психического распада. При атеросклерозе сосудов головного мозга развивается лакунарное слабоумие, при котором страдает память на текущие события. Старые знания сохраняются лучше. При оценке уровня снижения познавательных функций необходимо учитывать критичность.

Критичность – это способность понять реальную причину и правильно оценить ситуацию. При полной сохранности критичности правильная оценка ситуации и своего состояния позволяет выбирать правильное решение. При снижении критических способностей пациенты лишаются возможности действовать адекватно ситуации. Оценка критического отношения к себе, своим переживаниям, поведению имеет значение в судебной психиатрии. Здесь учитывается отношение больного к правонарушению, понимание фактического характера и общественной опасности, противоправности, наказуемости действий, осознание их последствий для него самого и пострадавших.

2. КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

1. Эндогенные заболевания, чаще наследственные: шизофрения, маниакально-депрессивный психоз.

2. Экзогенные заболевания. В их возникновении участвуют внешние факторы: интоксикация, инфекции, травмы, соматические заболевания, психические травмы.

3. Психические расстройства, вызванные нарушениями развития психики: умственная отсталость, расстройства личности.

Согласно «Классификации психических и поведенческих расстройств» международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) психические расстройства разделяются на следующие диагностические рубрики:

F0 — органические, включая симптоматические, психические расстройства.

F1 — психические и поведенческие расстройства, вследствие употребления психоактивных веществ.

F2 — шизофрения, шизотимические и бредовые расстройства.

F3 — аффективные расстройства построения.

F4 — невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства.

F6 — расстройства зрелой личности и поведения у взрослых.

F7 — умственная отсталость.

Рубрики, не имеющие судебно-психиатрического значения, здесь не приведены.

4. Методы исследования в судебной психиатрии

Основной метод — клинико-психопатологический — выяснение особенностей жизни больного и установление наличия или отсутствия болезненных симптомов. Эти данные получают с помощью расспроса, беседы с пациентом. При беседе необходимо постараться получить сведения о комплексе переживаний, воззрениях, знаниях, навыках, опыте, способе построения умозаключений, отношении к окружающему и событиям собственной жизни, о субъективной оценке происходящего и собственных мыслей, эмоциональных проявлениях. Классики психиатрии рекомендуют начинать расспрос больного с общих вопросов: об образе жизни, семье, профессии, увлечениях, текущих событиях, интересах. После общей беседы врач уточняет выявившиеся болезненные явления, переходит к направленному расспросу об основных признаках расстройств. Вопросы не должны быть нацелены на психопатологические

жалобы, особенно при экспертизе. Кречмер приводил четыре типа вопросов с разной степенью возможности внушения:

1. Расскажите, что Вас привело на экспертизу?
2. Испытываете ли Вы какие-нибудь боли или нет?
3. Испытываете ли Вы какие-нибудь боли?
4. У Вас есть боли, не правда ли?

Первый тип вопроса дает возможность спокойно излагать свои соображения.

Второй тип вопроса – альтернативный, он ограничивает тему разговора и избегает внушения, пациент способен выбрать ответ. Третий и четвертый типы – пассивный и активный, внушающих вопросов следует избегать. Тем не менее, их иногда ставят перед пациентами, пытающимися сообщить вымышленные сведения и симулировать. В этих случаях попытка внушения не соответствующего изображаемому расстройством ответа может помочь в диагностике.

В клинические методы обследования включается анализ прошлой жизни пациента, его субъективного анамнеза, который оценивается с помощью расспроса. Выясняют данные о наследственности, особенностях беременности и родов матери, его раннем развитии, перенесенных заболеваниях, школьной успеваемости, полученной профессии, трудовых навыках и деятельности. Внимание уделяется перенесенным черепно-мозговым травмам, пребыванию на лечении в психиатрических учреждениях. Выясняются особенности состояния и поведения больного во время следствия или суда. В судебно-психиатрической клинике объективные данные о личности больного, его прошлом эксперт берет из материалов уголовного дела. Поэтому очень важными являются подробные допросы родных и знакомых, медицинские справки, выписки и подлинники историй болезни, описания обстоятельств правонарушения, которые должны содержаться в материалах уголовного дела при направлении подозреваемого или обвиняемого на экспертизу. Наблюдение за пациентом также относится к клиническим методам. В процессе беседы психиатр наблюдает за поведением,

мимикой, проявлениями эмоций пациента. При проведении стационарных экспертиз пациент круглосуточно находится под надзором медицинского персонала. Данные о его поведении позволяют сделать вывод о наличии или отсутствии психического расстройства.

Психологические методы позволяют объективно оценить сферу мышления, памяти, эмоций, особенности личности, ее установок. Современные психологические методы включают различные стандартизированные методики, проективные методики, набор традиционных проб, направленную психологическую беседу. Экспериментально-психологические данные очень важны для диагностики и экспертного решения. При проведении экспертизы в стационаре большое значение имеют неврологическое обследование, консультации терапевта, окулиста, нейрохирурга, эндокринолога. Полученные сведения позволяют психиатру более точно обосновать диагноз. **Параклинические методы** дают возможность объективной оценки некоторых расстройств: электроэнцефалография, картирование мозга, компьютерная томография, ядерно-магнитно-резонансная томография. Они способны определить изменения мозговых структур. Все данные психиатрического обследования и результаты дополнительных лабораторных исследований пациента документируются в истории болезни, заполняемой психиатром-экспертом. Содержание истории болезни служит основой составления экспертного судебно-психиатрического заключения – акта судебно-психиатрической экспертизы. Комплекс клинико-психопатологических и ряда дополнительных методик позволяет решить вопросы диагностики и обосновать экспертное заключение.

II. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ

- 1. Законодательные положения о судебно-психиатрической экспертизе.*
- 2. Права и обязанности психиатра-эксперта.*
- 3. Правовые принципы назначения судебно-психиатрической экспертизы.*

4. Основные вопросы, которые ставятся судебно-психиатрической экспертизе.

5. Виды судебно-психиатрических экспертиз.

6. Судебно-психиатрическое заключение и его оценка следствием и судом.

1. Законодательные положения о судебно-психиатрической экспертизе

Судебно-психиатрическая экспертиза осуществляется в соответствии с положениями Уголовного и Гражданского процессуальных кодексов. Судебно-психиатрическая экспертиза подразумевает исследование сведущим в области психиатрии лицом – психиатром-экспертом – обвиняемых, подозреваемых, свидетелей и потерпевших — в уголовном процессе, истцов и ответчиков – в гражданском процессе с целью определения их психического состояния в период, интересующий орган расследования или суд, в какой-либо юридической ситуации. Закон специально предусматривает обязательное проведение судебно-психиатрической экспертизы в случаях, когда возникают сомнения по поводу вменяемости или способности отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими к моменту производства по делу обвиняемых и подозреваемых, а также в случаях сомнения в способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания потерпевших и свидетелей (статья 173 УПК Республики Узбекистан). Обязательность проведения экспертизы в обширной области уголовного процесса свидетельствует о важном месте судебно-психиатрической экспертизы в судопроизводстве и значении судебно-психиатрического заключения среди других доказательств по делу.

2. Права и обязанности психиатра-эксперта

Права и обязанности эксперта определяются процессуальным законом. Психиатр-эксперт участвует в исследовании, при этом он должен хорошо изучить материалы уголовного или

гражданского дела. Такое право, а также возможность ходатайствовать о предоставлении дополнительных сведений, необходимых для обоснования экспертного заключения, предоставлено эксперту (статья 68 УПК Республики Узбекистан).

Психиатр-эксперт обязан провести полное, всестороннее обследование пациента, направленного на экспертизу. При этом используются современные методы исследования, разрешенные к применению. Пациента необходимо предупреждать о возможных последствиях и осложнениях при различных видах обследования. Психиатр-эксперт должен дать объективное, обоснованное заключение. Он обязан отказаться от производства экспертизы в случаях нарушения процессуального порядка назначения экспертизы, которые затрудняют или делают невозможным ее проведение, при постановке перед экспертом вопросов, выходящих за пределы его специальных познаний, при недостаточности материалов суда для заключения, при отказе дополнить их или невозможности это сделать. В этих случаях эксперт обязан в письменной форме, мотивированно сообщить органу, назначившему экспертизу, о невозможности дать экспертное заключение (статья 68 УПК Республики Узбекистан). Обычно подобные ситуации возникают из-за неполноты материалов дела и плохой его подготовки к назначению экспертизы. Эксперт обязан сообщить об отводе себя в качестве эксперта лицу, назначившему экспертизу. Решение об отводе эксперта принимается лицом, проводившим дознание, следователем или прокурором, в суде – судом, рассматривающим дело. Основаниями для отвода эксперта являются: если эксперт — потерпевший, свидетель, гражданский истец по данному делу; если он родственник обвиняемого или потерпевшего; если он заинтересован в исходе дела; если он в служебной или другой зависимости от обвиняемого или потерпевшего; в случае его профессиональной некомпетентности. Эксперт обязан явиться по вызову лица, проводящего следствие, или суда. Он не имеет права разглашать сведения, связанные с проведением экспертизы, отказываться от ее проведения без достаточных оснований, давать заведомо ложное заключение. Нарушение этих обязанностей влечет

уголовную ответственность (ст. ст. 238, 239 и 240 УК Республики Узбекистан). Эксперт может присутствовать при проведении следственных и судебных действий, если это необходимо для получения данных, относящихся к предмету экспертизы; участвовать в исследовании материалов дела в стадии судебного разбирательства; ходатайствовать о проведении комплексной экспертизы, например, совместно с психологом или сексопатологом. Согласно ст. 184 УПК эксперт дает заключение от своего имени и несет личную ответственность за вынесенное заключение. В судебно-психиатрической практике принято давать комиссионное заключение. Экспертная комиссия состоит из трех человек: председателя, члена комиссии, врача-докладчика.

При проведении комиссионной экспертизы (ст. 177 УПК) участники экспертизы перед вынесением заключения совещаются между собой. Если они приходят к общему заключению, то оно подписывается всеми экспертами. Если они не согласны, каждый эксперт дает отдельное заключение. Если при производстве экспертизы эксперт устанавливает обстоятельства, имеющие значение для дела, но вопросы ему поставлены не были, он вправе указать на них в своем заключении (ст. 68 УПК).

3. Правовые принципы назначения судебно-психиатрической экспертизы

Обвиняемый, потерпевший, их родственники, защитник, прокурор, истец, ответчик и их представители имеют право ходатайствовать о назначении судебно-психиатрической экспертизы (фамилия эксперта или название учреждения, в котором она должна быть проведена, вопросы, поставленные перед экспертом, и материалы, предоставленные в распоряжение эксперта). Следователь обязан ознакомить обвиняемого с постановлением о назначении экспертизы. Если психическое состояние обвиняемого становится невозможным для его ознакомления с постановлением, следователь имеет право не знакомить его с этим постановлением. Основанием для

назначения судебно-психиатрической экспертизы являются сомнения в психической полноценности обвиняемого. Эти основания следователь указывает в постановлении о назначении экспертизы. Важным источником информации о психических расстройствах лица, направленного на экспертизу, являются психоневрологический диспансер и наркологический диспансер. Получение медицинской документации из медицинских учреждений производится по письменному запросу следователя, с его подписью и печатью, на имя главного врача диспансера или больницы. Требуется подлинники (истории болезни, медицинские карты), иногда достаточно выписок из истории болезни. Каждый медицинский документ должен быть изучен, осмотрен подлинным. Необычное поведение обвиняемого также является причиной направления его на экспертизу. Характер криминала, его кажущаяся безмотивность, противоречие между совершенным действием и личностью обвиняемого, иногда необычная жестокость также являются показателем для назначения судебно-психиатрической экспертизы. По уголовным делам, где мера наказания – смертная казнь, проведение судебно-психиатрической экспертизы обязательно. Жестокость поступков также является основанием для судебно-психиатрической экспертизы и тоже может быть связана с психическими расстройствами.

Назначение судебно-психиатрической экспертизы может быть осуществлено на стадии судебного разбирательства. В таких случаях суд выносит определение о назначении экспертизы. Если экспертиза была проведена раньше, суд выносит определение о повторной экспертизе, если он не согласен с ее заключением, или о дополнительной, если заключение экспертизы является неполным или недостаточно ясным. Важным показанием для назначения экспертизы является резкое изменение поведения подсудимого во время судебного разбирательства. В этих условиях лучше вызвать на судебное заседание психиатра-эксперта для решения вопроса о возможности участия подсудимого в судебном разбирательстве и необходимости назначения новой судебно-психиатрической экспертизы. Проведение судебно-психиатрической экспертизы производится

в психиатрическом учреждении, в котором существуют специальные подразделения, амбулаторные или стационарные судебно-экспертные комиссии. На них распространяется действие статьи 183 УПК о производстве экспертизы в экспертном учреждении, которая предусматривает, что руководитель экспертного учреждения поручает проведение экспертизы определенным экспертам, разъясняет им их права и обязанности и предупреждает об ответственности за отказ, уклонение от дачи заключения в соответствии с действующим законодательством.

4. Основные вопросы, которые ставятся судебно-психиатрической экспертизе

В связи с тем, что предметом судебно-психиатрической экспертизы является установление наличия или отсутствия психического расстройства у лица, направленного на экспертизу, то первый вопрос касается выяснения психического расстройства:

* Страдало ли данное лицо в прошлом и страдает ли оно в настоящее время каким-либо психическим расстройством. Если страдает, то каким именно?

Остальные вопросы зависят от процессуального положения лица, которому назначается судебно-психиатрическая экспертиза. Если речь идет об обвиняемом, вопросы рекомендуется ставить в следующей форме:

* Страдал ли обвиняемый во время совершения инкриминируемого ему деяния психическим расстройством, которое делало обвиняемого неспособным в этот период осознать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими? Если он страдал психическим расстройством, то каким? На основании ответа на этот вопрос, что именно это лицо совершило инкриминируемое ему правонарушение, обосновывается вменяемость-невменяемость обвиняемого.

Если лицо с психическими расстройствами признано вменяемым, задается следующий вопрос:

Оказывали ли влияние выявленные психические расстройства у обвиняемого, признанного вменяемым во время совершения инкриминируемого ему деяния, на способность в полной мере осознать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими?

Положительный ответ экспертов на этот вопрос должен учитываться судом при назначении наказания и может послужить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера (статья 94 УК Республики Узбекистан).

Следующий вопрос касается возможности участия обвиняемого в судебно-следственных действиях. Это – “уголовно-процессуальная дееспособность”, то есть способен ли подозреваемый к моменту производства по делу отдавать отчет в своих действиях или руководить ими.

* Не страдает ли обвиняемый психическим расстройством, которое делает его неспособным ко времени производства по уголовному делу осознать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими?

* Если да, то делает ли это психическое расстройство невозможным назначение данному лицу наказания?

* Нуждается ли обвиняемый в применении к нему мер медицинского характера. Если да, то каких именно?

В отношении обвиняемых ставится также вопрос о наличии у них алкоголизма или наркомании и необходимости принудительного лечения от этих недугов в случае их осуждения:

* Страдает ли обвиняемый алкоголизмом или наркоманией? Нуждается ли он в принудительном лечении от алкоголизма или наркомании? Имеются ли у него медицинские противопоказания к такому лечению?

В отношении свидетелей и потерпевших в случаях сомнений в том, что их психическое состояние позволяет адекватно участвовать в судебно-следственных действиях, вопрос звучит так:

* Способен ли данный свидетель (потерпевший) по состоянию своего психического здоровья правильно воспринимать свои действия и давать о них правильные показания?

Круг вопросов, касающихся психических особенностей и расстройств потерпевших, шире:

* Не является ли психическое расстройство потерпевшего последствием совершенного в отношении него преступления, какова тяжесть этого расстройства?

Такой вопрос ставится перед комплексной судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизой.

О наличии беспомощного состояния вопрос формулируется так:

* Не лишало ли потерпевшего его психическое расстройство способности понимать характер и значение совершаемых в отношении него преступных действий или оказывать сопротивление виновному?

Обычно этот вопрос задается в связи с делами об изнасиловании. Возможен также вопрос о психическом состоянии потерпевшего ко времени производства по уголовному делу. Этот вопрос возникает, если в период судебно-следственных действий психическое состояние потерпевшего изменилось и появляется сомнение, сможет ли он участвовать в процессуальных действиях. Главные вопросы сводятся к выяснению дееспособности и нуждаемости лица в учреждении над ним опеки, а также к решению вопроса о психическом состоянии лица в момент совершения им той или иной сделки. В последние годы широко распространены комплексные судебно-психиатрические экспертизы, в которых принимают равное участие представители различных медицинских дисциплин, психологи.

5. Виды судебно-психиатрических экспертиз

Судебно-психиатрическая экспертиза производится комиссией в составе не менее трех врачей, имеющих специальную психиатрическую подготовку. Существуют следующие виды судебно-психиатрических экспертиз:

- 1) экспертиза в кабинете следователя;
- 2) амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза;
- 3) стационарная экспертиза;

4) экспертиза в судебном заседании;

5) заочная и посмертная экспертиза.

Различают также дополнительные, повторные и комплексные экспертизы.

1. Экспертиза в кабинете следователя носит консультативный характер. Эксперт, ознакомившись с материалами дела, обследовав подэкспертного, ограничивается предположительным заключением о наличии или отсутствии психических расстройств. Он рекомендует, какой вид экспертизы следует провести, уточняет, какими медицинскими документами и материалами нужно дополнить уголовное дело. В редких случаях эксперт может высказать окончательное суждение о вменяемости, обычно тогда, когда речь идет об отсутствии психических расстройств у обвиняемого и отсутствии показаний для производства других видов судебно-психиатрической экспертизы.

2. Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза – самая распространенная. Она экономична, быстро проводится, удобна для подэкспертных и работников судебно-следственных органов. Она состоит в однократном освидетельствовании подэкспертного комиссией врачей-психиатров. Для этой цели действуют постоянные амбулаторные комиссии, утвержденные местными органами здравоохранения. Врач-докладчик сначала знакомится с материалами судебного дела и медицинской документацией. В день комиссии он обследует подэкспертного и докладывает результаты исследования на комиссии, которая выносит окончательное экспертное заключение в случаях, когда данных достаточно для решения поставленных вопросов. Амбулаторные экспертные комиссии решают широкий круг экспертных вопросов, касающихся обвиняемых, подозреваемых, потерпевших, истцов и ответчиков. В амбулаторных условиях возможна оценка психического состояния обвиняемых в момент совершения правонарушения, диагностика психических расстройств, возникающих после совершения противоправных действий.

3. Стационарная экспертиза – наиболее совершенная форма психиатрической экспертизы. Срок стационарного наблюдения не должен превышать 30 дней.

Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза проводится при необходимости более глубокого обследования подэкспертного, когда оценка психического состояния представляет дифференциально-диагностические сложности, при лабораторных исследованиях (исследование спинномозговой жидкости, биоэлектрической активности мозга, крови), когда в связи с тяжестью правонарушения требуется длительное время для изучения и анализа материалов дела и сопоставления их с данными клинического наблюдения. Стационарная судебно-психиатрическая экспертиза для лиц, содержащихся под стражей, обычно проводится при психиатрических больницах, в специально оборудованных, охраняемых судебно-психиатрических отделениях. Исключается совместное содержание подследственных и осужденных, лиц, привлекаемых к ответственности по одному и тому же делу. Неарестованные обвиняемые могут быть госпитализированы в общие отделения психиатрической больницы с санкции прокурора или по определению суда. Основную работу выполняет курирующий врач, который должен проанализировать материалы дела, имеющуюся медицинскую документацию, осуществлять систематическое наблюдение за пациентом, его психическим состоянием. При показаниях испытуемых должны осматривать врачи-консультанты различных специальностей. Экспериментально-психологическое исследование проводится патопсихологом. Стационарная экспертиза проводится в фиксированные дни, на комиссии присутствуют все ее члены. Освидетельствование производится тремя врачами-экспертами: председателем комиссии (главный врач или его заместитель по медицинской части), членом (заведующий отделением) и врачом-докладчиком. Результаты экспертизы оформляются актом, который подписывается всеми членами комиссии при наличии единого мнения.

4. Экспертиза в судебном заседании. Она может быть первичной; в этих случаях эксперт может вынести окончательное решение или рекомендовать проведение амбулаторной или

стационарной экспертизы. Чаще экспертиза в суде проводится подэкспертным, ранее проходившим судебно-психиатрическую экспертизу, с окончательным экспертным решением. Эксперт дает разъяснение по отдельным данным акта экспертизы. Эксперт может быть приглашен на судебное заседание при наличии в деле противоречивых экспертных заключений. Эксперт, представители комиссий, вынесших различные заключения, должны разъяснить суду и обосновать свои экспертные заключения. Присутствие эксперта на судебном заседании необходимо при изменении психического состояния после проведения судебно-психиатрической экспертизы, признавшей лицо вменяемым. При назначении судом мер медицинского характера лицам, признанным невменяемыми, присутствие эксперта может помочь суду правильно оценить социальную опасность психического больного и более адекватно выбирать меры медицинского характера. В случаях, когда в период проведения экспертизы комиссии не имели достаточных материалов дела, характеризующих состояние обвиняемого в момент преступления, экспертная комиссия выносит заключение о необходимости присутствия экспертов в суде, чтобы они могли вынести окончательное решение о вменяемости или невменяемости. Эксперт в судебном заседании имеет право задавать вопросы обвиняемому, свидетелям, потерпевшим и освидетельствовать обвиняемого. Последнее производится в отсутствие участников процесса и суда.

5. Заочная и посмертная экспертиза проводится по материалам дела. Посмертная экспертиза широко проводится в гражданском процессе, когда возникают сомнения в психическом здоровье лица, совершившего при жизни гражданские акты (завещания, дарения, вступления в брак). Посмертная экспертиза проводится и при самоубийстве. Большое значение при этом имеют полнота материалов уголовных и гражданских дел, медицинская документация, допросы родных, близких людей, заключения патолого-анатомических вскрытий.

Дополнительные экспертизы назначаются в связи с вновь открывшимися обстоятельствами. Экспертное заключение может быть представлено дополнением к основному акту

экспертизы. Повторные экспертизы назначаются при сомнениях органов следствия и суда в правильности первичного заключения. Они проводятся новым составом экспертов и в другом психиатрическом учреждении. В комплексной экспертизе принимают участие специалисты других медицинских дисциплин. Это психолого-психиатрические, судебно-психиатрические, судебно-медицинские экспертизы. Возможно участие также токсикологов, наркологов. Если эксперты приходят к единому мнению, составляется единый акт экспертизы, который подписывается всеми специалистами. В комплексных экспертизах все специалисты наделяются одинаковыми правами.

6. Судебно-психиатрическое заключение и его оценка следствием и судом. Заключение экспертов оформляется актом судебно-психиатрической экспертизы. Акт экспертизы состоит из введения, аналитической части (сведения о жизни подэкспертного, данные о прошлых заболеваниях, их течении, соматическом и неврологическом состоянии, описание психического состояния) и заключительной части – обоснование диагноза и экспертного решения.

В вводной части акта содержатся дата и место производства экспертизы, паспортные данные, процессуальное положение подэкспертного (у обвиняемого – статья УК), состав экспертной комиссии; орган, направивший на экспертизу; вопросы, поставленные перед экспертной комиссией; сведения о судебно-психиатрических экспертизах, проведенных по данному делу, и экспертные решения.

В анамнестической части приводятся данные о наследственности, семейном положении, перенесенных заболеваниях, черепно-мозговых травмах, лечении в психиатрических больницах, обращаемости в психоневрологический диспансер. При этом указывается, что известно со слов испытуемого, что подтверждается медицинскими документами (с номерами историй болезни, датами поступления и выписки), сведениями со слов родных, близких лиц, освещаются прошлые судимости и освидетельствования судебно-психиатрическими комиссиями. Анамнестические сведения заканчиваются временем поступления на стационарную экспертизу или амбулаторное осви-

детельствование. При диагностике или отрицании кратковременных расстройств психической деятельности в момент совершения правонарушения освещаются данные материалов уголовного дела со ссылками на листы дела и фамилии свидетелей.

В разделе соматического и неврологического состояния отражаются результаты обследования испытуемого, данные анализов, лабораторных исследований, заключения консультантов.

В разделе психического состояния описываются ориентировка испытуемого, настроение, психопатологическая симптоматика, особенности эмоциональных реакций, мышления, отношение к совершенному деянию, данные психологического исследования.

В заключительной части акта приводятся диагноз заболевания, его обоснование, экспертное обоснование, при наличии психического заболевания и заключения о невменяемости оценивается степень социальной опасности испытуемого и рекомендации по применению мер медицинского характера. Основным признаком, характеризующим качество акта экспертизы, является соотношение описательной части с результативной. При наличии противоречий в данных частях акта назначаются повторные или дополнительные судебно-психиатрические экспертизы. Акт подписывается всеми членами комиссии и скрепляется печатью учреждения. Оценка акта экспертизы, экспертного решения принадлежит органу, назначившему экспертизу.

IV. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В УГОЛОВНОМ ПРОЦЕССЕ

- 1. Понятие вменяемости и невменяемости.*
- 2. Уголовная ответственность лиц с психическими расстройствами, не исключаяющими вменяемость.*
- 3. Способность обвиняемого с психическим расстройством участвовать в судебно-следственных действиях.*
- 4. Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших.*

5. *Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза в уголовном процессе.*

Освидетельствование обвиняемых в уголовном процессе является частым видом судебно-психиатрической экспертизы. Судебно-психиатрические эксперты должны дать заключение о психическом состоянии обвиняемого в период совершения им общественно опасного деяния и высказать свое мнение и рекомендации по вопросу о его вменяемости, то есть о возможности вменения данному лицу совершенного им противоправного деяния. Основной предпосылкой вины правонарушителя является вменяемость, то есть способность лица правильно понимать сущность совершенного деяния, осознать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Невменяемость имеет место тогда, когда не соблюдены указанные выше условия при том или ином болезненном состоянии психической деятельности. Решение вопроса о вменяемости является основной задачей судебно-психиатрической экспертизы. Согласно законодательству, вменяемым может быть лицо, обладающее определенными психическими данными и достигшее определенного возраста. Вменяемость – это юридическое понятие, позволяющее отграничить преступления от общественно опасных действий. В узбекском законодательстве формула невменяемости изложена в статье 18 УК и сформулирована следующим образом: «Не подлежит ответственности лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости, то есть не могло сознавать значение своих действий или руководить ими вследствие хронической психической болезни, временного расстройства психики, слабоумия либо иного болезненного психического расстройства».

К лицу, совершившему общественно опасное деяние и признанному невменяемым, судом могут быть применены принудительные меры медицинского характера». Поэтому формула невменяемости содержит два критерия – медицинский (психиатрический) и юридический (психологический), которые и определяют невменяемость лица, совершившего общественно опасные деяния.

Медицинский критерий содержит перечень психической патологии, которая, при наличии юридического критерия, может исключать вменяемость. Этот критерий сформулирован так, что охватывает все известные формы психических заболеваний, патологических состояний, личностных аномалий. Он состоит из четырех признаков и отражает современный уровень психиатрической диагностики.

К первой группе относятся хронические психические заболевания, протекающие длительно, имеющие тенденцию к постепенному нарастанию и усложнению психических расстройств. Сюда относятся и приступообразно протекающие психические заболевания, при которых в состояниях ослабления отмечаются признаки медленного течения процесса или дефекта психических функций. Это такие заболевания, как: шизофрения, эпилепсия, прогрессивный паралич, предстарческие и старческие психозы. Тем не менее, современное учение о шизофрении, наряду со злокачественными формами, дает описание одноприступной шизофрении с наличием стойкой многолетней делирии и рекуррентной шизоаффективной формы, что позволяет сомневаться в правомерности трактовать все случаи шизофрении в рамках хронического заболевания в судебно-психиатрической практике. Поэтому понятия хронического психического заболевания в общей и судебной психиатрии могут не совпадать. Такой диагностический подход объясняется необходимостью в судебно-психиатрической практике применять определения, опосредованно соотносимые с юридическим критерием.

Вторая группа представлена психическими заболеваниями, имеющими различную продолжительность и заканчивающимися выздоровлением. К ним относятся: патологическое опьянение, патологический аффект, патологическое просоночное состояние, сумеречные расстройства сознания, реактивные состояния декомпенсации при психопатиях, белая горячка. Перечисленные психопатические состояния имеют различную протяженность во времени – от нескольких минут, часов до нескольких месяцев. Временной фактор не является ведущим. Основным критерием временных расстройств психической

деятельности следует считать полную обратимость психических расстройств.

К третьей группе относятся такие аномалии психики, которые не имеют процессуальной основы. К ним относятся психопатии, которые определяются как личностные аномалии, свойственные лицам на протяжении всей их жизни. При психопатиях одни формы находятся на грани здоровья, другие примыкают к психическим заболеваниям. Эта группа психических нарушений выделяется как «иные болезненные состояния». Эти состояния расцениваются как имеющие качественное отличие от психической нормы.

К четвертой группе относятся все психические заболевания, которые протекают с нарушением интеллектуальной функции как врожденного, так и приобретенного характера. Для решения вопроса о вменяемости или невменяемости недостаточно одного медицинского критерия. Медицинский критерий указывает на необходимость распознать заболевание и квалифицировать его применительно к медицинскому критерию. Различные психические заболевания вызывают различные по выраженности психические расстройства – от легких, не нарушающих осмысления ситуации и не изменяющих социальную адаптацию, до тяжелых, выключающих больного из социальной жизни. Поэтому ведущим критерием, определяющим степень психических расстройств, свойственных испытуемому, и определяющим вменяемость-невменяемость, является юридический критерий.

Юридический критерий представляет собой обобщающую характеристику тех же самых клинических данных о болезненных расстройствах психики, но с точки зрения их тяжести. Юридический критерий состоит из двух признаков: интеллектуального – возможности осознать фактический характер и общественную опасность своих действий и волевого – возможности руководить ими. Наличие признаков юридического критерия позволяет анализировать различные стороны психической деятельности испытуемого – его мыслительную, эмоционально-волевою, интеллектуальную функции.

Первая часть критерия требует анализа критических способностей подэкспертного, возможности адекватно оценить обстановку и собственное поведение. Из положения о невозможности понимания субъектом сущности своих действий, неспособности к их контролю, то есть утраты критичности, вытекает, что интеллектуальный критерий перекрывает волевой. Это свидетельствует о нарушении способности руководить своими действиями, то есть о невменяемости. Если человек сохраняет формально способности понимать сущность своих действий, осознает их противоправность и неприемлемость для окружающих, но утрачивает возможность удержаться от своего поступка, то нарушается способность руководить своими действиями. В таких случаях преобладает волевой признак. Часто это проявляется при психопатиях, при неглубоких формах олигофрении, инфантилизме, когда при относительно сохранных интеллектуальных функциях эмоционально-волевые расстройства определяют принятие решений и поведение таких обвиняемых. В этих случаях волевой признак становится ведущим, а интеллектуальный приобретает роль соподчиненного составляющего. Интеллектуальный и волевой признаки составляют единую цепь в обосновании вменяемости или невменяемости лица, совершившего противоправные деяния. В процессе экспертной диагностики основным заключительным этапом является сопоставление медицинского и юридического критериев, что и определяет формулу невменяемости. Обязательным условием невменяемости является совпадение медицинского и юридического критериев.

Вторая часть. Уголовная ответственность лиц с психическим расстройством, не исключаяющим вменяемость.

Понятие «психические аномалии» объединяет широкий круг психических нарушений, разнообразных по клиническим проявлениям, степени выраженности и нозологической природе, которые имеют ряд общих признаков: личностный уровень поражения, неглубокие интеллектуальные и аффективные нарушения. Пограничный характер указанных расстройств, отсутствие признаков юридического критерия невменяемости не исключают у таких лиц возможности осознавать фактический

характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Поэтому они признаются вменяемыми. Но наличие нарушений интеллектуальных и эмоционально-волевых функций таких лиц может накладывать отпечаток на мотивацию их противоправного поведения, способов реализации их преступных намерений, ограниченных возможностей воздержаться от преступного поведения. Поэтому вменяемое лицо, которое во время совершения преступления в силу психического расстройства не могло в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий, либо руководить ими, подлежит уголовной ответственности. Психическое расстройство, не исключающее вменяемость, учитывается судом при назначении наказания и может служить основанием для назначения принудительных мер медицинского характера. Поэтому перед экспертной судебно-психиатрической комиссией могут быть поставлены следующие вопросы: не страдал ли обвиняемый психическим заболеванием в период совершения правонарушения, не страдает ли им в настоящее время, обнаруживал ли он в момент совершения правонарушения временные расстройства психической деятельности, мог ли он понимать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими в полной или не в полной мере, нуждается ли данное лицо в назначении принудительных мер медицинского характера, предусмотренных законодательством, и каких именно.

Третья часть. Способность обвиняемого с психическими расстройствами участвовать в судебно-следственных действиях.

Иногда психические расстройства возникают после совершенного правонарушения до вынесения приговора. Решение этих вопросов предусмотрено ст. 92: «Лицу, заболевшему до вынесения приговора или во время отбывания наказания психическим заболеванием, лишаящим его способности осознавать значение своих действий или руководить ими, судом могут быть назначены принудительные меры медицинского характера». В данном случае речь идет о способности обвиняемого по психическому состоянию участвовать в судебно-

следственных действиях и осуществлять самостоятельно свое право на защиту. Действие статьи 92 УК Республики Узбекистан распространяется на психические расстройства как временные, так и хронические, возникающие после совершения преступления. Поэтому при диагностике психических нарушений, возникающих после совершения преступления, эксперт должен оценить форму психической патологии, ее нозологическую принадлежность, варианты ее течения и исход. Важность точности такой квалификации психического состояния определяется необходимостью конкретных рекомендаций относительно мер медицинского характера и дальнейшей после выздоровления процессуальной деятельности подэкспертного, так как лица, в случае их выздоровления, могут подлежать уголовной ответственности и наказанию. При временных расстройствах психической деятельности больные после лечения возвращаются на следствие и суд, при хронических психических заболеваниях после лечения больной теряет способность участвовать в судебно-следственных действиях и остается в ведении органов здравоохранения. Большое значение для оценки показаний, данных подэкспертным, имеет квалификация психического заболевания, возникшего после совершения правонарушения, и определение времени его начала. Показания, данные до возникновения болезни, являются показаниями психически здорового человека. К показаниям, имевшим место после начала заболевания и во время него, нужно относиться как к показаниям, данным лицом в болезненном состоянии. Точное распознавание заболевания, возникшего до вынесения приговора, имеет прогностическое значение. Неглубокие невротические реакции и явления психической подавленности часто возникают на ранних этапах следствия, они кратковременны, полностью обратимы, не оказывают существенного влияния на процессуальную дееспособность подэкспертного. У лиц пожилого возраста, с последствиями органических заболеваний головного мозга, обнаруживается тенденция к углублению состояния и затяжному течению. Этим самым они существенно влияют на процессуальную дееспособность лиц. В этих случаях необходимо точно

определить, к какому периоду течения психического расстройства относятся показания подэкспертного и следственные действия, совершаемые с ним. Выявление психических расстройств после совершения правонарушения может определенным образом сказаться на оценке психического состояния подэкспертного в момент совершения правонарушения. Например, выраженные депрессивные расстройства, выявленные экспертами в момент обследования, дают основания отнести эти расстройства к моменту совершения противоправных действий. В этих случаях речь может идти о глубине депрессивных расстройств в тот период времени. Манифестация шизофрении указывает на возможность проявлений, свойственных этому заболеванию в начальных периодах, имевших место задолго до правонарушения. В случаях, когда после совершения правонарушения развивается хроническое психическое заболевание, лицо судом может быть освобождено от отбывания наказания. После проведения принудительного лечения врачебная комиссия должна оценить психическое состояние подэкспертного: полное выздоровление, степень обратного развития психических нарушений или заболевание приняло затяжное хроническое течение. Если наступило выздоровление или улучшение, то нужно указать, в какой мере лицо осознает фактический характер и общественную опасность своих действий и может руководить ими.

Четвертая часть. Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших.

Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших констатирует их психическое состояние на предмет способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. Речь идет о процессуальной дееспособности этих участников уголовного процесса. В зависимости от возраста, психического здоровья, физического состояния потерпевший может быть признан процессуально дееспособным, ограниченно дееспособным или недееспособным. К полностью недееспособным относятся малолетние (до 14 лет), к ограниченно недееспособным – лица от 14 до 18 лет, к дееспособным – с 18 лет.

Определение степени психической зрелости малолетнего и несовершеннолетнего относится к компетенции психолога-эксперта. Поэтому при учетывании фактора психической зрелости несовершеннолетнего потерпевшего рекомендуется комплексная судебно-психиатрическая экспертиза. Способность самостоятельно реализовать свои права зависит от особенностей личности потерпевшего. Лица робкие, застенчивые, нерешительные выглядят ниже своих способностей. Оценка неболезненных индивидуально-психологических особенностей психики проводится психологом. Свидетелем и потерпевшим может оказаться лицо с любой формой психической патологии. Наиболее часто судебно-психиатрическая экспертиза назначается в отношении лиц, страдающих олигофренией, ранним органическим поражением головного мозга, перенесших черепно-мозговую или психическую травму в криминальной ситуации, и реже – в отношении больных шизофренией. Экспертное заключение приобретает особую актуальность, если речь идет о потерпевших с психической патологией, которые иногда являются единственными очевидцами происшедшего, чаще всего по половым правонарушениям.

Экспертное заключение в отношении лиц с психической патологией должно отражать способность лица осуществлять процессуальные функции на разных этапах юридической ситуации с учетом характера психических расстройств и их динамики. Поэтому в одном заключении могут найти отражение многие взаимосвязанные экспертные вопросы. Определение уголовно-процессуальной дееспособности строится по аналогии с понятием вменяемости и невменяемости. Медицинские критерии определяются понятием “психическое расстройство”, которое охватывает все формы психической патологии. Юридические критерии определяют невозможность потерпевшим и свидетелем правильно воспринимать обстоятельства дела и давать о них правильные показания, понимать характер и значение совершенных в отношении потерпевшего деяний, оказывать сопротивление в криминальной ситуации, осуществлять свое право на защиту. Широкий диапазон процессуальных функций потерпевшего и разнообразие психической патологии

требуют дифференцированного экспертного заключения. В отношении свидетелей обычно решается следующий вопрос: "Может ли данное лицо правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания?" В отношении потерпевшего круг вопросов шире. У больных с умственной отсталостью имеются разнообразные психические нарушения. При глубокой дебильности интеллектуальные и волевые расстройства выражены так глубоко, что такие потерпевшие не способны правильно воспринимать обстоятельства дела и давать о них правильные показания, не понимают значение совершенных в отношении них деяний, не могут осуществлять свои процессуальные функции. У больных с пограничной умственной отсталостью интеллектуальное недоразвитие выражено незначительно, у них не выявляются выраженные признаки эмоционально-волевых расстройств, патологической внушаемости и подчиняемости. Они могут правильно воспринимать обстоятельства дела, давать о них правильные показания, понимать характер и значение совершенных в отношении них противоправных действий. У больных, получивших черепно-мозговую травму в криминальной ситуации, выраженные психические нарушения возникают в остром периоде травмы, в момент ее получения, в дальнейшем наступает улучшение состояния с восстановлением психических функций и явлениями амнезии. У таких больных возможность давать показания зависит от выраженности расстройств сознания на момент криминальной ситуации. Поэтому важно определить период продолжительности расстроенного сознания и утраты памяти потерпевшим. В отношении этих больных обычно ставится вопрос о степени тяжести полученных телесных повреждений с учетом возникших у них психических нарушений. В этих случаях показана комплексная судебно-психиатрическая и судебно-медицинская экспертиза, где психиатр оценивает динамику психических нарушений, а судебный медик определяет тяжесть телесных повреждений. Психогенные расстройства различной глубины, которые развились в период судебно-следственной ситуации, могут препятствовать участию этих лиц в судебно-следственных мероприятиях на период

болезни. Психогенные расстройства учитываются при оценке тяжести телесных повреждений. Определение возможности лица по психическому состоянию понимать характер и значение совершаемых действий, оказывать сопротивление в криминальной ситуации является одним из аспектов судебно-психиатрической экспертизы потерпевших. Заключение о “беспомощном состоянии” выносится исходя из особенностей психических нарушений, свойственных потерпевшему, его способности прогнозировать опасную ситуацию и оценивать ее, склонности его реакциям растерянности и торможения в экстремальных условиях, быстроты принятия решения, осведомленности в половых взаимоотношениях, особенностей эмоционально-волевых и интеллектуальных расстройств. Судебно-психиатрическая экспертиза свидетелей и потерпевших строится на клинической оценке нарушенных и сохранных психических функций лица, что позволяет выносить дифференцированные экспертные решения и способствует защите прав потерпевших с психическими нарушениями. При направлении на комплексную судебно-психиатрическую и психологическую экспертизу вопросы формулируются следующим образом:

1. Страдает ли потерпевший или свидетель психическим заболеванием?

2. Может ли он по психическому состоянию воспринимать обстоятельства дела и давать о них правильные показания?

3. Не обнаруживает ли он патологической склонности к фантазированию и псевдологии?

4. Мог ли потерпевший понимать характер и значение совершаемых в отношении него противоправных действий?

5. Имеются ли у потерпевшего какие-либо личностные особенности, которые оказали влияние на его поведение в криминальной ситуации?

6. Мог ли потерпевший по психическому состоянию оказывать сопротивление в криминальной ситуации?

7. По своему психическому состоянию в настоящее время может ли потерпевший участвовать в судебно-следственных действиях?

Пятая часть. Посмертные судебно-психиатрические экспертизы в уголовном процессе.

Посмертные судебно-психиатрические и комплексные психолого-психиатрические экспертизы назначаются, если следователь или суд предполагают самоубийство. Этот вид экспертизы очень труден и ответственен. Посмертные экспертизы проводятся только на основании материалов уголовного дела. В таких случаях работникам следствия и суда необходимо располагать материалами, освещающими обстоятельства самоубийства, выяснить его причины и мотивы, уточнить индивидуально-личностные особенности человека, покончившего с собой. Надежность и эффективность решения поставленных экспертных задач определяют качество материалов и тщательность экспертного анализа. Предметом экспертизы при расследовании такого рода дел является психическое состояние человека, в котором он находился в период, предшествовавший самоубийству. На основании анализа содержащихся в материалах дела данных о личности, ее психическом состоянии, структуре и динамике психических расстройств психиатры и психологи должны решить следующие основные экспертные задачи:

1. В каком психическом состоянии находилось лицо, покончившее жизнь самоубийством, в период, предшествовавший смерти?

2. Каковы причины развития этого состояния?

3. Какие индивидуально-психологические особенности лица могли оказать существенное влияние на его поведение в момент совершения самоубийства?

Только некоторая часть самоубийств совершается лицами с глубокими психическими расстройствами. В таких случаях психиатры-эксперты по материалам дела констатируют, что в период, предшествовавший самоубийству, у лица были болезненные расстройства психической деятельности, выражающиеся в нарушении процессов восприятия, мышления, настроения, поведения, что является обоснованием заключения о существовании связи с состоянием психотических проявлений. Если имеются данные о госпитализациях лица в психиатрические

стационары, о его лечении в психоневрологическом диспансере, показания свидетелей об обострении психического заболевания в период, предшествовавший самоубийству, задачи психиатров-экспертов облегчаются. Необходимая информация об изменении психического состояния лица, содержании его внутренних болезненных переживаний может быть получена из его писем, рисунков, дневников. Большое значение в диагностике болезненных психических расстройств имеет установление выраженных изменений структуры личности. При расспросе свидетелей основное внимание нужно уделять изменению ценностных ориентиров, интересов, склонностей человека, который покончил жизнь самоубийством. Иногда выявление таких заметных изменений позволяет предполагать наличие исподволь развивающегося психического заболевания. Если в поведении появляются тенденции к отказу от общения с первичным кругом людей, оторванности, если все внимание сконцентрировано на самоанализе, изучении психологической, философской литературы, то такое поведение может говорить о начинающемся непонимании роли и позиции своего существования. Прямыми мотивами самоубийства могут быть болезненные психические нарушения, когда возникают мысли о никчемности бытия, неприятии реального мира. Такое психическое состояние характерно для начальных этапов некоторых психических заболеваний. Депрессивные расстройства являются частой причиной самоубийств. Тип суицида может быть рациональный или аффективный. При рациональном самоубийстве формируется постепенное решение покончить с собой. Иногда формируется решение покончить и с близкими (расширенное самоубийство). У этих лиц наблюдается тоска, тревога, страх, подавленность. Убивая себя и близких, они как бы избавляют себя и близких от кажущихся мучений. При аффективном самоубийстве у людей развиваются чувства стыда, тревоги, позора. Решение о самоубийстве принимается непосредственно под эмоциональным воздействием по следующим мотивам: протест, призыв, избегание, самонаказание. Психическая ригидность, повышенная требовательность к себе, низкие самооценки усугубляют дезадаптацию после каждой попытки самоубийства

и могут вести к новым попыткам. Наиболее трудным вопросом посмертных экспертиз является установление причин развития психического состояния, предрасполагающего к самоубийству. Если налицо четкие данные о качественном изменении психики лица в период, предшествующий смерти, задача облегчается. Причиной кризиса, который приводит к суициду, являются стечение внешних неблагоприятных, не зависящих от личности обстоятельств и особенность качеств личности. Эти личностные расстройства могут быть следствием неправильного воспитания, перенесенных заболеваний, могут быть также обусловлены и конституционально. Если суицидные попытки совершали родители, есть большая вероятность того, что подростки могут совершать попытки самоубийства.

Другой вид посмертной экспертизы – это экспертиза в отношении психического состояния потерпевших, скончавшихся от тех или иных повреждений, но успевших перед смертью сообщить об обстоятельствах совершенных в отношении них противоправных действий окружающим или работникам следствия. Психиатры-эксперты при оценке психического состояния потерпевшего должны решить вопрос о его способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. Необходимо также дать обобщающую характеристику таким функциям психической деятельности, как восприятие, мышление, память, оперирование понятиями, критичность. Сообщение потерпевшего о противоправных действиях должно быть осмысленным и целенаправленным, с учетом юридических последствий данных им показаний. Судебно-психиатрическая практика показывает, что у потерпевшего на фоне тяжелого соматического или неврологического состояния, обусловленного причиненными телесными повреждениями, в разной степени выражены расстройства сознания. Психические расстройства могут продолжаться от нескольких часов до нескольких суток в форме делирия или в форме оглушения. В условиях посмертной экспертизы необходимо установить наличие или отсутствие критериев расстроенного сознания – затруднение восприятия, нарушение ориентировки во времени и окружающем,

беспорядочное, отрывочное отражение реального, непоследовательность мышления, отсутствие внутриспсихической переработки, выпадение психомоторных актов. На основании этих признаков можно диагностировать нарушение сознания у потерпевших в форме оглушения с возникновением на этом фоне делириозных или иных продуктивных расстройств и прийти к заключению о невозможности лица по психическому состоянию правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. В некоторых случаях возможны экспертные заключения о сохранении способности потерпевших в интересующий следствие период жизни правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. У этих лиц отмечаются светлые промежутки, во время которых они успевали дать показания. Ретроспективный анализ материалов уголовного дела и медицинской документации в случае констатации светлого промежутка должен свидетельствовать о сохранности адекватных реакций на окружающее, о полной ориентировке в месте, времени, собственной личности, осмысленном и дифференцированном характере ответов. Отсутствие признаков помрачения сознания, обманов восприятия, ложных узнаваний, доступность контакту, последовательное воспроизведение обстоятельств происшедшего, подтвержденное другими материалами уголовного дела, дают основание считать, что в интересующий следствие период потерпевшие могли воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. Если о состоянии потерпевшего информация недостаточно полная, сведения о его психическом состоянии противоречивые, эксперты вправе отказаться от вывода о его способности перед смертью правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания.

V. ПЕНИТЕНЦИАРНАЯ ПСИХИАТРИЯ. ПСИХИЧЕСКОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ ОСУЖДЕННЫХ

Пенитенциарная психиатрия – отрасль судебной психиатрии, цель которой заключается в оказании необходимой помощи лицам с психическими расстройствами в местах лишения свободы. Основным направлением в работе пенитенциарной психиатрии является предупреждение грубых нарушений режима и повторных правонарушений лицами с психическими расстройствами. Одной из задач, стоящих перед пенитенциарной психиатрией, является лечение лиц, которые во время совершения преступления были вменяемыми, но в силу психического расстройства не могли в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий либо руководить ими. Помимо этого, пенитенциарная медицинская служба осуществляет принудительное лечение алкоголизма и наркомании у осужденных (ст. 96 УК Республики Узбекистан). По данным немецких и британских исследователей, от 20 до 38% приговоренных к лишению свободы составляют пациенты с личностными расстройствами. Среди тех, кто не проходил судебно-психиатрическую экспертизу до суда, тоже могут быть лица с психической патологией. Возможны также первичные заболевания психическими расстройствами в период отбывания наказания. Все это говорит о важном значении пенитенциарной психиатрической службы. Врач-психиатр должен по данным личных дел учитывать тех, у кого судебно-психиатрические экспертные комиссии отметили психические расстройства, не исключающие вменяемости, осматривать вновь поступивших в следственный изолятор или колонию. Выявленные лица с психической патологией берутся им на наблюдение и лечение. Он также помогает в подборе рациональной трудовой деятельности таких осужденных. Принудительная мера медицинского характера осужденным может назначаться в виде амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра. Кроме того, предусмотрено амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра осужденных, нуждающихся в лечении от алкоголизма и наркомании. Кроме амбулаторного звена пени-

пенциарной психиатрической службы существует стационарная помощь лицам с психическими нарушениями. В общесоматических больницах для осужденных имеются психиатрические отделения, несколько межобластных психиатрических больниц для стационарного лечения. Основной контингент направляемых в эти психиатрические учреждения составляют осужденные с обострениями психических расстройств или психогенными заболеваниями, реже – с вновь выявленными хроническими психическими болезнями. Психически больные люди не могут осознавать карательно-воспитательное значение наказания, поэтому пребывание в местах лишения свободы лиц с психическими расстройствами нецелесообразно для них самих и крайне нежелательно для окружающих. Это служит основанием для проведения психического освидетельствования осужденных, в отношении которых возникают сомнения в их психической полноценности и возможности дальнейшего отбывания наказания. Законодательными положениями предусматривается возможность освобождения лиц, заболевших хронической душевной болезнью после осуждения (ст. 75 УК Республики Узбекистан). Определение об освобождении таких лиц от отбывания наказания выносится судом на основании представления администрации места лишения свободы и заключения врачебной комиссии о психическом заболевании. Врачебная комиссия создается из трех врачей-психиатров, работающих в системе пенитенциарной психиатрической службы, ее состав утверждается распоряжением соответствующего органа внутренних дел. Сомнения в психической полноценности осужденного появляются в случаях нарушения режима содержания, отказа от работы, необычной конфликтности, неуживчивости, агрессивности, попыток самоубийства, прекращения контакта с окружающими. У осужденных могут быть любые психические заболевания, такие, как шизофрения, эпилепсия. В некоторых случаях могут быть обострения заболеваний, не распознанных во время экспертизы в период предварительного следствия. Особенно частыми бывают обострения шизофрении, не выявленной раньше. Если психическое заболевание возникло до совершения правонарушения, за которое был осужден пациент,

то врачебная комиссия через посредство администрации места отбывания наказания вправе поставить перед судом вопрос о пересмотре решения о вменяемости и уголовной ответственности данного лица. В этих случаях по вновь открывшимся обстоятельствам производится повторное разбирательство дела с назначением судебно-психиатрической экспертизы. В случаях подтверждения психического расстройства, исключающего вменяемость ко времени опасного действия, за которое подэкспертный был осужден, суд может вынести определение о невменяемости субъекта. Чаще комиссия обнаруживает заболевание, возникшее уже после осуждения. В таких случаях комиссия выносит решение об освобождении от отбывания наказания. Врачебные комиссии руководствуются инструктивными материалами и перечнями болезней, которые препятствуют отбыванию наказания в местах лишения свободы. Они составляют медицинское заключение, в котором должно быть изложено мнение психиатров о возможности дальнейшего отбывания наказания осужденным. В отношении осужденных, признанных страдающими хронической душевной болезнью и освобождаемых в соответствии со ст. 75 УК Республики Узбекистан от дальнейшего отбывания наказания, могут быть применены меры медицинского характера в виде принудительного лечения в психиатрической больнице общего типа, специализированного или неспециализированного лечения с интенсивным наблюдением (ст. 94 УК Республики Узбекистан). Выбор вида принудительного лечения зависит от психического состояния испытуемого, тяжести общественно опасного действия и потенциальной опасности лица. Иногда осужденный, освобожденный от отбывания наказания, передается под наблюдение психиатрического диспансера. Лечение других осужденных производится в психиатрических отделениях при общесоматических больницах или психиатрических больницах мест лишения свободы. После выздоровления эти лица продолжают отбывать наказание (ст. 75 УК Республики Узбекистан). Срок пребывания пациентов на лечении засчитывается в срок отбывания наказания. Судебно-психиатрическая экспертиза осужденных, совершивших повторное правонарушение в

период отбывания наказания, проводится судебно-психиатрическими экспертами, работающими в системе органов здравоохранения. Психиатры в своих выводах должны указывать на возможность дальнейшего пребывания подэкспертного в местах лишения свободы. Если испытуемый по психическому состоянию мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, его психическое расстройство не препятствует дальнейшему отбыванию наказания. Если же обвиняемый не способен осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими из-за хронической психической болезни, он подлежит освобождению от дальнейшего отбывания наказания (ст. 75 УК Республики Узбекистан). Если же невменяемость лица явилась следствием временного болезненного расстройства его психики, осужденный не освобождается от отбывания наказания за прежнее преступление, совершенное им в состоянии вменяемости. Осужденному может быть назначено принудительное лечение в психиатрической больнице мест лишения свободы, а после выздоровления от временного болезненного расстройства психической деятельности он возвращается для дальнейшего отбывания наказания. Срок лечения засчитывается в общий срок наказания.

VI. Меры медицинского характера в отношении лиц с психическими расстройствами, совершивших общественно опасное деяние

- 1. Правовые основы назначения мер медицинского характера и организация проведения принудительного лечения.*
- 2. Выбор вида принудительного лечения в отношении невменяемости.*
- 3. Принудительное лечение в случаях, предусмотренных статьей 75 Уголовного кодекса Республики Узбекистан.*
- 4. Лечебно-реабилитационная тактика в отношении лиц, направленных на принудительное лечение.*
- 5. Меры по предупреждению опасных действий лиц с психическими расстройствами.*

1. Правовые основы назначения мер медицинского характера и организация проведения принудительного лечения.

В соответствии со ст. 18 УК Республики Узбекистан уголовной ответственности не подлежит лицо, которое во время совершения общественно опасного деяния находилось в состоянии невменяемости. К такому лицу по назначению суда могут быть применены принудительные меры медицинского характера. Ст. 94 УК Республики Узбекистан предусматривает, что принудительные меры медицинского характера назначаются в тех случаях, когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо опасностью для себя или других лиц. Принудительные меры медицинского характера назначаются судом невменяемым: лицам, заболевшим психическим расстройством после совершения преступления и страдающим психическими расстройствами, не исключаяющими вменяемости; совершившим преступление и признанным нуждающимися в лечении от алкоголизма и наркомании. Эти меры предусматривают помещение в психиатрические стационары общего типа, специализированного типа и специализированного типа с интенсивным наблюдением, амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра. Принудительные меры медицинского характера представляют собой меру государственного принуждения, которую назначает суд. Меры медицинского характера лишены карательных признаков; осужденные, подвергнутые принудительному лечению, не могут быть помилованы или амнистированы. Согласно статье 94 УК Республики Узбекистан: «Принудительное амбулаторное наблюдение и лечение у психиатра может быть назначено в отношении психически больных, не обнаруживающих признаков обострения заболевания, а также лиц, перенесших временное болезненное психическое расстройство, для предупреждения рецидивов заболевания и совершения новых общественно опасных деяний.

Принудительное лечение в психиатрической больнице общего типа может быть назначено в отношении психически боль-

ных. общественная опасность которых связана с состоянием, требующим лечения, которое может быть проведено на общих основаниях.

Принудительное лечение в психиатрической больнице общего типа с содержанием в специализированном реабилитационном отделении может быть назначено в отношении психически больных, общественная опасность которых связана с состоянием, требующим преимущественно реабилитационных мер, которые не могут быть проведены в добровольном порядке.

Принудительное лечение в психиатрической больнице или отделении с интенсивным наблюдением может быть назначено в отношении психически больных, представляющих особую общественную опасность или допускающих нарушения в поведении, которые делают невозможным проведение необходимых лечебных и реабилитационных мер в условиях психиатрической больницы общего типа. В психиатрических больницах или отделениях с интенсивным наблюдением психически больные содержатся в условиях строгой изоляции и охраняются».

Статья 95 Уголовного кодекса Республики Узбекистан гласит:

«Продление, изменение и прекращение применения принудительных мер медицинского характера осуществляются судом на основании заключения комиссии врачей-психиатров.

В случаях, когда психически больной не нуждается в применении принудительных мер медицинского характера, а также при их отмене, суд может передать такое лицо органам здравоохранения для решения вопроса о лечении на общих основаниях или направлении в учреждение социального обеспечения».

Процессуальными нормами предусматривается особое судопроизводство по назначению и прекращению принудительных мер медицинского характера. Обязательным является судебное разбирательство с участием прокурора и защитника с целью доказывания совершенного общественно опасного деяния и выбора вида принудительных мер. Судебно-психиатрические экспертные комиссии в своих заключениях лишь рекомендуют вид меры медицинского характера, его

определение входит в компетенцию суда. Обязательным является освидетельствование психического состояния лица, находящегося на принудительном лечении, не реже одного раза в шесть месяцев для выяснения вопроса о прекращении применения или об изменении принудительной меры медицинского характера. Первое продление принудительного лечения может быть произведено по истечении 6 месяцев с момента начала лечения, в последующем продление принудительного лечения производится ежегодно.

2. Выбор вида принудительного лечения в отношении невменяемости.

Основой выбора вида принудительного лечения является особенность психического состояния больного. Для этого необходимо иметь представление об опасности психически больных, особенностях мотивации и механизмах их опасных действий. Это важно для клинических оснований выбора вида принудительного лечения и последующего решения о его прекращении. Под опасностью психически больного понимают такое психическое состояние, при котором психопатологические проявления обуславливают неправильное, неадекватное существующей ситуации поведение, в результате чего может быть нанесен физический или имущественный ущерб окружающим или самому больному. Если этот ущерб уже нанесен, речь идет об общественно опасном действии. Опасность при психических расстройствах – временное состояние. Если потенциальная опасность лица с психическими расстройствами может определяться психопатологическими особенностями, то реализация этой опасности связана с личностными установками и воздействиями внешних условий. Выработанные до болезни асоциальные личностные установки и ценностные ориентиры могут способствовать опасному поведению у больных без глубоких расстройств психики. Лицо, находящееся в остром психопатическом состоянии, реже совершает противоправные действия. Из практики известно, что больные шизофренией, которые привлекались к уголовной ответственности до начала заболевания, чаще совершают повторные опасные действия.

При оценке больного имеют значение данные о мотивации и механизмах его поведения.

Реально-бытовая мотивация поведения больных внешне похожа на мотивацию противоправного поведения здоровых преступников. Психопатологическая мотивация связана с болезненными переживаниями. Прежде всего это бредовая (прямая и косвенная) мотивация поведения. Прямая бредовая мотивация свойственна больным параноидной шизофренией, алкогольным бредом ревности, другими хроническими бредовыми расстройствами. Мотивы поведения определяются бредовой защитой, борьбой, мстью. Прямая бредовая мотивация, определяющая опасное поведение больных, является одним из показателей для назначения принудительного лечения в специализированных стационарах с интенсивным наблюдением даже в случаях относительно нетяжелых деликтов. При косвенной бредовой мотивации бредовая фабула опосредованно отражается в поведении. Поступки больных носят признаки кривой логики, недоосмысления ситуации. Криминальные действия в этих случаях менее опасны, связаны с утратой больными социальной адаптации.

При анализе психопатологического механизма учитываются болезненные расстройства психики, личностные особенности, нарушения мотивации поведения, характер ситуации. Различают продуктивно-психотические и негативно-личностные механизмы. Первые обусловлены болезненными расстройствами психики: галлюцинациями, бредовыми переживаниями, расстройствами сознания. Опасные действия связаны с этими расстройствами. Негативно-личностные механизмы встречаются у больных с признаками психического дефекта, различных состояний снижения психики, слабоумия. В реализации опасных действий здесь играют роль ситуативные воздействия или собственная инициатива больных, совпадающая с реально-бытовой мотивацией поведения. Около 80 % опасных действий лиц с психическими расстройствами совершается по негативно-личностным механизмам. Сведения о механизмах опасных действий имеют значение для решения вопроса о выборе меры медицинского характера, для заключения о прекращении

принудительного лечения, о выписке больного из психиатрической больницы. Их следует учитывать при обосновании тактики лечения и реабилитации пациентов.

3. Принудительное лечение в случаях, предусмотренных статьей 75 Уголовного кодекса Республики Узбекистан.

В случае развития у обвиняемого психического расстройства, которое делает невозможным назначение и исполнение наказания, судом может назначаться принудительное лечение.

Статья 75 УК Республики Узбекистан предусматривает освобождение от наказания в связи с болезнью: «Лицо, заболевшее после вынесения приговора психическим заболеванием, лишаящим его возможности осознавать значение своих действий или руководить ими, подлежит освобождению от его отбывания». Таким лицам суд может назначить принудительные меры медицинского характера. В случаях выздоровления таких лиц возможны уголовная ответственность и наказание. В статье подразумевается несколько вариантов ситуации, которые могут возникнуть в случаях психического заболевания обвиняемых после совершения преступления:

1. Психическое расстройство у обвиняемого, психическое состояние которого на момент совершения преступления психиатры-эксперты расценили как не исключаящее вменяемости, возникло до вынесения приговора. Психическое расстройство носит временный характер.

2. Психическое заболевание развивалось у обвиняемого в тех же условиях, но приобрело хронический, необратимый характер и течение.

3. Психическое расстройство возникло у обвиняемого как до вынесения приговора, так и до определения его психического состояния на момент преступления психиатрами-экспертами. Судебно-психиатрическая экспертиза ему или не проводилась, или ее решение было затруднено из-за особенностей психического состояния и требовало длительного психиатрического наблюдения и лечения.

4. Психическое заболевание развилось у осужденного. Если у лица после правонарушения наступило психическое расстройство, делающее невозможным назначение или исполнение

наказания, к нему могут быть применены принудительные меры медицинского характера. Такие лица после излечения могут предстать перед судом и нести наказание. В случаях психического заболевания осужденного наказание, прерванное болезнью, может быть возобновлено, при этом время пребывания на принудительном лечении в психиатрическом стационаре засчитывается в срок наказания день в день. Обычно в этих случаях речь идет о возникновении у обвиняемого временного расстройства психической деятельности – реактивного психоза или выраженной декомпенсации имевшихся ранее психических расстройств. Суд на основании заключения судебно-психиатрической экспертизы выносит определение о направлении на принудительное лечение до выздоровления, после которого в отношении обвиняемого могут проводиться следственные и судебные мероприятия. Выбор вида принудительного лечения в таких случаях определяется характером совершенного деяния. Реже встречаются ситуации, когда после преступления, но до вынесения приговора лицо заболевает хроническим психическим расстройством, например шизофренией, которое препятствует не только проведению судебно-следственных действий, но и возможному наказанию. В случаях возникновения психического расстройства после преступления назначается принудительное лечение, при этом прекращается уголовное преследование обвиняемого, который совершил преступление в состоянии вменяемости, если в дальнейшем психическое расстройство, возникшее у него, приняло хронический характер. Принципы хронического течения болезни, ее прогноза и характера совершенного опасного действия совпадают с подходами к этому вопросу в отношении признанных невменяемыми. Если эксперты не в состоянии установить, имелись ли психические расстройства в период совершения опасных действий или они возникли после ареста во время следствия, решение вопроса о вменяемости-невменяемости целесообразно отсрочить, отвечать на него после выздоровления пациента или значительного улучшения его состояния. Обычно в этих случаях речь идет о психогенных проявлениях, которые маскируют истинную картину психических расстройств у подэкспертного.

Среди таких пациентов после лечения и длительного наблюдения выявляются 30% лиц, у которых диагностируется шизофрения, начавшаяся до преступления. 10—15%% — выраженные расстройства органической природы. У остальных — психогенные расстройства и декомпенсации состояния, заканчивающиеся выздоровлением или значительным улучшением, что позволяет оценить их состояние во время криминальных действий как не исключающее вменяемости. Отсроченное экспертное решение возможно лишь после лечения такого обвиняемого. Суд может назначить принудительное лечение до выздоровления подэкспертных, в отношении которых не решен вопрос о вменяемости. При этом указывается на необходимость проведения судебно-психиатрической экспертизы, которая должна ответить на данный вопрос после выхода этого лица из болезненного состояния психики. Выбор вида принудительного лечения в таких случаях обычно зависит от особенностей криминала. Если осужденный заболел хроническим психическим расстройством (или оно обострилось) во время отбывания наказания и оно препятствует исполнению наказания, может быть рекомендовано принудительное лечение. Суд по представлению начальника органа, ведающего исполнением наказания, на основании заключения врачебной комиссии вправе вынести определение об освобождении осужденного от дальнейшего отбывания наказания, применить принудительные меры медицинского характера или передать его на попечение органов здравоохранения. Выбор вида принудительного лечения зависит от особенностей психического состояния лица, его прогноза, связан с клиническими показаниями.

4. Лечебно-реабилитационная тактика в отношении лиц, направленных на принудительное лечение.

Целью принудительного лечения невменяемых является изменение их психического состояния, при котором снижается или устраняется их опасность. В этих случаях, на основании освидетельствования больного комиссией врачей-психиатров, администрация больницы вносит представление о прекращении

принудительного лечения (ст. 95, УК Республики Узбекистан). Суд решает вопрос о прекращении принудительного лечения, в случае несогласия продлевает лечение. При проведении принудительного лечения в специализированных стационарах с интенсивным наблюдением или без него применяется ступенчатая выписка больного: из стационара специализированного типа с интенсивным наблюдением — в специализированный, из него — в общий, оттуда — под наблюдение районного психоневрологического диспансера по месту жительства. Опасность больного снижается или устраняется в следующих случаях:

1. Течение болезни становится катастрофическим и признаки глубокого дефекта психики не позволяют пациенту находиться вне условий психиатрического стационара. Его патологическая активность при этом угасает и уменьшается его опасность. В этих случаях продолжать принудительное лечение, особенно в стационарах с интенсивным наблюдением, нет смысла, больной может быть переведен в больницу общего типа по месту жительства.

2. Наступает улучшение или практическое выздоровление. Лечение больных, находящихся на принудительном лечении, имеет значение на начальных этапах пребывания больных в стационаре. В последующем основными являются способы переориентации личностных установок, агрессивности, пренебрежения интересами других, то есть комплекс коррекционных мероприятий, реабилитация больных, приспособление их к жизни вне больницы. Существует много программ работы с такими пациентами. Успешность их применения зависит от кадровой и материальной обеспеченности больниц, наличия в них условий для осмысленного лечения занятостью, среды культурных мероприятий, возможностей приобретения школьных знаний, профессиональных и бытовых навыков. Положительным моментом в проведении принудительного лечения является оказание социальной помощи больным, подготовка их к самостоятельной жизни вне больницы. К ним относится обязательное установление инвалидности больным. Помимо этого возникает необходимость учреждения опеки над этими больными и их имуществом. Поэтому многие из них при-

знаются судами по ходатайству больницы недееспособными. В отношении некоторых больных вопрос о недееспособности решается как временная мера. При сохранении возможности их социальной адаптации целесообразно восстановление дееспособности перед выпиской из больницы или сразу после нее. Кроме того, решаются такие социальные проблемы больных, как сохранение за ними жилой площади, восстановление утраченных документов, помощь в возобновлении семейных связей.

6. Меры по предупреждению опасных действий лиц с психическими расстройствами

После прекращения определением суда принудительного лечения и выписки пациент находится над наблюдением районного психоневрологического диспансера. Наблюдение заключается в ежемесячном посещении больным участкового психиатра или визите врача к больному на дом. В необходимых случаях проводится поддерживающая терапия медикаментами, осуществляются социальные мероприятия. Существует совместный приказ министра внутренних дел и министра здравоохранения о взаимодействии органов милиции и психоневрологических диспансеров по наблюдению за лицами с психическими расстройствами, совершившими опасные действия. Контролировать поведение таких больных должны участковые инспекторы милиции. Участковые психиатры и инспекторы милиции обязаны обмениваться информацией, принимать меры к госпитализации в случае изменения психического состояния, начала алкоголизма больного, возобновления асоциальных поступков. В этих случаях госпитализация регламентируется Законом о порядке оказания психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании. Принудительное лечение и последующее наблюдение за выписанными после него в психоневрологический диспансер больными являются основной формой вторичной профилактики опасных действий лиц с психическими расстройствами. Первичная профилактика опасных действий таких лиц сводится к двум главным звеньям, которые относятся к компетенции психиатров районных

психоневрологических диспансеров: выявление лиц с психическими расстройствами среди населения и установление опасных для самого больного или окружающих изменений в его психическом состоянии. Эта задача важна, но и трудна. В соответствии с Законом о порядке оказания психиатрической помощи психиатр, установивший опасность состояния больного для себя или окружающих, имеет право госпитализировать его в недобровольном порядке в психиатрическую больницу. Помещение в лечебное учреждение, вовремя начатое лечение могут привести к улучшению состояния больного и устранить его потенциальную опасность. В некоторых случаях возможно и амбулаторное лечение. Первичная профилактика может носить и социальный характер: своевременная помощь в решении бытовых вопросов, социального обеспечения, жилищных и иных проблем, возникающих у больных, опасные действия которых обусловлены их неприспособленностью и беспомощностью.

VII. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

- 1. Понятие о недееспособности.*
- 2. Понятие о гражданской процессуальной дееспособности.*
- 3. Виды судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе и вопросы, подлежащие разрешению при производстве экспертизы в гражданском процессе.*
- 4. Посмертные судебно-психиатрические экспертизы в гражданском процессе.*

1. Понятие о недееспособности

Освидетельствование на предмет определения дееспособности имеет важное значение, так как этот вид экспертизы направлен на защиту гражданских прав и интересов лиц с психическими расстройствами – участников гражданского процесса. Недтъемлемой частью гражданского законодательства является вопрос о правоспособности, которая рассматривается как способность иметь гражданские права и обязанности.

Правоспособность признается в равной мере за всеми ими на протяжении всей жизни, независимо от их возможности лично осуществлять права. Понятие правоспособности тесно связано с понятием дееспособности. Под дееспособностью закон понимает способность гражданина своими действиями приобретать и осуществлять гражданские права, сознавать для себя гражданские обязанности и исполнять их. Гражданская дееспособность возникает по достижении 18-летнего возраста. Закон исходит из того, что именно с этого возраста человек достигает психической зрелости и приобретает опыт, который позволяет психически здоровому правильно понимать и регулировать свои действия. Человек с психическими расстройствами не понимает значение своих поступков, он лишается способности осуществлять гражданские права и обязанности. В качестве обязательной предпосылки дееспособности предполагается такое состояние психической деятельности лица, которое обеспечивает способность понимать значение своих действий и руководить ими. Наличие психических расстройств, исключая в определенных случаях такую способность, указывает на отсутствие дееспособности. Гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным. Лица, признанные недееспособными, не утрачивают своих прав на обладание имуществом, на его наследование по завещанию, но вступить в права наследования, дарить, продавать какое-либо имущество они могут лишь через посредство опекуна. Признание гражданина недееспособным – исключительная прерогатива суда в порядке, предусмотренном Гражданским процессуальным кодексом. В заявлении о признании гражданина недееспособным должны быть изложены обстоятельства, свидетельствующие о наличии у него психического расстройства, вследствие которого он не может понимать значение своих действий и руководить ими. Дела о признании недееспособным рассматриваются с участием прокурора и представителя органа опеки и попечительства. Суд назначает судебно-психиатрическую экспертизу. В гражданском процессе заключение о недееспособности лица с психическими расстрой-

ствами судебно-психиатрическими экспертами не дается, такое решение выносит суд. В своих выводах врачи-психиатры лишь указывают, что гражданин вследствие психического расстройства не может понимать значение своих действий и руководить ими. При улучшении психического состояния гражданина, признанного недееспособным, суд на основании заключения судебно-психиатрических экспертов признает его дееспособным и отменяет ранее установленную над ним опеку. Законодательство ограничивает дееспособность несовершеннолетних и лиц, склонных к злоупотреблению спиртными напитками и наркотическими веществами и ставящих свою семью в тяжелое материальное положение. На основании решения суда лицам, злоупотребляющим спиртными напитками или наркотиками, назначается попечитель, без которого они не могут получать заработную плату, пенсию, другие доходы и распоряжаться ими. Суд, ограничивая дееспособность этих лиц, исходит из учета материальных интересов семьи, а не из наличия психических расстройств, эти лица не направляются на судебно-психиатрическую экспертизу.

2. Понятие о гражданской процессуальной дееспособности.

Вопрос о возможности лица по своему психическому состоянию принимать участие в гражданском процессе может быть решен путем назначения судебно-психиатрической экспертизы в порядке досудебной подготовки или в процессе судебного заседания. Правовым основанием для назначения данной экспертизы в гражданском процессе служит ситуация, при которой у судьи или суда возникают сомнения относительно психической полноценности лица. Назначение экспертизы при определении гражданской процессуальной дееспособности судья оформляет путем вынесения определения. В результативной части определения формулируются вопросы, на которые необходим ответ эксперта. Эти вопросы касаются возможности подэкспертного понимать значение своих действий или руководить ими в период осуществления гражданского судопроизводства. В соответствии с Гражданским процессуальным кодексом правовое положение граждан, вступающих в те или

иные гражданско-правовые отношения, определяется гражданской процессуальной правоспособностью и гражданской процессуальной дееспособностью. Гражданская процессуальная правоспособность подразумевает способность иметь гражданские процессуальные права и обязанности и признается в равной мере за всеми гражданами. Гражданская процессуальная дееспособность определяется как способность осуществлять свои права в суде и поручать ведение дела представителю, такая дееспособность принадлежит совершеннолетним гражданам. Права и интересы граждан, признанных недееспособными вследствие психического расстройства, защищаются в суде опекунами.

3. Виды судебно-психиатрической экспертизы в гражданском процессе и вопросы, подлежащие разрешению при производстве экспертизы в гражданском процессе.

Часто судебно-психиатрическая экспертиза назначается для определения психического состояния лица, когда решается вопрос о признании его недееспособным вследствие психического расстройства с целью учреждения над ним опеки. Эксперты должны решить вопрос о наличии психического расстройства и о влиянии его на понимание подэкспертным значения своих действий или возможность руководить ими. Недееспособность обуславливает такие психические расстройства, которые достаточно выражены, значительно снижают критическое отношение к окружающему и собственной личности, искажают оценки реальных событий и своего состояния, нарушают поведение, препятствуют поддержанию адекватного контакта с действительностью и лишают больных возможности принимать осознанные решения.

Судебно-психиатрическая экспертиза назначается также при делах о признании сделки недействительной. Иски о признании недействительной той или иной сделки подаются в суды при оспаривании договоров купли-продажи, обмена жилой площади, актов дарения. Гражданское право признает недействительной сделку, совершенную гражданином, признанным недееспособным. Каждая из сторон такой сделки обязана возвратить

другой все полученное в натуре, а при невозможности возвратить полученное в натуре возместить его стоимость в деньгах. Эксперты должны оценивать психическое состояние и глубину психического расстройства у лиц, которые хотя и были дееспособными, но в период совершения сделки не могли понимать значение своих действий или руководить ими. Сделка, совершенная дееспособным гражданином, находившимся в момент ее совершения в состоянии, при котором он не способен понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признана судом недействительной по иску этого гражданина либо иных лиц, чьи права и интересы нарушены в результате ее совершения. При производстве этого рода судебно-психиатрических экспертиз необходимо как можно точнее установить время начала возникновения психического расстройства, решить вопрос о том, насколько была выражена болезненная симптоматика. Основная экспертная задача – установить, лишали ли человека эти психические расстройства способности в то время понимать значение своих действий или руководить ими. Бывают и такие случаи, когда психические расстройства возникали после совершения сделок. В этих случаях гражданские акты считаются действительными.

Дела о признании брака недействительным.

Не допускается заключение брака с лицом, признанным судом недееспособным. В этих случаях суд для рассмотрения дела по существу, с целью определения психического состояния лица, назначает судебно-психиатрическую экспертизу. Проводя судебно-психиатрическую экспертизу, необходимо установить, страдал ли человек в момент вступления в брак психическим расстройством, было ли это психическое расстройство столь выраженным, что оно лишало этого человека возможности понимать значение своих действий или руководить ими.

Дела о расторжении брака.

При выяснении вопроса о наличии или отсутствии оснований к расторжению брака суд учитывает особенности психического расстройства у одного или обоих супругов, если эти особенности могут препятствовать их дальнейшей совместной жизни. Если один из супругов, страдающий психическим рас-

стройством, признан судом недееспособным, то расторжение с ним брака производится по заявлению другого супруга в органах загса.

Если имеются разногласия по поводу имущества или детей, споры рассматриваются в суде. При расторжении брака лицо с психическим расстройством может быть направлено на судебно-психиатрическую экспертизу для решения вопроса о способности понимать значение своих действий или руководить ими.

При рассмотрении судами **споров об ограничении родительских прав или об отобрании ребенка** может быть назначена судебно-психиатрическая экспертиза. Ограничение родительских прав допускается, если оставление ребенка с родителями опасно для него по обстоятельствам, от родителей не зависящим. Это может быть психическое расстройство одного или обоих родителей. Если существует непосредственная угроза жизни или здоровью ребенка, закон допускает и его отобрание.

Психическое состояние подэкспертного и его способность или неспособность из-за психического расстройства понимать значение своих действий или руководить ими устанавливаются психиатрами-экспертами по делам о нарушении обязательств — на момент неисполнения либо ненадлежащего исполнения обязательств. Признание ответчика не способным понимать значение своих действий или руководить ими означает отсутствие вины как условия ответственности за нарушение обязательств. Судебно-психиатрические экспертизы могут проводиться по делам, возбуждаемым в рамках гражданского судопроизводства **по жалобам граждан на действие специалистов**, принимающих участие в оказании психиатрической помощи. Обычно это дела по поводу применения тех или иных видов психиатрической помощи без согласия граждан, а также по поводу установления ограничений на выполнение отдельных видов деятельности. При рассмотрении этих вопросов суд может прибегнуть к судебно-психиатрической экспертизе. При этом рассматриваются вопросы об обоснованности проведенного психиатрического освидетельствования; об обоснованности госпитализации в психиатрическую больницу без

согласия лица или его законного представителя, об обоснованности недобровольного содержания в психиатрической больнице, об обоснованности проведения лечения без согласия пациента, об обоснованности установления диспансерного наблюдения, об обоснованности ограничений в выполнении отдельных видов профессиональной деятельности или деятельности, связанной с источником повышенной опасности. В зависимости от характера гражданского дела, рассматриваемого судом, перед экспертами формулируются и соответствующие вопросы. При рассмотрении судом вопроса об обоснованности проведенного психиатрического освидетельствования перед психиатрами-экспертами могут быть поставлены вопросы о том, страдает ли обследуемый психическим расстройством, нуждался ли он в психиатрическом освидетельствовании. Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в тех случаях, когда имеются данные о совершении обследуемым действий, дающих основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства. Психическое расстройство должно обуславливать:

- 1) непосредственную опасность для себя или окружающих;
- 2) беспомощность;
- 3) существенный вред здоровью из-за ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

При рассмотрении заявления об обоснованности госпитализации в психиатрическую больницу без согласия больного или его законного представителя суд может поставить вопрос перед экспертом о том, страдал ли больной тяжелым психическим расстройством, которое обуславливало перед госпитализацией его непосредственную опасность для себя или окружающих, или его беспомощность, или существенный вред его здоровью. Если больные оспаривают в суде установление над ними наблюдения в психоневрологических диспансерах, эксперты должны ответить на вопрос о том, страдает ли лицо каким-либо психическим расстройством и страдало ли им на момент принятия врачебной комиссией решения об уста-

новлении диспансерного наблюдения. Важно установить, нуждалось ли лицо в период принятия оспариваемого решения в установлении диспансерного наблюдения. Суд имеет право поставить экспертные задачи и при рассмотрении дела, связанного с ограничением выполнения того или иного вида деятельности. В таких случаях необходимо установить факт наличия психического расстройства, оценить его характер и выраженность, установить соответствие психического расстройства перечню медицинских, психиатрических противопоказаний к данному виду деятельности. Необходимо решить, препятствует ли данное расстройство виду деятельности и каким образом?

4. Посмертные экспертизы в гражданском процессе.

Посмертная судебно-психиатрическая экспертиза по гражданским делам назначается судом в тех случаях, когда лица, совершившие оспариваемый акт, умерли. Как правило, это споры о наследстве, о договорах дарения или заключении браков, в результате которых возникают споры между наследниками. Посмертная экспертиза для решения вопроса о возможности лица понимать значение своих действий или руководить ими — вид экспертизы, при котором проводится анализ прошлых событий жизни и определяется психическое состояние лица к моменту оспариваемого гражданского акта.

Подходы к диагностике при очной и посмертной экспертизе одинаковы. Это сбор информации о больном, анализ этой информации с определением ведущего синдрома, нозологической сущности заболевания и степени выраженности психопатологического процесса. Уже на этой основе решается вопрос о возможности лица при жизни правильно понимать значение своих действий или руководить ими. Медицинская документация, приобщенная к гражданскому делу, складывается из медицинских карт психоневрологических диспансеров, историй болезни психиатрических больниц, историй болезни общесоматических, неврологических отделений и медицинских карт поликлиник, медицинских источников из психиатрических учреждений о клинике психического заболевания, его динамике.

Здесь можно почерпнуть сведения о взаимоотношениях с близкими, неправильном поведении при общении с врачом-психиатром или другими лицами, неадекватных эмоциональных реакциях. В документации из других медицинских учреждений отражено соматическое и неврологическое заболевание. Эти данные имеют важное значение при посмертной экспертной оценке постинсультных состояний у больных со злокачественными заболеваниями внутренних органов, опухолями и метастазами в мозге, при диабете, уремии и других болезнях, так как эти тяжелые заболевания сопровождаются нарушением сознания, глубокими расстройствами критических способностей, нарушениями восприятия. Информация о психическом состоянии лица при посмертной диагностике включает анализ свидетельских показаний лиц, не заинтересованных в исходе дела. К важным свидетелям относятся юридические работники (нотариусы) и работники исполнительных органов, оформляющие гражданский акт. Сообщенные ими сведения несут важную информацию, так как в период оформления гражданского акта они были в контакте с покойным. Свидетелями являются и медицинские работники, лечившие исследуемое лицо. В некоторых случаях экспертные комиссии могут рекомендовать проведение экспертизы в судебном заседании. Психиатр-эксперт задает профессиональные вопросы свидетелю и может более полно оценить психическое состояние подэкспертного. При анализе полученной информации все данные по степени информативности можно разделить на абсолютные и относительные. К абсолютным относятся медицинская документация, письма, дневники, к относительным – все свидетельские показания о психическом состоянии и другие материалы гражданского дела. Основные психические расстройства можно представить в виде трех групп:

1. Наиболее неспецифические расстройства, характеризующиеся астенической, неврозоподобной или психопатоподобной симптоматикой. Отмечаются в различной степени выраженности у большинства больных и характеризуются явлениями повышенной утомляемости, истощаемости, эмоциональной лабильности со слезливостью, сентиситивностью, раздра-

жительностью у одних больных, возбудимостью, конфликтностью, злобностью — у других. Иногда наблюдаются демонстративное поведение с угрозами самоубийства, кратковременные эпизоды агрессии. Характерны колебания настроения со значительным преобладанием депрессивных состояний различной степени выраженности.

2. Более выражены психопатологические нарушения — психотические: У больных наблюдаются обманы восприятия, которые сопровождаются бредовой симптоматикой. Параноидные идеи могут быть рудиментарными, близкими к сенситивным идеям отношения или носить более выраженный характер. При длительно текущих хронических заболеваниях у больных отмечается формирование развернутого галлюцинозторно- или депрессивно-параноидного со стойкими идеями отношения, отравления, иногда с отдельными проявлениями синдрома психического автоматизма Кандинского—Клерамбо. Эта группа психических расстройств является сложной при вынесении экспертного заключения при решении вопросов об оценке психического состояния в момент составления завещания. Выраженные и длительные проявления параноидной симптоматики свидетельствуют о невозможности больными правильно понимать значение своих действий или руководить ими.

3. Эти нарушения включают расстройства сознания. Они характеризуются степенью выраженности и полиморфизмом клинических проявлений: транзиторные кратковременные состояния с дезориентировкой в окружающем состоянии оглушенности, заторможенности, с частичным восстановлением адекватного восприятия окружающего и в терминальных стадиях хронических заболеваний. При сахарном диабете отмечаются преходящие психозы, приближающиеся по структуре к аменции и протекающие с расстройством сознания, дезориентировкой, психомоторным возбуждением в пределах г.стели, непоследовательной и бессвязной речью.

При посмертных судебно-психиатрических экспертизах могут привлекаться специалисты смежных дисциплин. Наиболее часто возникает необходимость комплексного анализа

материалов гражданского дела и медицинской документации с участием психологов и невропатологов. Комплексная судебная психолого-психиатрическая посмертная экспертиза проводится тогда, когда оценивается психическое состояние лица в момент совершения гражданских актов. При этом психиатр-эксперт оценивает синдромологический уровень психических нарушений и его глубину, а перед психологом-экспертом ставятся вопросы о личностных особенностях испытуемого и их влиянии на принятие решения, наличии или отсутствии повышенной внушаемости и пассивной подчиняемости влиянию окружающих. При посмертных экспертизах возникает необходимость в оценке психического состояния лица, при жизни страдавшего опухолями мозга, острым постинсультным состоянием, острым периодом черепно-мозговой травмы. Участие невропатолога в этих случаях необходимо для более точной диагностики психических расстройств и экспертного решения. На характер психических нарушений влияет и вид проводимого лечения, в том числе и применение наркотических препаратов в различных дозах. При злокачественных заболеваниях на организм влияет и интоксикация, связанная с воздействием продуктов распада опухоли на организм. Поэтому при проведении посмертных экспертиз лицам, страдавшим онкологическими заболеваниями, может быть приглашен врач-онколог, иногда — нарколог. При проведении посмертной экспертизы лицам, при жизни страдавшим сахарным диабетом и другими эндокринными заболеваниями, привлекаются врачи-эндокринологи. Диапазон психических расстройств при этих заболеваниях широк — от легких невротоподобных нарушений до состояний помраченного сознания. Комплексные судебно-психиатрические экспертизы с участием терапевта проводятся лицам, страдающим различными соматическими заболеваниями, если у них появляются психические нарушения либо в форме симптоматических психозов, либо в форме депрессивных реакций. Оценка глубины и выраженности депрессивных поражений требует соотнесения их с тяжестью и типом течения соматического заболевания, которые оцениваются врачом-терапевтом.

VIII. КОМПЛЕКСНЫЕ СУДЕБНО- ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ В УГОЛОВНОМ И ГРАЖДАНСКОМ ПРОЦЕССЕ

Понятие комплексной экспертизы подразумевает использование специальных познаний экспертов, представляющих разные виды и классы экспертиз; при использовании комплекса различных методов исследования; совместное обобщение и сопоставление результатов исследования для дачи заключения по делу; четкое разделение функций экспертом, связанное с различиями в их компетенции, с возможностью оценки результатов исследований других экспертов, что предопределяет участие в совместном формулировании выводов и составлении общего заключения.

1. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза решает вопросы, связанные с совокупной компетенцией психиатров и психологов. К ее сфере относится оценка психического состояния подэкспертных в случаях аффективных преступлений, когда необходимо выяснить, имел ли место физиологический аффект, эмоциональное напряжение, которое оказывало существенное или несущественное влияние на поведение лица в криминальной ситуации, то есть особое психологическое состояние человека, или патологический аффект, болезненное состояние психики. Важной областью этой экспертизы является определение неболезненных особенностей психического развития несовершеннолетних, снижающих их возможность привлечения к уголовной ответственности. При экспертизе потерпевших данная экспертиза позволяет учесть влияние факторов на возможность давать показания и участвовать в судебной и следственной процедуре, особенно малолетних и подростков.

2. Комплексная судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертиза проводится в случаях, когда необходимо выяснить, какова причина и тяжесть психических расстройств у потерпевшего, возникших в результате преступления. Роль психиатра-эксперта заключается в установлении связи и зависимости развившегося у обследуемого психического рас-

стройства от полученной физической или психической травмы, какова тяжесть этого расстройства, возможность его перехода в хроническое психическое заболевание, обратимость или необратимость психических нарушений. Эксперт – судебный медик – определяет степень тяжести полученных повреждений.

3. Комплексная судебная сексолого-психиатрическая экспертиза назначается, если у следователя или суда возникают сомнения не только в психической неполноценности субъекта, но и в том, что совершенное им сексуальное преступление было связано с особенностями половой ориентации или половыми нарушениями. Врач-сексопатолог компетентен выяснить наличие или отсутствие расстройств сексуального влечения, определить их глубину и прогноз, что помогает психиатру-эксперту сделать вывод об ответственности обвиняемого. Сексолого-психиатрическая экспертиза проводится также в отношении потерпевших по сексуальным делам, причем в этих случаях сексопатолог в состоянии решить вопрос о прогнозе возникших после сексуального домогательства у потерпевшей или потерпевшего сексуальных расстройств, что имеет значение для данной экспертизы и показано в сложных случаях гражданского права, когда решается вопрос о хирургической операции по изменению биологического пола у больных транссексуализмом.

4. Комплексная судебная нарколого-психиатрическая экспертиза решает проблемы психиатрии и наркологии, связанные с диагностикой наркологических заболеваний у подэкспертных, степени и тяжести течения алкоголизма или наркомании. Психиатр-нарколог способен квалифицированно решить вопрос о глубине расстройств, обусловленных систематическим приемом одурманивающих средств, роли абстинентных проявлений в криминальном поведении, влиянии наркотических веществ и алкоголя на развитие тех или иных психических нарушений. Нарколог может распознать тип наркологического заболевания и характер принимаемых средств, оценить влияние отмеченного у пациента опьянения на способность регулировать свое поведение. Большое значение имеет комплексная экспертиза, когда нужно решить вопрос о лечении от алкоголизма или наркомании обвиняемого в случае его осуждения.

Комплексные судебно-психиатрические экспертизы назначаются при необходимости оценить правовое значение пограничных психических особенностей у обвиняемых с целью выяснения их влияния на поведение лица в той или иной криминальной ситуации. В гражданском процессе комплексные экспертизы назначаются при посмертных экспертизах по делам об оспаривании завещаний, реже – при очных, когда оспариваются различные сделки.

В этих случаях речь идет о привлечении врачей, специалистов по внутренним болезням, эндокринологов, неврологов для уточнения характера течения основного соматического заболевания и его влияния на психические процессы у обследуемого или для адекватной оценки медицинских документов, отражающих состояние подэкспертного в случаях посмертных экспертиз. Совместные заключения позволяют более точно определить психическое состояние завещателя, дарителя или человека, совершившего сделку в период тяжелого соматического недуга. Правила назначения комплексных экспертиз не отличаются от иных видов экспертиз. Но в постановлении должно быть указано о назначении именно комплексной экспертизы и какой именно. Должны быть четко сформулированы вопросы к каждому из участников такой экспертизы.

IX. ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

1. Психические расстройства вследствие черепно-мозговых травм.

2. Психические расстройства вследствие инфекционных заболеваний головного мозга.

3. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга.

4. Психические расстройства позднего возраста.

1. Психические расстройства вследствие черепно-мозговых травм

Черепно-мозговая травма включает в себя разнообразные виды и степени механического повреждения головного мозга и костей черепа, она является самым распространенным видом патологии. Острое нарушение психических функций и максимальное их развитие наблюдаются в период получения черепно-мозговой травмы; если не присоединяются осложнения, наступает обратное развитие травматической болезни. Исходом может быть выздоровление или остаются стойкие симптомы органического поражения мозга. Различают закрытые и открытые черепно-мозговые травмы. При открытых – кости черепа повреждены, открытые черепно-мозговые травмы могут быть проникающими и непроникающими.

При проникающих травмах имеются повреждения вещества мозга и мозговых оболочек. К закрытым травмам относятся: сотрясения головного мозга, ушибы, баротравмы при взрывной волне. В остром периоде закрытых травм головы возможно развитие отека мозга и внутричерепных кровоизлияний и дополнительное повреждение мозгового вещества о стенки черепа. Открытые травмы могут осложниться инфекцией. Дальнейшее течение болезни определяется тяжестью поражения, локализацией, наличием осложнений. В течении болезни выделяют 4 стадии:

1. Начальная, наблюдающаяся после травмы, характеризуется потерей сознания. Длится от нескольких минут до нескольких недель, имеет различную глубину нарушенного сознания (оглушенность, сопор, кома). При легких травмах потеря сознания непродолжительная. Сознание нарушено в виде оглушенности. Больные вялые, заторможены, сонливы, плохо ориентированы в обстановке, односложно отвечают на вопросы. Их беспокоит головная боль, головокружение, тошнота, рвота. При более тяжелых травмах сознание нарушено более глубоко в виде сопора и комы. Боязлив заторможены или возбуждены, речь бессвязная, малопонятна, отрывочна. Период потери сознания из памяти больных выпадает. Могут забыться события после травмы (антероградная амнезия) или до травмы (ретроградная

амнезия), иногда и те, и другие. Часто больные забывают события после восстановления сознания, отрицают свои показания, данные в этот период.

2. В остром периоде, который длится от 3 до 8 недель, сознание восстанавливается, исчезают общемозговые симптомы. Характерна астения с ощущением психической и физической слабости, слезливости, раздражительности. Больные фиксированы на своем состоянии, переживают о последствиях перенесенной травмы. Фон настроения снижен. Течение болезни волнообразное, улучшение сменяется ухудшением, которое проявляется усилением астенической симптоматики, иногда с появлением судорожных припадков, периодов нарушенного сознания или острых кратковременных, психотических эпизодов с галлюцинаторными и бредовыми переживаниями. У лиц с хроническим алкоголизмом возможно появление признаков белой горячки.

3. В подострой стадии травматической болезни расстройства подвергаются обратному развитию и наступает выздоровление или частичное улучшение.

4. Постепенно болезнь переходит в стадию отдаленных последствий черепно-мозговой травмы, которые длятся несколько лет, иногда остаются на всю жизнь.

Наиболее частым является церебрастенический синдром с легкой раздражительностью, слезливостью, ранимостью, снижением работоспособности. Больные жалуются на нарушение сна, непереносимость духоты, жары, ощущение дурноты в транспорте, легкое снижение памяти. У некоторых наблюдаются истероформные реакции с рыданиями, заламыванием рук, требованием для себя привилегий. Объективно у них выявляется легкая рассеянная неврологическая симптоматика, потливость, тремор пальцев, холодные конечности. Эти расстройства имеют положительную динамику и спустя несколько лет полностью исчезают. При тяжелых черепно-мозговых травмах в отдаленном периоде возможно формирование органического психосиндрома. При этом наблюдается более выраженная неврологическая симптоматика, как рассеянная, так и локальная, свидетельствующая о диффузном поражении ткани мозга, в

результате черепно-мозговой травмы обнаруживаются изменения в биоэлектрической активности мозга и повышение внутричерепного давления. У больных появляются жалобы на головные боли, головокружение, нарушение сна, раздражительность, колебания настроения с оттенком гневливости и злобности, быструю утомляемость. Объективно у них выявляется снижение памяти на прошлые и текущие события, несостоятельность в выполнении творческого труда и интеллектуальных операций за счет общего интеллектуально-мнестического снижения, истощаемости психических процессов. На фоне органического психосиндрома у одних больных в дальнейшем формируются психопатоподобные синдромы, внешне напоминающие психопатические реакции и поведенческие расстройства, у других – явления травматического слабоумия. У таких больных легко формируется алкогольная и наркотическая зависимость. Это определяет повышенную социальную опасность больных.

Травматическое слабоумие является резким осложнением отдаленного периода черепно-мозговых травм. Чаще всего оно развивается после открытых травм и тяжелых контузий с переломом основания черепа. В клинической картине данного слабоумия, наряду с интеллектуально-мнестическими нарушениями, присутствуют вялость, апатичность, динамичность, слабодушие или эйфория с периодическими вспышками раздражения и гневливости. Если травма получена в зрелом возрасте, внешние формы поведения и навыки могут быть сохранены. При тяжелых травмах черепа в детстве слабоумие носит более тотальный характер, отмечаются задержка психического развития, трудности обучения в школе, психическая и физическая незрелость с психопатоподобными формами поведения. У таких подростков формируются олигофреноподобные нарушения. При объективном исследовании у них отмечаются неврологические и вегетативные нарушения, свойственные травматической болезни, астенические расстройства. В течении травматической болезни возможно появление пароксизмальных расстройств и состояний измененного сознания. Это травматическая эпилепсия и травматическая

болезнь с эпилептиформным синдромом. Пароксизмальные расстройства возникают как в течение первого года после перенесенной травмы, так и в отдаленные периоды (через 10 – 20 лет). Пароксизмальные расстройства острого и подострого периодов травматической болезни имеют благоприятное течение и со временем проходят, или в отдаленном периоде они имеют менее благоприятный прогноз. Пароксизмальные расстройства полиморфны: это большие и развернутые припадки, малые припадки абсансы, судорожные состояния без нарушения сознания, бессудорожные с минимальным судорожным компонентом, гипоталамические приступы с учащением сердцебиений, дурнотой, резким побледнением или покраснением кожных покровов, кратковременными судорожными подергиваниями, иногда наблюдаются эпизоды сумеречного помрачения сознания с последующим сном и полной амнезией. Противоправные деяния в таких случаях всегда направлены против жизни и здоровья окружающих лиц, не имеют адекватной мотивации, отличаются жестокостью, неприятием мер по сокрытию преступления и переживаниями чуждости содеянного. В судебно-психиатрической практике они нередко оцениваются как кратковременное болезненное расстройство психической деятельности. В отдаленном периоде черепно-мозговой травмы могут возникать травматические психозы. Они возникают через 10 – 15 лет после травмы, провоцируются повторными черепно-мозговыми травмами, интоксикациями, инфекционными заболеваниями, психогенными воздействиями. В основном они протекают в двух формах: в виде аффективных и галлюцинаторно-бредовых расстройств. Аффективные психозы проявляются периодическими состояниями депрессии или маний, они имеют место у лиц, перенесших черепно-мозговые травмы в легкой форме или среднетяжелой. Депрессивный синдром проявляется снижением настроения, тоскливым аффектом, ипохондрическими переживаниями. При маниях фон настроения повышен, преобладает раздражительность, гневливость. На высоте аффективных психозов наблюдается помрачение сознания. Психотическое состояние протекает в сочетании с психоор-

ганическим синдромом различной выраженности, течение психозов — 3–4 месяца, с последующим обратным развитием аффективной и психотической симптоматики.

Галлюцинаторно-бредовые психозы возникают у лиц, перенесших тяжелые черепно-мозговые травмы. Они появляются без предвестников в начальных периодах травматической болезни, иногда наблюдается помрачение сознания по типу сумеречного или делириозного с галлюцинациями. При более легких формах переживания носят характер сверхценных идей ипохондрического или сутяжного содержания. Поздние травматические психозы отличаются от шизофрении наличием выраженного психоорганического синдрома.

Судебно-психиатрическая оценка лиц, перенесших черепно-мозговые травмы, неоднозначна, зависит от стадии и клиники болезни. В остром периоде травматической болезни совершаются тяжкие противоправные действия, направленные против личности, дорожно-транспортные происшествия. Экспертная оценка острого периода травматической болезни сложна. Для оценки психического состояния пользуются медицинской документацией стационаров, материалами уголовных дел, рассказом больного о своем состоянии к моменту травмы. Обычно сведения, сообщенные больными, оказываются скудными. Совершение противоправных действий в остром периоде возможно при легких и средней тяжести травмах. У этих больных может быть неглубокое помрачение сознания, меняющееся в своей интенсивности. Их действия внешне имеют целенаправленный характер. Но свидетели отмечают растерянное выражение лица, дезориентировку в окружающем, отсутствие адекватного речевого контакта. Дальнейшая ретроантероградная амнезия свидетельствует о нарушении сознания в форме оглушения. Это состояние подпадает под понятие «временное расстройство психической деятельности» и свидетельствует о неспособности осознавать фактический характер и социальную опасность своих действий или руководить ими, то есть речь идет о невменяемости таких лиц в отношении инкриминируемого им деяния. Меры медицинского характера зависят от клиники заболевания. При полном

обратном развитии психических нарушений больные нуждаются в лечении в психиатрических больницах общего типа. Если имеются выраженные остаточные явления органического поражения головного мозга, к больным применяются меры принудительного характера в психиатрических больницах общего или специализированного типа.

При дорожно-транспортных нарушениях психическое состояние водителя оценивается двояко:

1. Водитель имел черепно-мозговую травму в прошлом и не было у него психического расстройства в момент аварии.

2. Получил ли водитель в момент аварии черепно-мозговую травму.

Важными моментами для экспертного заключения являются: анализ схемы движения, показания лиц, находившихся в машине с водителем, наличие алкогольного опьянения, описание самим виновником своего состояния. Наличие нарушенного сознания в момент происшествия обуславливает признание лица неответственным. Если водитель получил травму в момент аварии, он признается вменяемым. Дальнейшее состояние водителя оценивается в соответствии с тяжестью травмы. При полном выздоровлении или легких остаточных явлениях дееспособность лица сохраняется. Если экспертная комиссия устанавливает выраженные остаточные явления, то водитель направляется на лечение в психиатрическую больницу на общих основаниях или с применением принудительных мер медицинского характера. Дальнейшая судьба зависит от особенностей течения травматической болезни.

При судебно-психиатрической экспертизе потерпевших, получивших черепно-мозговую травму в криминальной ситуации, предварительно необходимо оценить возможность такими потерпевшими правильно воспринимать обстоятельства дела и давать о них правильные показания; возможность правильно понимать характер и значение совершенных в отношении их противоправных действий, участвовать в судебно-следственных действиях и осуществлять свое право на защиту. Комплексной комиссией с представителем судебно-медицинской экспертизы решается вопрос о тяжести телесных повреждений в результате

черепно-мозговой травмы. Если потерпевший получил легкую травму и способен правильно воспринимать обстоятельства происшедшего и может давать о них правильные показания и понимать характер и значение происшедшего и осуществлять право на защиту, он может участвовать в судебном процессе. При ретро-антероградной амнезии потерпевший не может правильно воспринимать обстоятельства дела и давать о них правильные показания. Нередко такие лица замещают расстройства воспоминаний, относящихся к этому периоду, вымыслами. Экспертиза обязана установить временные границы расстройства памяти с учетом обратной динамики ретроградной амнезии на момент обследования. Вместе с тем такой потерпевший сохраняет процессуальную дееспособность в отношении защиты своих прав и интересов, которые оказались нарушенными в результате причиненной ему черепно-мозговой травмы. Наличие последствий тяжелых черепно-мозговых травм с глубокими нарушениями психической деятельности приводит к тому, что лицо не может воспринимать обстоятельства дела и давать о них правильные показания, а также не может осуществлять самостоятельно свое право на защиту. При определении тяжести телесных повреждений, полученных потерпевшим в криминальной ситуации, комплексная судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертная комиссия учитывает тяжесть черепно-мозговой травмы, продолжительность начального и острого периодов и выраженность психических расстройств в отдаленном периоде травматической болезни, длительность утраты трудоспособности, получение инвалидности, связанной с травмой. Судебно-психиатрическая экспертиза отдаленных последствий черепно-мозговой травмы касается решения вопросов вменяемости. Чаще встречаются лица, у которых имеются рассеянная неврологическая симптоматика или легкие церебральные расстройства. У некоторых эти нарушения сопровождаются изменениями личности, возникшими после травмы. Такие лица признаются вменяемыми. Лица с более выраженными психическими нарушениями в виде психоорганических расстройств, редких эпилептиформных проявлений, неглубокого снижения интел-

лектуально-мнестических функций, также признаются вменяемыми. К невменяемым относятся больные с посттравматическим слабоумием, тяжелыми формами травматической эпилепсии и психозами. Меры медицинского характера к лицам, признанным невменяемыми, зависят от особенностей психического состояния и тяжести общественно опасного деяния.

2. Психические расстройства вследствие инфекционных заболеваний головного мозга

Психические расстройства возникают вследствие энцефалитов и менинго-энцефалитов мозга. Энцефалиты обычно возникают как осложнения при общих инфекционных заболеваниях (кори, малярии, брюшном и сыпном тифах, паротите). Существует также несколько форм первичных энцефалитов: эпидемический энцефалит Экономо, клещевой (весенне-летний, японский энцефалит). Возбудителем первичных энцефалитов являются фильтрующиеся вирусы. В природе существуют животные, являющиеся носителями вируса, и от контактов с ними возможно заражение человека. Отсюда сезонность вспышек энцефалита. В течении энцефалитов различают острую стадию и отдаленные последствия перенесенного заболевания.

Эпидемический энцефалит Экономо. Встречается очень редко. После непродолжительной лихорадки в острый период появляются расстройства сознания делириозного типа с яркими зрительными галлюцинациями, психической спутанностью или выраженной сонливостью. Делириозным состояниям острого периода свойственны психомоторное возбуждение, тревога, страх, отрывочные бредовые высказывания, ложные узнавания. Иногда наблюдается профессиональный делирий, ощущение себя в привычной производственной обстановке. Эти периоды сменяются сонливостью, больные спят в неудобной позе, их нельзя разбудить даже для приема пищи. Отмечаются судорожные подергивания, нарушения координации движений. Исходом могут быть смертность, выздоровление, переход в хроническую стадию — постэнцефалический паркинсонизм. В это время появляется скованная походка, дрожание рук, гиперкинезы конечностей. Объективно: парезы глазо-двигательных нервов, опущение век, двоение в глазах, речь скан-

дированная, лицо маловыразительное. Психические расстройства выражены в эмоционально-волевой сфере. Больные пассивны, эмоционально мало отвлекаемы. Настроение то эйфоричное, то депрессивное. При этом больные осознают собственную измененность. В далеко зашедших случаях у больных вязкое мышление, они назойливы, беспокойны. В беседе бестактны, грубы, лживы, обнаженно сексуальны. Больные внешне неопрятны, выпрашивают пищу, собирают объедки, со временем в ряде случаев достигают слабоумия, нуждаются в постоянном пребывании в психиатрических больницах.

Другие виды первичных энцефалитов. Переносчиками этих видов энцефалитов являются комары или клещи. Клиническая картина острых состояний при этих формах характеризуется повышением температуры, помрачением сознания, возбуждением, делирием, оглушенностью. Преобладает менингеальная симптоматика, ригидность мышц, в дальнейшем появляются параличи различной формы в зависимости от локализации процесса в мозгу. После острой стадии остаются параличи, эпилептиформные расстройства, периодические состояния нарушенного сознания, могут быть психотические эпизоды в виде галлюцинаторно-параноидных синдромов. Характерной особенностью этих психозов является нарушение сознания на высоте болезненного состояния с последующей амнезией психоза. Психоорганические нарушения проявляются снижением памяти, обстоятельным и вязким мышлением, наличием эмоционально-волевых расстройств. Некоторые больные вялы, пассивны, эмоционально обеднены, другие – возбудимы, подвижны, повышено внушаемы, расторможены, прожорливы, склонны к бродяжничеству, не следят за своей внешностью, иногда наступает слабоумие.

Вторичные энцефалиты. При инфекционных заболеваниях, особенно у детей, при повышении температуры тела могут появиться общемозговые симптомы: спутанность сознания, оглушение, зрительные галлюцинации, судороги, беспокойство по ночам. Они преходящи, исчезают по окончании острого периода заболевания и не оставляют после себя никаких

расстройств. Иногда течение основного заболевания осложняется вторичным энцефалитом. Это коревые энцефалиты, при краснухе, малярии, паротите, ветряной оспе, гриппе. Сначала обнаруживаются общемозговые реакции. Затем очень быстро в клинике появляются неврологические расстройства: нарушение глазо-двигательной иннервации, повышение и асимметрия сухожильных рефлексов, парезы и параличи конечностей и лицевой иннервации. менингеальные симптомы, головные боли, снижение слуха и зрения, светобоязнь. Течение этих энцефалитов более благоприятное по сравнению с первичными энцефалитами. В большинстве случаев в результате лечения происходит выздоровление. В отдаленном периоде обнаруживаются остаточные явления органического заболевания головного мозга. Они проявляются рассеянной неврологической симптоматикой, изменениями биоэлектрической активности мозга, иногда тяжелыми нарушениями зрения и слуха.

Психические расстройства проявляются в задержке психического развития, снижении интеллектуальных функций. В школе эти дети учатся плохо, они конфликтны, на уроках непоседливы, бросают школу, убегают из дома, употребляют алкоголь, наркотики. Они нередко попадают в криминальные ситуации. Во взрослом состоянии больные адаптируются к условиям жизни, усваивают нормы поведения, овладевают профессией. При обследовании у них выявляется рассеянная неврологическая симптоматика без изменений со стороны психики или неглубокие интеллектуально-мнестические расстройства и психопатоподобные формы поведения.

Судебно-психиатрическая оценка. В остром периоде правонарушения почти не встречаются. В судебно-психиатрической практике значение имеют остаточные явления перенесенных параинфекционных энцефалитов (вторичных), так как первичные энцефалиты наблюдаются редко. Правонарушения, совершенные подростками, отражают нарушения социальной адаптации.

Обычно они соучастники или совершают деяния в силу внушаемости или подчиняемости авторитарному влиянию. Экспертная оценка таких больных сложна из-за сохранности

интеллектуальных функций и наличия выраженной психической незрелости и эмоционально-волевых расстройств. В зависимости от степени и глубины указанных нарушений и их сочетания испытуемые могут быть признаны вменяемыми или невменяемыми. В таких случаях назначается судебная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза, при которой психолог-эксперт может отразить, в полной или не в полной мере такой подросток мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Такое заключение поможет суду понять мотивацию противоправных деяний и оценить степень его вины. Судебно-психиатрическая оценка психических нарушений у взрослых с отдаленными последствиями перенесенных энцефалитов строится по общим принципам. Лицам, перенесшим первичный энцефалит со слабоумием, может рекомендоваться признание невменяемыми, равно как совершившим правонарушения в состоянии психоза. Экспертная оценка отдаленных последствий вторичных энцефалитов у взрослых неоднозначна. Если интеллектуальные и эмоционально-волевые нарушения выражены незначительно, сохранена критическая оценка последствий своих действий, то пациентов следует считать вменяемыми. При течении заболевания с нарастанием психических нарушений или стойко выраженными психическими расстройствами больные, перенесшие энцефалиты, и на отдаленных этапах лечения заболевания подпадают под действие медицинского и юридического критериев формулы невменяемости. Меры медицинского характера обследуемым, признанным невменяемыми, соответствуют принципам, применяемым в судебно-психиатрической практике. У больных в клинике отдаленного периода энцефалитов отмечается сексуальная расторможенность, повышенная внушаемость и подчиняемость. Такие больные нередко становятся объектами правонарушения, жертвами сексуального насилия. При судебно-психиатрическом обследовании у таких потерпевших выявляются признаки психической незрелости, неполное понимание характера и значения совершенных в отношении них противоправных действий. При освидетельствовании осужденных на предмет

возможности дальнейшего отбывания наказания комиссионное врачебное заключение опирается на выраженность психических нарушений. Обычно в места лишения свободы редко попадают больные с глубокими психическими расстройствами. В случаях психогенно обусловленной декомпенсации состояния они подлежат лечению в психиатрических отделениях больниц мест лишения свободы, а затем возвращаются для дальнейшего отбывания наказания.

Психические расстройства вследствие сифилитических заболеваний головного мозга.

Сифилитические заболевания головного мозга относятся к инфекционным поражениям нервной системы.

Возбудитель сифилиса — бледная спирохета проникает в центральную нервную систему. В психиатрической клинике различают сифилис мозга и прогрессивный паралич.

Сифилис мозга. Инкубационный период — 3–4 года. Психические расстройства при сифилисе мозга такие же, как при менингитах, энцефалитах, сосудистых и опухолевых процессах. Решающее значение имеют неврологические и серологические исследования. Неврологические симптомы специфичны для нейросифилиса: синдром Аргайль-Робертсона, который характеризуется отсутствием или ослаблением прямой и содружественной реакции зрачков на свет, сужением и неравномерностью зрачков или их деформацией. Асимметрия сухожильных рефлексов, снижение или полное отсутствие коленных и ахилловых рефлексов. Нарушение координации движений, нечеткая и невнятная речь. В поздних стадиях сифилиса появляются инсульты с параличами и эпилептоформные припадки. Серологическая реакция Вассермана положительная в крови и спинно-мозговой жидкости. Психические нарушения на ранних этапах проявляются сифилитической неврастенией: нарушение сна, раздражительность, быстрая утомляемость при физическом и психическом напряжении, ослабление памяти, снижение настроения. Критические способности больных всегда остаются сохраненными. Течение сифилитической неврастении благоприятное, при лечении она полностью обратима. Без лечения заболевание переходит во

вторую и третью стадии и может проявляться сифилитическим менингитом, поражением сосудов и гуммозным поражением. **Менингеальная форма** характеризуется упорными головными болями, оглушением, возбуждением, снижением памяти, затруднениями интеллектуальных процессов, появлением психоорганических расстройств. Клинические проявления сосудистой формы более полиморфны, они зависят от поражения мелких или крупных сосудов головного мозга. Кроме головных болей, снижения памяти, бессонницы появляются признаки нарушения мозгового кровообращения, кроме того, возможны и острые психотические состояния, которые проявляются оглушенностью, тревожной спутанностью, галлюцинаторно-параноидными проявлениями (слуховые галлюцинации комментирующего и императивного характера, бредовые идеи преследования и отношения).

Гуммозная форма встречается редко, напоминает клинику опухоли головного мозга и зависит от локализации процесса. В отличие от опухоли мозга при гуммозном сифилисе всегда имеют место специфические неврологические и серологические данные.

Прогрессивный паралич. Инкубационный период — 10-15 лет. Психические нарушения свойственны ранним стадиям заболевания. Прогрессивный паралич представляет собой сифилитический менингоэнцефалит, протекающий с признаками быстрого прогрессирующего тотального распада психической деятельности, различными психотическими изменениями в крови и спинно-мозговой жидкости и определенными сомато-неврологическими нарушениями. Нелеченный прогрессивный паралич в течение 2-5 лет приводит к маразму и смертельному исходу. Прогрессивный паралич начинается с неврастенической стадии: головные боли, утомляемость, нарушение сна, раздражительность, почти сразу появляются признаки органического снижения личности. Больные становятся бестактными, утрачивают привычные формы поведения, чувство стыдливости, другие тонкие эмоции. Нарушаются критические способности: больные не оценивают и не понимают тяжести своего состояния. Настроение приподнятое,

они подвижны, легковесны в суждениях. У них обнаруживается интеллектуальная несостоятельность, они не понимают прочитанного, делают ошибки в счетных операциях, наблюдаются признаки общего огрубления личности. Затем наступает паралитическая деменция, которая характеризуется распадом личности, эйфорией, бредовыми идеями величия, нелепыми по своему содержанию, которые находятся в полном противоречии с состоянием больного и его положением. Больные возбуждены, бестолковы от 2 до 5 лет после начала заболевания. Характеризуется беспомощностью, соматическим неблагополучием, полным распадом психической деятельности и летальным исходом. Лечение антибиотиками дает хорошие результаты.

Судебно-психиатрическая оценка сифилитических заболеваний головного мозга различна. Больные, страдающие сифилисом мозга в стадии сифилитической невралгии и сосудистыми формами без признаков психоза, признаются вменяемыми, так как психические нарушения их носят неврозоподобный или неглубокий психоорганический характер без нарушения критических способностей и интеллектуальных функций. В экспертном заключении данный диагноз должен сопровождаться рекомендацией о необходимости лечения. Невменяемыми признаются больные с психотическими состояниями, свойственными сосудистым формам сифилиса мозга, в момент совершения правонарушения. Лица, страдающие прогрессирующим параличом, не могут осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Экспертное решение может учитывать и положительные результаты терапии. Состояние леченных больных требует дифференцированной оценки с учетом эффективности терапии, сроков, прошедших с момента лечения, и остаточной симптоматики.

3. Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга.

В судебно-психиатрической клинике сосудистые заболевания представлены атеросклерозом и гипертонической болезнью.

Атеросклероз мозговых сосудов стоит на третьем месте после атеросклероза коронарных сосудов и аорты. Психические нарушения при мозговом атеросклерозе могут проявляться широким диапазоном психопатологических синдромов, отражающих основные закономерности развития заболевания, его стадии и типы течения. В клинике мозгового атеросклероза различают три стадии заболевания, которые имеют определенные психопатологические особенности.

1. В ранней стадии мозгового атеросклероза преобладает неврозоподобная симптоматика, проявляющаяся снижением работоспособности, повышенной утомляемостью, раздражительностью, слезливостью. У таких больных отмечается легкое снижение памяти на текущие события, рассеянность, истощаемость при психическом напряжении, головные боли, головокружение, плохой сон. Иногда в этот период выявляются колебания настроения с преобладанием депрессивных компонентов. Особенностью начальной стадии мозгового атеросклероза является усиление и заострение свойственных больным характерологических черт. Ранее ранимые и сензитивные люди становятся настороженными и подозрительными, возбудимые – конфликтными и неуживчивыми, беспечные – легкомысленными, экономные – скупыми, инертивные и астеничные – склонными к образованию сверхценных представлений. Клинические проявления атеросклеротической неврастении различны. Неврастенический синдром с ипохондрическими включениями проявляется опасением за свое здоровье, носящим характер навязчивых и сверхценных представлений; неврастения со склонностью к истерическим реакциям характеризуется преобладанием в клинической картине раздражительности, театральности, наличием истерических форм реагирования на любые психотравмирующие переживания.

2. Во второй стадии отмечаются более стойкие и глубокие органические изменения психики. Различают две формы атеросклеротического психоорганического синдрома: а) с преобладанием поражения сосудов подкорковой области головного мозга и б) с преимущественными нарушениями в сосудах коры, которые проявляются различными психопатологическими

синдромами, среди которых ведущее место занимают изменения психической деятельности с выраженной астенией и интеллектуальными нарушениями. Обнаруживается значительное снижение памяти на текущие события, расстройство внимания, его неустойчивость. Появляются признаки деменции. При этом виде слабоумия важное место имеет повышенная утомляемость и истощаемость психической активности. Больные не могут отличать главное от второстепенного, нарушается критика. Иногда такие больные приспособляются к определенным условиям жизни. В новой, сложной ситуации они оказываются несостоятельными, обнаруживая дефекты интеллектуальных функций. Эмоциональные расстройства проявляются неустойчивым настроением с депрессивным фоном, в структуре которого отмечаются элементы личностной реакции на нарастающий психический дефект. В более поздних стадиях возникает благодушное, приподнятое настроение, которое сочетается с раздражительностью и гневливостью. Эйфорический фон настроения соответствует более глубокому слабоумию. У всех больных во второй стадии обнаруживаются органические неврологические симптомы, вестибулярные нарушения, патология со стороны сосудов глазного дна, признаки общего и коронарного атеросклероза. Бывают эпилептиформные припадки, сосудистые кризы, инсульты, после которых нередко развивается постапоплексическое слабоумие.

3. Третья стадия мозгового атеросклероза характеризуется прогрессирующим нарастанием недостаточности кровоснабжения мозга и проявляется более глубокими психопатологическими нарушениями. Отмечаются остаточные явления перенесенных инсультов с нарушениями речи, двигательной сферы, нарастают явления деменции. Восприятие становится замедленным, фрагментарным, усиливается истощаемость психических процессов, нарушается память. Появляются недержание аффекта, насильственный плач, смех, речь бедная, нарушается критика.

В судебной психиатрической практике значение имеют диагностика и экспертная оценка постинсультных состояний.

Различают острые состояния и отдельные последствия перенесенных инсультов.

Психические нарушения острого периода характеризуются головокружением, тошнотой, ощущением распирающих головных болей, нетвердой походкой. Нарушение сознания различной глубины и продолжительности с выявлением неврологической симптоматики в виде параличей и парезов, нарушений речи. В зависимости от локализации кровоизлияния после минования острого периода психические и неврологические нарушения могут сглаживаться. В более тяжелых случаях в отдаленном периоде остаются стойкие психические и неврологические расстройства вплоть до постинсультного слабоумия. Повторные инсульты вызывают более глубокие расстройства психики. В судебно-психиатрической практике при психогенно-травмирующей ситуации у больных мозговыми формами атеросклероза наблюдаются временные ухудшения психических и общесоматических нарушений, которые считаются декомпенсацией. Явления декомпенсации возникают у больных с начальными проявлениями атеросклеротических нарушений или на ранних этапах второй стадии заболевания. Закономерностью психогенных состояний, возникающих на фоне церебрального атеросклероза, является сочетание и переплетение органических и психогенных симптомов. Органические симптомы значительно устойчивее, психогенные подвержены колебаниям, связанным с изменениями ситуации. В судебно-психиатрической практике значение имеют галлюцинаторно-параноидные синдромы. У больных с галлюцинаторно-параноидным синдромом появлению параноидных расстройств предшествует выраженное усугубление характерологических черт личности, сопровождающееся упорными головными болями, астеническими проявлениями и признаками некоторого интеллектуального оскудения. По мере прогрессирования заболевания возникают бредовые переживания с патологическим толкованием реальных соматических ощущений, идеями отравления, колдовства. Затем развиваются истинные вербальные галлюцинации, носящие оскорбляющий и угрожающий характер. При депрессивно-параноидном синдроме, который

проявляется при обострении сосудистого церебрального атеросклероза, наиболее выражены депрессивные нарушения. Бредовые расстройства отличаются отрывочностью, отсутствием систематизации, конкретности. Течение и прогноз атеросклеротических психозов в большой степени определяется прогрессивностью общего и мозгового церебрального атеросклероза.

При гипертонической болезни психические нарушения могут быть проходящими и стойкими. В течении болезни различают две стадии: функциональную и склеротическую. Функциональная стадия характеризуется возникновением неврастенических симптомокомплексов и сочетанием их с неглубокими проявлениями астении. Для этой стадии характерны повышенная утомляемость, раздражительность, ранимость, сензитивность, неуверенность в своих действиях, застенчивость, робость. Эмоциональные реакции приобретают депрессивный оттенок, беспокоят головные боли в затылке, головокружения с тошнотой, расстройство сна, шум в ушах, боли в области сердца, стенокардические приступы. Повышение артериального давления транзиторное. В склеротической стадии гипертонической болезни высокие цифры артериального давления становятся постоянными. Давление не снижается до нормального уровня. В этой стадии имеются анатомические изменения в артериях мозга. В дальнейшем заболевание протекает по закономерностям, свойственным атеросклерозу головного мозга.

В судебно-психиатрической практике сосудистые заболевания головного мозга встречаются часто. Опасные действия больных с наличием галлюцинаторно-бредовых и депрессивно-бредовых синдромов, состояний помраченного сознания, больных с атеросклеротическим слабоумием имеют свою специфику. Опасные действия больных с галлюцинаторно-бредовыми синдромами бывают направлены на конкретных лиц и характеризуются нестойкостью и завершенностью агрессивных актов. Поступки, совершенные в состоянии нарушенного сознания, проявляются безмотивными, нецеленаправленными действиями с последующими после выхода из психического

состояния реакциями растерянности. Слабоумные больные совершают противоправные деяния в силу недоосмысления и недостаточной критической оценки происходящего, иногда под влиянием других лиц, так как они легко внушаемы. В их действиях выявляются интеллектуальная несостоятельность и отсутствие возможности прогнозирования последствий своих поступков.

Лица с начальной стадией церебрального атеросклероза, с явлениями легкой астении, рассеянной неврологической симптоматикой, невротическими проявлениями экспертные комиссии считают вменяемыми, степень психики этих больных не лишает их возможности осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. При декомпенсации в условиях психотравмирующей ситуации при экспертной оценке возникают трудности в определении настоящего состояния и степени психических изменений, имевших место в момент совершения правонарушений. При наличии декомпенсации таких больных направляют на лечение в психиатрические больницы, не решая вопросов вменяемости. После лечения выявляются такие изменения психики, анализ которых позволяет решить экспертные вопросы, представляющие в состоянии декомпенсации трудности. В целях уточнения изменений психики, свойственных церебральному атеросклерозу, целесообразно решать вопросы вменяемости по минимизации признаков реактивного состояния после проведенного лечения в психиатрической больнице. Трудности представляет решение вопросов вменяемости у больных с интеллектуально-мнестическими нарушениями. Сохранность при атеросклеротическом слабоумии внешних норм поведения и выработанных в течение жизни навыков, относительная компенсация их в жизни затрудняют определение глубины наступивших изменений. Для определения степени имеющихся изменений большее значение имеют нарушения аффективной сферы, изменения всей структуры личности.

В клинической картине слабоумия после перенесенного инсульта, помимо интеллектуально-мнестических и аффективных расстройств, имеются элементы афазии. Из-за речевых

расстройств нарушается контакт больного с внешним миром, а из-за поражения внутренней речи у них теряется смысловое значение слова и нарушается мышление. Поэтому лица с медленно развивающимся слабоумием и с постапоплексической деменцией должны считаться невменяемыми в отношении совершенных ими противоправных деяний. Атеросклеротические психозы в момент совершения правонарушения исключают вменяемость. При судебно-психиатрическом освидетельствовании осужденных важным является отграничение психогенно обусловленных состояний, декомпенсации и реактивных состояний, возникающих на фоне сосудистых заболеваний головного мозга, от тех изменений психики, которые обусловлены органическим поражением головного мозга. Необходимость определения способности лица понимать значение своих действий и руководить ими при совершении гражданских актов возникает при посмертной и очной экспертизах. Сложности при посмертном заключении обусловлены необходимостью опираться только на материалы дела и данные медицинской документации. Наличие указаний на явления выраженного слабоумия, относящиеся к периоду составления завещания, является показанием для признания этого лица неспособным понимать значение своих действий и руководить ими. Особые трудности возникают при оценке изменений психики в постинсультном периоде. Особенности психопатологических нарушений этого периода, неустойчивость симптоматики и явления тяжелой астении свидетельствуют о неспособности лица понимать значение своих действий и руководить ими. В отдаленном периоде нарушения мозгового кровообращения решение экспертных вопросов может быть различным в зависимости от выраженности психических расстройств.

4. Психические расстройства позднего возраста

К психическим заболеваниям позднего возраста относятся психические расстройства, возникающие в предстарческом (45 – 60 лет) и собственно старческом (свыше 60 лет) возрастах.

Предстарческие инволюционные психозы объединяют группу психических расстройств, возникающих в предстарческом возрасте в период эндокринных возрастных сдвигов. Судебно-психиатрическое значение имеют инволюционные депрессии и инволюционные бредовые психозы.

Инволюционные депрессии развиваются у лиц мнительных, имевших в прошлом расстройства настроения, истерические проявления. Их возникновению предшествуют психогенные факторы, что затрудняет раннюю диагностику. Но пожилой возраст больных и затяжное течение свидетельствуют об инициальном периоде инволюционной депрессии. Депрессивные расстройства при поздней меланхолии выражены глубоко и проявляются в витальной тоске, заторможенности, ощущениях безысходности состояния и своего положения. Характерно наличие тревожной депрессии, сочетающейся с раздражительностью и злобным аффектом. Затем присоединяются различные формы депрессивного бреда, появляются идеи самоуничтожения, осуждения, разорения. При утяжелении состояния больной считает себя виновным во всех отрицательных событиях, происходящих в мире. Депрессивный психоз длится несколько лет, затем наступает стабилизация и однообразие. Легкие формы инволюционной депрессии проявляются истерией. Больные становятся капризными, неуживчивыми. По малейшему поводу у них начинаются истерические припадки с удушьем, потерей голоса, с демонстративным рыданием, судорогами. Истерические расстройства протекают на фоне тревожно-депрессивного настроения. Течение их относительно благоприятное, по истечении определенного периода они обнаруживают тенденцию к обратному развитию.

Инволюционные бредовые психозы в прогностическом отношении более неблагоприятные. Это пресенильный бред ущерба, инволюционная паранойя, инволюционная парафрения. Характерными для них являются наличие бредовых идей, галлюцинаций на фоне типичных тревожно-депрессивных аффективных расстройств. Бредовые идеи носят интерпретативный характер и выражаются в идеях ущерба, ревности, преследования. Специфичен для этих психозов бред мелкого

масштаба. Больные жалуются, что их обкрадывают, пачкают белье, посуду, обои, они становятся ворчливыми, раздражительными, например, слышат, как соседи переговариваются о способах причинения им неприятностей. Бредовые идеи связаны с конкретными лицами их ближайшего окружения. Больные с идеями ущерба склонны к kleptomании, совершают мелкие кражи в целях возмещения «потерянного» или «испорченного» имущества. Идеи ревности нелепы по содержанию: больные ревнуют своих супругов к детям, родственникам. Подтверждения своим переживаниям находят в жестах, фразах, мимике «изменников» и посторонних людей.

Требуют признания неверности, следят. В любых ситуациях находят подтверждения своим ревнивым подозрениям и убеждениям. Больные с бредом ревности могут совершить агрессивные действия в отношении своих супругов и их мнимых любовников.

Старческие психозы и атрофические заболевания головного мозга.

Старческие психозы являются результатом атрофических изменений головного мозга, что подтверждено патологоанатомическими исследованиями. Их разделяют на сенильное слабоумие и сенильные психозы. На первых этапах отмечается обострение свойственных большим личностных особенностей, затем присоединяются огрубление личности, общее снижение ее уровня, эгоистичность, эмоциональная обедненность, расстройства памяти, снижается продуктивность мышления, нарушена способность к осмыслению ситуации в целом и ее критическая оценка. Неуклонно нарастают явления слабоумия. Поведение становится нелепым, снижается и разрушается память, пробелы которой больные замещают фантазиями, со временем развиваются речевые расстройства, характерен распад речевых функций. Больные внешне неопрятны, прожорливы. Старческие психозы проявляются в виде бредовых и галлюцинаторных расстройств. Для старческих психозов характерны зрительные галлюцинации, бредовые идеи преследования, виновности, состояние нарушенного сознания с обильными зрительными нарушениями восприятия. Течение старческих психозов и

слабоумия неуклонно прогрессирующее. Эффективных средств лечения нет. Прогноз неблагоприятен. Со временем развиваются маразм и полная беспомощность больных.

Судебно-психиатрическая оценка психических заболеваний позднего возраста.

Опасные деяния, совершаемые больными с психическими заболеваниями позднего возраста, редки, но разнообразны. Для больных с инволюционной депрессией характерны суицидальные поступки и расширенные самоубийства, когда больные убивают себя и близких, желая избавиться от страданий и мучений. Судебно-психиатрическая экспертиза может быть очной при незавершенных самоубийствах или посмертной при завершенных суицидах. Диагностика инволюционной депрессии делает однозначным экспертное решение о невменяемости. Если же правонарушение было совершено в стадии характерологического сдвига, усиления личностных особенностей и не имело психопатологической мотивации, а картина инволюционной меланхолии или парапоида развилась после привлечения к ответственности, решение комиссии может быть не столь однозначным. Испытуемый может считаться вменяемым в отношении инкриминируемого ему деяния, как заболевший психическим заболеванием посл. совершения правонарушения. В таких случаях больные, как социально опасные, подлежат направлению на принудительное лечение в психиатрические больницы, при расширенных незавершенных самоубийствах — в психиатрические больницы специализированного типа или специализированного типа с интенсивным наблюдением. Больные со старческими формами психических заболеваний, вне зависимости от стадии заболевания, признаются невменяемыми, так как уже на ранних этапах у них имеются нарушения критических способностей. Большое значение диагностика психических расстройств позднего возраста приобретает в гражданском процессе и при посмертной экспертизе. Люди, используя беспомощное состояние таких больных, подталкивают больных на оформление браков, составление завещаний в свою пользу, совершение актов купли-продажи, дарения, обмена жилплощади. Если при очном

посмертном освидетельствовании экспертные комиссии диагностируют психические расстройства у подэкспертного, достигающие степени психического заболевания, такое лицо признается неспособным понимать значение своих действий и руководить ими.

Х. ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия — хроническое заболевание, возникающее в детском и юношеском возрасте, проявляющееся разнообразными судорожными и бессудорожными припадками, а также типичными изменениями личности, психозами, в тяжелых случаях — развитием специфического слабоумия. Эпилепсия — заболевание с неясной причиной, большое значение в ее происхождении отводится наследственным факторам и поражениям височных областей мозга. Наряду с эпилептической болезнью, эпилептические компоненты встречаются и при других заболеваниях. Это травмы мозга, сосудистые заболевания, энцефалиты, для которых характерен эпилептиформный синдром.

Клиника эпилептической болезни разнообразна, ее проявления можно разделить на три группы состояний: 1) кратковременные судорожные и бессудорожные пароксизмальные состояния; 2) острые и затяжные психозы; 3) изменения личности и слабоумие. Развернутой клинике эпилептической болезни предшествуют изменения настроения, депрессивные, злобные, гневливые, аффективные реакции или ощущения страха, надвигающейся беды. Типичным проявлением этого заболевания является **большой эпилептический припадок**. Утрата сознания при этом является главным признаком. Этот приступ обычно возникает без предвестников и неожиданно для больного. Поэтому у таких больных можно обнаружить следы от укусов языка и губ, рубцы от ожогов, последствия неудачных падений. Первая фаза припадка — аура — встречается в половине случаев, иногда она не забывается больными. Различают несколько вариантов аур: а) сенсорная — острый страх; зрительные галлюцинации в виде ярких неоформленных видений,

тактильные и вкусовые ощущения, громкие звуки; б) вегетативная — усиленные сердцебиения, удушье, болевые ощущения в груди и животе, обильный пот; в) моторная — неожиданный бег, вращение вокруг оси тела, топтание на одном месте; г) психическая — острая депрессия или ощущение блаженства, слуховые отрывочные галлюцинации, ощущение инсценировки. В состоянии ауры сознание нарушено. Вторая фаза — тоническая: больной падает, мышцы тела резко напряжены, голова запрокинута, из-за сокращения мышц голосовых связок и мышц грудной клетки больной издает резкий звук, может быть произвольное мочеиспускание и дефекация. Сознание глубоко помрачено: зрачки не реагируют на свет, отсутствует болевая и тактильная чувствительность. Третья фаза — клоническая: беспорядочное сокращение мышц тела, больной извивается в судорогах, на губах — пена, на лице — гримасы. Через 1 — 2 минуты припадок переходит в четвертую фазу. Больной затихает, восстанавливается ритмическое дыхание и сердцебиение. Но сознание еще помрачено, возможен терминальный сон или состояние психомоторного возбуждения с бесцельной агрессией, метанием, стремлением куда-нибудь уйти. Общая продолжительность припадка — несколько минут. После него больные более суток ощущают слабость, разбитость, угнетенность настроения. Припадок обычно забывается.

Малый припадок возникает неожиданно, продолжается 1 — 2 минуты. Проходит все фазы. Больной не успевает упасть, сознание помрачено, речь прерывается, судороги отдельных мышц лица, туловища, лицо бледнеет, взгляд блуждающий. Через короткое время больной возвращается к прежней работе. Еще более короткий припадок называется **абсансом**, когда сознание отключается на несколько секунд, судорог не бывает. Обо всех припадках больной не помнит. Частота припадков различна: от нескольких раз в год до нескольких раз в неделю. Может быть серийное проявление припадков, когда следующий припадок возникает на фоне неполного восстановления сознания (эпилептический статус). Это состояние опасно для жизни и требует стационарного лечения. Эпилепсия протекает с одним видом припадка. Появление других припадков

свидетельствует о полиморфизме клинической картины и переходе течения болезни в неблагоприятную форму.

Эпилептические эквиваленты – непродолжительные психические расстройства, возникающие вместо припадка. Они напоминают эпилептический припадок, возникают неожиданно, неожиданно заканчиваются. К типичным пароксизмам относятся дисфория, внезапное изменение настроения в сторону гневливо-злобного или тоскливо-злобного, иногда с агрессией и яростью в отношении окружающих. Больные в этот период конфликтны, придирчивы, не находят себе места, наносят себе повреждения, совершают разрушительные действия. При преобладании депрессивных компонентов отмечают затруднения при интеллектуальной деятельности, трудности сосредоточения, рассеянность внимания. На высоте развития дисфории сознание бывает нарушенным по типу оглушения. В судебно-психиатрической практике имеют значение сумеречные состояния сознания, которые относятся также к эпилептическим эквивалентам. Возникают они неожиданно. В одних случаях поведение больных остается внешне упорядоченным, но обращают внимание внутренняя сосредоточенность, некоторая отрешенность в момент общения и вне его, агрессия, разрушительные действия. Иногда сумеречные состояния начинаются с психомоторного возбуждения с агрессивными и разрушительными действиями. Имеет место большое аффективное напряжение с преобладанием злобного и яростного аффекта. Психопатология сумеречных состояний сложна. Иногда преобладает дезориентировка в окружающем, в месте, времени, в собственной личности в сочетании с аффективными расстройствами – это простая форма сумеречного состояния. При этой форме действия больных носят автоматизированный характер, речь или отсутствует, или бессвязна. Через несколько часов эта форма сумеречных расстройств сознания постепенно разрешается и в последующем полностью забывается. В других случаях имеют место галлюцинаторно-бредовые переживания. В этих случаях преобладают зрительные галлюцинации, ярко окрашенные, устрашающего содержания. Возникают видения толпы, погони, обрушивающихся зданий. Иногда галлюцинации

носят религиозный характер: общения с ангелами, дьяволами, потусторонним миром. Слуховые галлюцинации соответствуют по содержанию зрительным, носят комментирующий и императивный характер. Иногда бывают обонятельные галлюцинации: больные ощущают запах дыма, различных отбросов. Внешне больной возбужден, тревожен, мечется, испытывает страх, отрывочная речь отражает болезненные переживания. Несмотря на нарушенное сознание, больные способны совершать целенаправленные действия, могут перейти улицу при движущемся транспорте, отпереть дверь ключом. Эти состояния могут длиться от нескольких часов до нескольких суток; выход из них постепенный, заканчивается сном и забывается. Иногда в памяти восстанавливаются отрывочные психопатологические переживания. Иногда сумеречные состояния сознания приобретают форму амбулаторных автоматизмов, при которых больные уходят из дома, бродяжничают, приходят в себя в незнакомом месте. Сомнамбулизм (лунатизм) – амбулаторный автоматизм, наступающий во время сна. Больные, находящиеся в сумеречном состоянии сознания с амбулаторным автоматизмом, нередко совершают тяжелые противоправные действия, направленные против личности. Эпилептической болезни присущи острые, затяжные и хронические психозы. Они протекают с галлюцинаторно-бредовыми симптомами, чаще религиозного содержания. Характерной особенностью является наличие нарушений сознания, припадков, выраженных аффективных нарушений с преобладанием гневливо-злобных аффектов. Эпилепсия всегда протекает с изменениями личности, которые проявляются на ранних этапах заболевания и являются важным диагностическим критерием. Выраженность личностных расстройств находится в зависимости от частоты и клинической структуры пароксизмальных расстройств. Диапазон личностных изменений велик и колеблется от слабых до глубоких изменений с формированием специфического эпилептического слабоумия. Появляются вязкость и тугоподвижность мышления, склонность к застреванию на малосущественных деталях, трудности в разграничении важных и второстепенных деталей обстоятельств. Рассказ больного многословен, дли-

телен, он никак не может рассказать главного. В изменениях личности значительное место занимают аффективные нарушения. Больные становятся злопамятными, обидчивыми, мстительными, скупыми. Появляется утрированная педантичность, пунктуальность; порядок в доме, одежде. Аффективным нарушениям свойственна полярность настроения — от злобного до доброжелательного. В эти периоды они употребляют уменьшительно-ласкательные слова: сестричка, домик, милая, мамочка и т. д. Но даже в такие периоды можно заметить особый холодный блеск глаз. Больные эпилепсией медлительны, скупы, их мимические реакции однообразны, они часто подчеркнута религиозны, тщательно соблюдают религиозные обряды. В далеко зашедших случаях наступает эпилептическое слабоумие. Лечение направлено на купирование припадков и их эквивалентов, строится по индивидуальному графику применения препаратов в зависимости от вида эпилептиформных расстройств и частоты их проявления. Употребление алкоголя, психогенные инфекции способствуют учащению припадков. Судебно-психиатрическая оценка сложна. При проведении экспертизы, даже стационарной, не всегда можно наблюдать эпилептические припадки и их эквиваленты. В этих случаях эксперты пользуются медицинской документацией и лабораторными исследованиями. Электроэнцефалографическое исследование позволяет выявить наличие активности мозга. При установлении диагноза надо доказать наличие тех или иных судорожных припадков или состояний нарушенного сознания в момент совершения правонарушения. При этом наибольшее судебно-психиатрическое значение имеют большие и малые припадки, сумеречные состояния. При экспертной оценке состояния водителя во время совершения дорожно-транспортного происшествия важное значение имеет наличие большого, малого припадка или состояния абсанса в момент аварии. Лица в указанных состояниях признаются невменяемыми. Большую опасность представляют больные эпилепсией в сумеречном состоянии. Экспертная оценка сумеречных расстройств проводится по материалам уголовных дел и находится в прямой зависимости от их полноты. Диагностическими признаками

являются внезапность возникновения состояния, необычность поведения, отсутствие мотивировки поступков, речевая продукция, отражающая болезненные переживания, критический выход из состояния, ощущения чуждости содеянного. Испытуемые, совершившие правонарушения в сумеречном состоянии, подпадают под понятие временного расстройства психической деятельности медицинского критерия формулы неменяемости. К этим лицам обязательно применение мер медицинского характера. После выписки из стационара эти больные в дальнейшем нуждаются в диспансерном наблюдении психоневрологических диспансеров по месту жительства со строгим контролем за продолжением регулярности лечения. Правонарушения, совершенные в состояниях дисфорий, оцениваются дифференцированно, в зависимости от выраженности психических нарушений. Лица с острыми, затяжными, хроническими эпилептическими психозами подпадают под понятие хронического психического заболевания медицинского критерия неменяемости. При судебно-психиатрической экспертизе подлежит оценке частота судорожных припадков и их эквивалентов. При констатации припадков более 5 – 6 раз в месяц, с учетом тяжести состояния испытуемых в межприступный период, возможно признание их неменяемости. Судебно-психиатрическая оценка психического состояния лиц, страдающих эпилепсией, совершивших противоправные деяния в межприступный период, опирается на глубину и выраженность эпилептических изменений личности. Испытуемые с редкими припадками и небольшими изменениями психики признаются вменяемыми. Лицам с признаками эпилептического слабоумия рекомендуются меры медицинского характера в соответствии с общими положениями. Больные эпилептической болезнью, осужденные к лишению свободы, подлежат лечению в медицинских учреждениях мест лишения свободы. При стойком ухудшении состояния, прогрессировании эпилептического слабоумия больные могут быть освобождены от дальнейшего наказания и направлены на лечение в психиатрические учреждения. В гражданском процессе при судебно-психиатрической оценке речь идет об общей дееспособности больных,

которая решается в зависимости от общих психических нарушений. Больные могут быть признаны дееспособными и недееспособными с учетом степени и выраженности слабоумия.

XI. ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (АЛКОГОЛИЗМ И НАРКОМАНИЯ)

Алкоголизм и наркомания являются важнейшей медицинской и социальной проблемой. Большинство противоправных деяний совершается в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. Судебно-психиатрическая экспертиза таких лиц имеет сложности. Различают экспертизу острого алкогольного или наркотического опьянения и диагностику хронического алкоголизма и наркомании. При экспертизе острого алкогольного опьянения, не исключающего вменяемости, решают вопросы отграничения его от патологического опьянения. Патологическое опьянение считается кратковременным расстройством психической деятельности и исключает вменяемость. Простое алкогольное опьянение оценивается с позиции, согласно которой критерии невменяемости не распространяются на лиц, совершивших противоправные деяния в состоянии простого алкогольного и наркотического опьянения.

1. Алкоголизм.

При длительном и систематическом злоупотреблении алкоголем развивается алкоголизм.

В клинике алкоголизма различают три стадии:

Первая компенсированная стадия характеризуется снижением контроля над количеством выпитого алкоголя, для достижения алкогольной эйфории употребляют все большие дозы алкоголя. Влечение к алкоголю растет. В клинической картине опьянения появляются гневливость, придиричивость, злобность, назойливость, повышенная ревнивость. Наблюдается изменение личности вне опьянения. Появляются признаки дезадаптации с сосредоточением внимания на употреблении алкоголя.

Во второй субкомпенсированной стадии усиливается влечение к алкоголю и появляется синдром зависимости (похмелья). Он возникает обычно по утрам и характеризуется наличием психических и вегетативных расстройств, снимается приемом алкоголя. Меняется картина алкогольного опьянения, в состоянии опьянения еще более звучат гневливость и раздражительность, которые после пробуждения забываются. Иногда появляются психотические эпизоды.

Третья докомпенсированная стадия выражается в запое, выраженном в похмельном синдроме, нарушении сна, бредовой настроенности. Появляются характерные изменения личности в виде склонности к плоским шуткам, необоснованной ревности. Больные утрачивают общественные и семейные связи, у них теряется критическая оценка своего злоупотребления алкоголем и собственного положения. В связи с хронической алкогольной интоксикацией появляются нарушения со стороны сердечно-сосудистой деятельности, функций печени, заболевания желудочно-кишечного тракта. Меняется внешний вид больного: неопрятность в одежде, одутловатое лицо, дряблость и синюшность кожных покровов, преждевременное старение. При алкоголизме бывают светлые промежутки различной продолжительности. Они могут возникнуть спонтанно или под влиянием лечения. Чаше ремиссии наблюдаются в первой и второй стадиях. Прогноз третьей стадии менее благоприятен. В третьей, а иногда и во второй стадии возникают кратковременные психотические состояния: алкогольный делирий, алкогольный галлюциноз, алкогольный параноид, дипсомания, Корсаковский психоз.

2. Алкогольные психозы

Алкогольный делирий (белая горячка) – острое психотическое состояние, протекающее с клинической картиной делириозно измененного сознания. Белая горячка провоцируется инфекционными заболеваниями, прекращением употребления алкоголя, психогениями, травматическими поражениями головного мозга. Белой горячке предшествует продромальный период, для которого характерными являются общая напряжен-

ность, настороженность, тревога, беспокойство, страх, кошмарные сновидения. Появляются вегетативные изменения: потливость, тремор конечностей, расстройство терморегуляции. В развернутой картине белой горячки появляются яркие зрительные галлюцинации сценopodobного характера. Содержание галлюцинаций отражает алкогольную или профессиональную тематику. Сам больной является участником переживаний. Больные беспокойны, прячутся, нападают, жестикулируют; при тактильных галлюцинациях стряхивают с себя мелких животных, распутывают паутину, лицо отражает страх, растерянность. Больные все время находятся в состоянии психомоторного и речевого возбуждения. Течение белой горячки – несколько суток, иногда – несколько часов. Белая горячка – состояние, угрожающее жизни больного, нередко она заканчивается смертью. Больные в этом состоянии представляют повышенную социальную опасность для себя и окружающих.

Алкогольный галлюциноз протекает без признаков нарушенного сознания, ориентировка в окружающем сохраняется. Основным психопатологическим признаком является наличие слуховых вербальных галлюцинаций. Слуховые галлюцинации носят тематический характер: иногда это отдельный голос, обвиняющий больного, чаще это несколько голосов, спорящих о больном, критическая оценка своего состояния у больных на этом этапе отсутствует, поэтому больной вступает в спор с голосами, жалуется на них окружающим. Бредовые идеи или отсутствуют, или соответствуют галлюцинациям. Зрительные галлюцинации обычно отсутствуют или носят отрывочный характер. Алкогольный галлюциноз прекращается под влиянием лечения или при прекращении злоупотребления алкоголем. Но чаще заболевание приобретает подострое и затяжное течение и длится месяцами и годами. При хроническом течении больные привыкают к слуховым галлюцинациям, периодически спорят с голосами, к психиатрам обращаются редко. При рецидивирующем течении приступы проявляются синдромом вербального галлюциноза с истинными угрожающими и комментирующими расстройствами восприятия и бредом преследования. Голоса монотематичны, конкретны, связаны с реальной

окружающей обстановкой. В судебно-психиатрической практике чаще встречаются abortивные и рецидивирующие формы алкогольного галлюциноза.

Алкогольный паранойд. Стержнем этой формы алкогольного заболевания является преобладание в клинической картине бредовой симптоматики. Для алкогольных параноидов характерен бред ревности (бред супружеской неверности). Развитию алкогольного параноида предшествует подозрительность со склонностью к легко возникающим сверхценным идеям ревности. Они становятся фиксированными, стойкими, постепенно перерастают в паранойяльный бред ревности. Бредовые идеи ревности направлены на конкретное лицо, нелепы по содержанию, больные переносят болезненные бредовые переживания в далекое прошлое. Заявляют, что измены были и раньше, сомневаются в отцовстве, отказываются от детей. Внешне больные подозрительны, следят за поведением супругов, проверяют запоры на дверях и окнах, осматривают белье супругов, ставят на нем особые отметки. Аффективно они напряжены, подавлены, испытывают тревогу, страх. При резком усилении злоупотребления алкоголем клиника психоза усложняется присоединением вербальных галлюцинаций, иллюзорных расстройств, фрагментов синдрома Кандинского—Клерамбо с идеями воздействия, симптомом «открытости». В отличие от параноидной формы шизофрении у данных больных имеются алкогольные изменения личности, соматические расстройства, связанные с хронической интоксикацией (в прошлом у них наблюдались кратковременные алкогольные психозы). Бредовые идеи ревности плохо поддаются лечению. Даже признавая ошибочность своих суждений о неверности супруга, больные внутренне остаются неуверенными и настороженными. Алкогольные параноиды имеют затяжное течение, но возможно их полное обратное развитие. При употреблении алкоголя психоз рецидивирует с осложнением симптоматики в последующих обострениях.

Дипсомания (запой) встречается редко. Дипсомания бывает истинной и ложной (псевдодипсомания). Истинная дипсомания всегда возникает на патологической почве, которая проявляется

колебаниями настроения в виде депрессий, гневливо-злых состояний, тревожных расстройств. Появлению запоя предшествуют изменение настроения, нарушение сна, ощущение запаха алкоголя. Запой начинается внезапно и прекращается внезапно. При запое больные употребляют много алкоголя, отказываются от еды, производят впечатление тяжело больных. Запой длится от нескольких дней до нескольких недель. Если запой длится долго, он может закончиться алкогольным делирием. После запоя остаются воспоминания. В светлом промежутке больные алкоголь не употребляют. Истинный запой является острым психическим расстройством, в светлых промежутках больные не обнаруживают психических нарушений, свойственных хронической алкогольной интоксикации. Псевдодипсомании возникают на фоне хронической алкогольной интоксикации при отсутствии четких границ возникновения и прекращения запоев, продолжительность запоев зависит от внешних обстоятельств. В результате хронического алкоголизма может развиваться Корсаковский психоз. Он возникает на фоне тяжелой хронической алкогольной интоксикации, проявляется полиневритом и расстройством памяти с преобладанием фиксационной амнезии. У больных плохая память на прошлые и текущие события. Пробелы памяти они заполняют ложными воспоминаниями или конфабуляциями, которые также забывают и все время рассказывают новые истории. Иногда они играют в шахматы, могут поддержать беседу. Течение Корсаковского психоза хроническое, прогноз неблагоприятный.

3. Судебно-психиатрическая оценка алкоголизма и алкогольных психозов.

Больные хроническим алкоголизмом и алкогольными психозами склонны совершать кражи, убийства, другие противоправные действия, наносить тяжкие телесные повреждения. Противоправные деяния, совершенные в период алкогольных психозов, характеризуются неожиданностью, особой жестокостью, направлены на конкретных лиц, обычно из ближнего окружения. Эти действия имеют психопатологическую мотивацию. Особую опасность представляют больные с бредом ревности. Обычно они попадают в поле зрения психиатрической

службы после совершения противоправных действий. Диагноз алкогольного психоза впервые устанавливается в период проведения судебно-психиатрической экспертизы. Больные хроническим алкоголизмом, совершившие правонарушения вне психических состояний, признаются вменяемыми. Исключением являются больные третьей стадии хронического алкоголизма, когда имеются грубые нарушения личности. Эти состояния приравниваются к понятию слабоумия медицинского критерия невменяемости. Выраженность психических нарушений исключает возможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Лица, совершившие противоправные действия в состоянии кратковременных психотических состояний (алкогольный делирий, абортивный галлюциноз, дипсомания, проходящие алкогольные параноиды), подпадают под понятие временного расстройства психической деятельности и медицинского критерия невменяемости. Алкогольные галлюцинозы с затяжным течением, алкогольные параноиды, Корсаковский психоз рассматриваются как хронические психические заболевания и подпадают под действия формулы невменяемости. Невменяемым лицам рекомендуют применение принудительных мер медицинского характера, несмотря на то что к моменту экспертизы кратковременные психотические состояния полностью прошли и их диагностика и экспертная оценка проводятся ретроспективно, так как они развиваются на фоне хронической алкогольной интоксикации и могут повториться при употреблении алкоголя. Этим лицам рекомендуют принудительное лечение в больницах общего типа. Если больные совершают повторные общественно опасные деяния и в прошлом совершали побеги из психиатрических больниц, отказывались от лечения, им безуспешно проводилась антиалкогольная терапия, то таким больным следует рекомендовать принудительное лечение в специализированных больницах. Больным с идеями супружеской неверности, а также с направленностью агрессивных действий на конкретных лиц необходимо рекомендовать принудительное лечение в психиатрических специализированных больницах или с интенсивным

наблюдением. Эти больные нуждаются в продолжительных сроках принудительного лечения. После выписки больные, перенесшие алкогольный параноид, нуждаются в активном диспансерном наблюдении в психоневрологических диспансерах по месту жительства. Алкоголики, осужденные к мерам наказания, не связанным с лишением свободы, подлежат принудительному лечению в медицинских учреждениях органов здравоохранения, оказывающих амбулаторную помощь. В случае осуждения этих лиц к лишению свободы им проводится принудительное лечение и они могут быть признаны ограниченно дееспособными с установлением над ними попечительства. Кроме того, они могут быть лишены родительских прав. Лица, совершившие гражданские акты в состоянии алкогольного опьянения, признаются дееспособными, находившиеся же в психотическом состоянии – недееспособными.

4. Наркомании и токсикомании.

Наркомания чаще развивается у лиц повышено внушаемых, склонных к подражанию, эмоционально неустойчивых, с недостаточными волевыми качествами, у лиц с психическими отклонениями. Наркомания быстрее формируется у психопатических личностей и больных шизофренией. В формировании наркоманий определенное значение имеют социальные факторы: неполная семья, злоупотребление в семье наркотиками и алкоголем, антиобщественная направленность интересов близкого окружения. Наркомании формируются постепенно. Для клинической картины наркоманий характерны психическая и физическая зависимость, изменение толерантности (постепенное увеличение дозы наркотика). Психическая зависимость формируется на ранних стадиях наркомании и проявляется в стремлении вызвать состояние повышенного настроения, отрешенности, беззаботности. По мере нарастания влечения все действия направлены на приобретение наркотиков. Постепенно утрачивается интерес к работе, учебе, близким. Нарастают изменения личности, больные становятся пассивными, вялыми, интеллект их снижается. Физическая зависимость проявляется абстинентным синдромом. Обычно появляется «ломка»

(ощущение физического дискомфорта, слабость, потливость, тяга к приему наркотика, судорожные припадки, состояния суженного сознания). Все эти явления снимаются большими дозами наркотиков, которые недопустимы для здоровых лиц, не принимающих эти средства. В далеко зашедших стадиях наркоманий у больных наблюдаются расстройства деятельности печени и пищеварительного тракта, нарушение сердечной деятельности, эндокринной системы, сухость и желтушность кожных покровов, падение веса тела. Такие больные выглядят старше своего возраста, постоянно испытывают недомогание. Клиника наркоманий зависит от вида принимаемого наркотика.

Опийная наркомания.

Морфий— препарат опия (промедол, героин), он принимается подкожно, внутривенно, внутрь, вдыхается при курении. Кукнар — самодельное опийсодержащее вещество, изготавливаемое из маковой соломки. Привыкание и зависимость очень быстро возникают при приеме героина. Сначала появляется эйфория, ускоряется темп речи, мышления. Настроение с оттенком благодушия, блаженства. Но признаки продуктивной целенаправленной деятельности отсутствуют. Регулярный прием препаратов быстро ведет к развитию физической и психической зависимости, сопровождается наращиванием доз. При хроническом употреблении препаратов опия наступает деградация личности. Больные становятся грубыми, эгоистичными, усиливаются интеллектуально-мнестические нарушения. Абстинентный синдром характеризуется слезливостью, слабостью, ознобом, насморком, чиханием, кашлем, слезотечением, дрожанием конечностей. Через 2—3 суток после воздержания отмечается мышечная боль, сердцебиение, повышенное давление, подергивание мышц. В дальнейшем состояние остается тяжелым, появляются рвота, понос. Больные готовы на все для получения очередной дозы наркотика.

Кокаиномания.

При приеме кокаина возникает эйфория, повышенная активность, болтливость. Через 2—3 часа наступают вялость,

слабость, плохое настроение, раздражительность, сердцебиение. Кокаин вводят подкожно, внутривенно, обычно вдыхают порошок. Абстинентный синдром выражен менее, чем при приеме опийных препаратов, но деградация более глубокая. Очищенный препарат кокаина «КРЭГ» вызывает очень быстрое привыкание. Очень рано такие наркоманы становятся черствыми, мелочными, конфликтными. Они быстро дряхлеют, становятся неопрятными, неряшливыми. При длительном приеме наркотиков у больных наблюдаются зрительные галлюцинации, видения мелких животных, ощущения ползания их под кожей, бредовые идеи ревности, преследования. Часто наблюдаются кратковременные психотические эпизоды.

Гашишемания.

Гашиш (марихуана, анаша, план, индийская конопля, канабис). Гашиш жуют, курят с табаком, изготавливают из него напитки. При приеме этого препарата отмечается ощущение легкости, смешливости, приподнятости настроения. Появляются иллюзорные восприятия. Фигуры приобретают причудливые формы, яркие окраски, обостренно воспринимаются звонки. Абстинентные явления выражены мало, привыкание возникает поздно. Больные в дальнейшем переходят к более сильным наркотикам. При длительном лечении возникает психическая зависимость, физическая зависимость выражена меньше. Вне приема препарата возникают слабость, недомогание, снижение аппетита, потливость. Психотические расстройства очень редки и появляются при присоединении более сильных наркотиков.

Другие наркомании.

К ним относятся применение стимуляторов психической деятельности (амфетаминов—фенамин, бензодрин), самодельный препарат из эфедрина — эфедрон.

Токсикомании бывают самые разнообразные: прием снотворных препаратов (барбитуратов), использование летучих растворителей (клей «Момент», бензин, эфир). При вдыхании они вызывают отравление, которое сопровождается яркими

зрительными галлюцинациями. При длительном приеме летучих растворителей быстро развивается деменция.

5. Судебно-психиатрическая оценка наркоманий.

По мере возрастания влечения к наркотикам растет противоправная деятельность, направленная на приобретение, хранение, торговлю наркотиками. При совершении других противоправных действий также отражается зависимость и влечение к наркотическим препаратам. Судебно-психиатрическая оценка и экспертное заключение в отношении лиц, страдающих наркоманией, строится по аналогии с экспертной оценкой больных алкоголизмом.

ХП. ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения – психическое заболевание, имеющее длительное непрерывное, волнообразное или приступообразное течение, приводящее к особым изменениям личности в виде снижения психической активности, эмоционального обеднения, нарастающей замкнутости, отгороженности от окружающих. Кроме этого, при шизофрении могут наблюдаться бред, галлюцинации, кататонические расстройства, депрессия или мания, неврозоподобные и психопатоподобные проявления. Для этой болезни характерны утрата единства психических процессов, рассогласование и дисгармоничность мышления, эмоций, моторики. Память, интеллект, знания, приобретенные до заболевания, остаются, но происходит нарушение трудоспособности и социальной адаптации. Расстройства при шизофрении поражают фундаментальные функции, которые придают здоровым людям чувство индивидуальности – целенаправленность. В судебно-психиатрической практике почти 50% подэкспертных, признанных невменяемыми, составляют больные шизофренией. Заболевают обычно от 15 до 25 лет, женщины позже, чем мужчины. Начало может быть острым, с выраженными нарушениями поведения, или постепенным, с нарастающим развитием бредовых идей и странного поведения. Течение болезни многообразное, может быть непрерывным с относительно быстрым или более медленным проявлением

психического дефекта, или в виде приступов, сменяющихся ремиссиями. Ремиссии могут быть в результате лечения – терапевтические ремиссии, или обусловленные самой болезнью – спонтанные ремиссии. Клиника шизофрении полиморфна, в целях классификаций важно выделить тип течения процесса и особенности симптомов. Важными для диагностики, лечения, трудового и социального прогноза являются следующие признаки:

эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, их открытость;

бред воздействия – ощущение влияния на мысли, чувства, движение тела или конечностей, бредовое восприятие окружающего;

галлюцинации, представляющие собой голоса, комментирующие поведение больного, обсуждающие его между собой и исходящие из головы больного или какой-либо части его тела (псевдогаллюцинации);

стойкие бредовые идеи, не свойственные социальной культуре и совершенно невозможные по своему прямому содержанию. Например, идентификация себя с религиозными или политическими деятелями, утверждения о сверхчеловеческих способностях (возможности управления погодой, движением планет, способности общаться с инопланетянами);

прерывание мыслительных процессов в виде наплывов, обрывов, исчезновения мыслей, которое приводит к разорванности или бессмысленности речи, к появлению неологизмов;

кататонические расстройства: возбуждение, застывание в одной позе, негативизм, мутизм, ступор;

выраженная апатия, эмоциональное обеднение, неадекватность эмоциональных реакций;

утрата интересов, нецеленаправленность поведения.

В основном выделяют характерные расстройства мышления, речи, эмоций, поведенческих реакций, психической активности.

Мышление, устная и письменная речь утрачивают логичность, последовательность, целенаправленность. Больные легко сбиваются, теряют нить рассуждений. Характерны наплывы мыслей индифферентного содержания, которые больные не

могут прерваться, иногда мысли внезапно обрываются, больные жалуются на пустоту в голове. Иногда отмечаются физические ощущения изменения хода мыслей, характера мышления. Процесс мышления становится объектом внимания больного, утрачивая автоматизм. Теряются образные компоненты, преобладает склонность к символике. В речи больных замечается витиеватость, склонность к бесплодному рассуждению. На финальном этапе заболевания отмечается выраженная разорванность речи, когда при сохранных грамматических формах речь становится полностью бессмысленной. Речь перестает обеспечивать возможность общения, коммуникации. В эмоциональной сфере отмечается прогрессирующее обеднение эмоциональных реакций, их неадекватность, парадоксальность. Уже вначале наблюдается постепенное обеднение эмоций, которое прогрессирует от приступа к приступу. Страдают сострадание, эмоциональная отзывчивость, явными становятся холодность, эгоцентризм, пропадает интерес к семье. В редких тяжелых случаях развивается апатия с полным равнодушием к окружающему и собственной судьбе. Чаще отмечается парадоксальность эмоциональных реакций, когда больные смеются в неподобающих ситуациях, спокойно констатируют грустные события, бурно реагируют на незначительные факты. На этом фоне больные могут сохранять избирательные привязанности к одному человеку, определенному роду занятий. Для шизофрении характерно снижение психической активности. У больных нарастают трудности в учебе, наблюдаются профессиональное снижение или полная несостоятельность. В межличностных отношениях также имеются особенности поведения. Еще до заболевания они предпочитают жить в своем внутреннем мире. При прогрессировании процесса больные полностью уходят в себя, становятся молчаливыми, избегают межличностных контактов. Даже с близкими общаются по необходимости. У некоторых больных наблюдается общее обеднение психической жизни, у других больных за отгороженностью скрывается своеобразный мир переживаний, фантазирования, погруженность в себя, особое мировоззрение. В начальной стадии больные переживают из-за собственной

неполноценности, невозможности найти эмоциональный контакт с другими людьми. Меняется и внешний облик больных, мимика становится неадекватной, походка и жесты отличаются вычурностью, неестественностью. Поведение становится негативным.

Расстройства в сфере мышления и эмоций, манерность, вычурность, негативизм являются характерными для шизофрении. Наиболее часто встречающаяся форма — параноидная. Возникает в 25 лет, развивается постепенно. Клиническая картина характеризуется бредом со слуховыми галлюцинациями. Незаметно развиваются бредовые идеи отношения, больным кажется, что над ними смеются, им хотят плохого. Больные подозрительны, насторожены, ограничивают контакты. Их считают неуживчивыми, обидчивыми, что у них вздорный характер. Постепенно болезненные идеи превращаются в бред преследования. Больные становятся замкнутыми, подозрительными, испытывают страх. Им кажется, что их мысли, чувства и действия известны другим людям. У больного возникают непонятные, противоречивые и отрывочные умозаключения. Настроение тревожное, угнетенное, появляется предчувствие грозящей катастрофы. Затем у больных исчезает гнетущее состояние неясности и все становится ясным и понятным. Развивается бред толкования, будто существуют силы, которые воздействуют на мысли и действия человека. Больные рассматривают себя как центр всего происходящего вокруг них. Нарушается восприятие: цвета и звуки кажутся необычно яркими, качественно измененными, малозначащие предметы же кажутся более важными, существенными. Патологически истолковываются события прошлой жизни. Поведение больных зависит от особенностей бреда. Больные очень активны, обращаются во многие инстанции, пишут, требуют защищать их от преследователей, другие сами нападают на предполагаемых врагов. Спасаясь от преследования, больные меняют работу, место жительства, привычные маршруты поездок. Содержание бреда может быть не абсурдным, а в искаженном виде отражать реальные жизненные ситуации и конфликты. Иногда бред меняется, появляются идеи величия,

иногда к бреду присоединяются идеи физического воздействия и явления психического автоматизма, управляемые извне мысли, чувства, ощущения. В этот период обнаруживаются значительные изменения личности, больные не могут работать, нарушается социальная адаптация.

Гебефренная шизофрения.

При ней выражены эмоциональные изменения, отмечаются фрагментарность и нестойкость бреда и галлюцинаций, безответственное и непредсказуемое поведение, часто встречается манерность. Аффект неадекватный, сопровождается самодовольством, хихиканием, величественными манерами, гримасами, ипохондрическими жалобами и повторяющимися выражениями. Мышление дезорганизовано, речь разорвана. Наблюдается тенденция к аутизации. Поведение бесцельное, лишённое эмоциональной окраски. Эта форма шизофрении развивается с 15 лет, имеет плохой прогноз из-за быстрого появления негативных симптомов, уплощенного аффекта и утраты побуждений к действиям. Влечения и инициативность снижаются, поведение становится бессмысленным. Иногда в начале болезни у больных отмечается поверхностное и манерное увлечение религией, философией, которые создают трудности диагностики, но вскоре все это превращается в пустое резонерство, а нарастающий дефект психики проявляется в снижении побуждений к деятельности, вялости, безволии, что позволяет поставить диагноз шизофрении. Такие больные застенчивы и одиноки.

Кататоническая шизофрения.

Обязательными и ведущими являются психомоторные расстройства от гиперкинезов до ступора, или от автоматического подчинения до негативизма. Характерным признаком состояния являются эпизоды агрессивного поведения. Клиническую картину характеризуют следующие формы поведения: ступор или мутизм; бесцельная моторная активность, не зависящая от внешних стимулов; застывание — добровольное принятие и удержание неадекватной или вычурной позы; негативизм —

бессмысленное сопротивление или движение в противоположном направлении в ответ на все инструкции или попытки изменить позу или сдвинуть больного с места; ригидность – удержание ригидной позы в ответ на попытку изменить ее; восковая гибкость – удержание частей тела в приданной им, чаще неудобной позе; автоматическая подчиняемость и персеверации – повторение отдельных слов, слогов, жестов. У больных со злокачественными формами шизофрении поведение бывает импульсивным. Импульсивные действия совершаются в остром состоянии, на фоне растерянности, при кататоническом возбуждении, при выраженных расстройствах мышления. Иногда с таких состояний и начинается шизофренический процесс. В этих случаях могут быть и импульсивная агрессия, и менее опасные непонятные и немотивированные действия. В этих случаях имеется нарушение в мотивационной сфере в виде отсутствия какого-либо обоснования поступка. Больные не могут объяснить своих действий и расценивают их как чуждые собственной личности и даже как болезненные. При выраженных расстройствах мышления такие поступки являются поведенческим проявлением паралогичности.

Периодическая, рекуррентная, циркулярная шизофрения или шизоаффективные расстройства. Это эпизодические расстройства, при которых одновременно наблюдаются как аффективные (депрессия или мания), так и шизофренические проявления. При шизоаффективном расстройстве маниакального типа настроение повышено, отмечается переоценка собственной личности вплоть до идей величия. Вместе с возбуждением может встречаться агрессивное поведение и идеи преследования. Больные энергичны, гиперактивны, внимание их неустойчиво, они слышат голоса, посторонние силы контролируют их мысли и действия. Такое состояние возникает остро, продолжается несколько недель, затем наступает полное выздоровление. При шизоаффективном расстройстве депрессивного типа выражены и шизофренические, и депрессивные проявления. Больные заторможены, плохо спят, отмечается потеря веса, они жалуются на снижение энергии и интересов. Отмечаются чувство вины, мысли о самоубийстве. Вместе с

этим больные утверждают, что они слышат голоса, посторонние силы их контролируют, говорят о смерти. В судебно-психиатрической практике встречаются шизотипические расстройства. Их признаками являются неадекватный или сдержанный аффект, когда больные выглядят эмоционально холодными и отрешенными. Их поведение странное, они плохо контактируют с людьми. Убеждения их необычные, отличные от общепринятых. Эти лица подозрительные, высказывают бредовые идеи, у них отмечается навязчивость, необычное восприятие. При беседе их речь вычурна и аморфна. Во многих случаях это все-таки расстройство личности, которое встречается у родственников лиц, страдающих шизофренией.

В течении шизофрении наступает хроническая стадия, которая рассматривается как остаточная, резидуальная шизофрения. В этой стадии преобладают негативные симптомы. Это психомоторное замедление, снижение активности, сглаженность эмоций, пассивность и безынициативность, бедность речи, очень низка у них социальная продуктивность. Различна клиническая картина и ремиссий. В некоторых случаях наступает практическое выздоровление с восстановлением полноценной социальной адаптации, в других — ремиссии с различными степенями психического дефекта.

Судебно-психиатрическая оценка психических расстройств у больных шизофренией должна быть индивидуальной, строго дифференцированной. Если больные шизофренией проходят судебно-психиатрическую экспертизу по уголовным делам в качестве обвиняемых и у них обнаруживаются психотические расстройства или выраженные личностные изменения с расстройствами критических способностей и невозможностью сознательно регулировать свое поведение, то в отношении них принимаются решения о невозможности ими осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, то есть о невменяемости. Иногда активный шизофренический процесс начинается в период следствия. В этих случаях принимается решение о вменяемости, о невозможности предстать перед судом как заболевшему после правонарушения, но до вынесения приговора. Судебно-

психиатрические экспертные комиссии при стойкой ремиссии без выраженных личностных изменений принимают решение о вменяемости. При судебно-психиатрической экспертизе больных шизофренией в качестве истцов или ответчиков решение о сохранности дееспособности выносится в отношении более широкого контингента лиц с этим заболеванием, так как способность понимать значение своих действий и руководить ими сохраняется у больных с нерезко выраженными проявлениями и личностными расстройствами. При наличии стойкой и выраженной психопатологической картины и глубоких изменений личности с некритичностью и социальной дезадаптацией принимается решение о недееспособности. Решение о недееспособности и опеке должно быть крайней мерой в охране гражданских прав больных шизофренией. Способность больных шизофренией правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания, участвовать в судебно-следственном процессе в качестве потерпевших или свидетелей должна оцениваться с учетом возможностей сохраненных сторон психической деятельности и в зависимости от характера исследуемой криминальной ситуации.

ХIII. АФФЕКТИВНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА (МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ ПСИХОЗ)

Маниакально-депрессивный психоз – редкое заболевание, протекает с аффективными нарушениями и выражается в чередовании маниакальных и депрессивных фаз с периодами нормальной психической деятельности между ними.

Маниакальная фаза характеризуется следующими основными признаками: повышенное настроение, ускоренное течение психических процессов, психомоторное возбуждение (маниакальная триада). У больных появляется радостное настроение, стремление к деятельности, оптимистическое отношение к будущему. Они ощущают прилив сил, бодрость, веселость, берутся за многие дела, не доводя их до конца, делают ненужные покупки, вмешиваются во все дела. У этих больных ускоренный темп мышления, повышенная отвле-

каемость, в беседе они переключаются с одной темы на другую, речь их бессвязная и малопонятная. Больным свойственна переоценка собственной личности, они сравнивают себя с великими людьми, выдают себя за таковых. Иногда отмечается гневливая мания, когда повышенное настроение сочетается с раздражительностью, придирчивостью. Эти психические нарушения способствуют совершению такими больными правонарушений. Они могут быть агрессивными, наносить оскорбления, совершать убийства. В связи с повышенной сексуальной возбудимостью совершают развратные действия, изнасилования. В маниакальных состояниях могут появиться сексуальные перверсии, не свойственные больным ранее и исчезающие при обратном развитии маниакальной фазы. При легких формах маниакально-депрессивного психоза больные совершают растраты, необдуманные сделки, являясь объектами судебно-психиатрической экспертизы в уголовном и гражданском процессе.

Депрессивная фаза характеризуется подавленным настроением, замедленностью мышления, двигательной заторможенностью (депрессивная триада). Начало депрессии характеризуется неприятными ощущениями в области сердца, в других органах, поэтому больные обращаются к врачам различных специальностей. При нарастании депрессии появляется чувство тоски. Все воспринимается в мрачном свете, больные двигательны заторможены, выражение лица скорбное. Больные сидят в однообразной позе, опустив голову, монотонно раскачиваются или лежат равнодушно в постели. Стремление к деятельности отсутствует. Мыслительные процессы замедлены, голос тихий, речь без эмоций. Больные жалуются на снижение памяти, отсутствие всяких интересов. Сон нарушен: бессонница или короткий сон, не приносящий чувства отдыха. Депрессивные расстройства сопровождаются бредовыми идеями греховности, самоуничтожения. Считая себя виноватыми, больные отказываются от еды, проявляют склонность к самоубийству. Иногда они считают, что их близкие мучаются так же, как и они, в результате больные совершают расширенные самоубийства, избавляя родных от мучений.

Депрессия может сопровождаться тревогой, метанием, взыванием о помощи. Такие состояния называются депрессивным буйством, депрессивным порывом (меланхолический раптус). Это состояние длится недолго и заканчивается заторможенностью. Суицидальные мысли и тенденции, а также меланхолический раптус – опасные состояния, требующие неотложной госпитализации. Социально опасные действия направлены на себя и близких. Если погибают родственники, больной становится объектом очной экспертизы, но чаще в таких случаях речь идет о посмертной судебно-психиатрической экспертизе по факту самоубийства. Течение маниакально-депрессивного психоза, в основном, благоприятное. Нередко в жизни больного была лишь одна фаза – маниакальная или депрессивная. Иногда бывает монополярное течение, когда на протяжении жизни повторяется только одна фаза психоза, очень редко бывает непрерывное течение, когда одна фаза сменяется другой без светлых промежутков. В межприступных периодах больные остаются трудоспособными, хорошо справляются с работой, тепло относятся к родным. При обострении больные как с маниакальными, так и депрессивными состояниями нуждаются в стационарном лечении в психиатрических больницах.

Циклотимия – это легкая форма маниакально-депрессивного психоза. Эти состояния широко распространены среди людей. Они проявляются колебаниями настроения в сторону гипомании или субдепрессии и никогда не достигают психотического уровня. Циклотимические расстройства могут быть у женщин в предменструальный период, в послеродовых состояниях, они могут провоцироваться соматическими заболеваниями, психогенными факторами. Клинические проявления выражены незначительно, критически оцениваются самими больными, трудоспособность их сохраняется.

Судебно-психиатрическая оценка маниакально-депрессивного психоза и циклотимии.

Больные, совершившие противоправные деяния в период психотических фаз, как маниакальной, так и депрессивной, считаются невменяемыми в отношении совершенного, так как нарушения достигают глубоких и выраженных расстройств

психики. Лица, страдающие циклотимией, считаются вменяемыми, даже если противоправные деяния совершили в период циклотимических фаз, так как они осознают фактический характер и общественную опасность своих действий и могут руководить ими. Меры медицинского характера рекомендуются с учетом психического состояния и содержания общественно опасных деяний. В случаях посмертных экспертиз самоубийств, совершенных в депрессивных состояниях, диагностика опирается на материалы дела, медицинскую документацию. Диагностическое значение имеют предсмертные записки и записи в дневниках. Наличие депрессивных расстройств исключает возможность осознавать общественную опасность своих действий и руководить ими.

В гражданском процессе диагностика маниакальных и депрессивных расстройств в момент совершения гражданского акта исключает возможность понимать значение своих действий и руководить ими. Это относится к периодам составления завещания, актов купли-продажи, вступления в брак и других гражданских актов. Сделки и гражданские акты, совершенные вне обострения заболевания, не исключают возможности понимать значение своих действий и руководить ими. Повышенная сексуальная активность при маниакальном состоянии приводит к совершению преступления. В уголовном процессе по делам о половых преступлениях такие больные выступают в роли потерпевших. В этих случаях перед экспертизой ставится вопрос о способности этих лиц правильно воспринимать имеющие значение обстоятельства происшедшего и давать о них правильные показания, а также о возможности понимать значение совершаемых в отношении них действий и оказывать сопротивление. Потерпевшие в маниакальном состоянии неспособны правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела. Находясь в гипоманиакальном состоянии, они могут правильно воспринимать происходящее и давать о нем показания. Основные маниакальные симптомы проявляются в грубых нарушениях в эмоционально-волевой сфере, поэтому потерпевшие неспособны оказывать сопротивление. При маниакальных и депрессивных состояниях у

осужденных направляются в психиатрические больницы мест лишения свободы. Если заболевание приобретает затяжное или непрерывное течение, то больной может быть освобожден от наказания и направлен на принудительное лечение в учреждения органов здравоохранения.

XIV. ПСИХОГЕННЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

- 1. Понятие о психической травме и психическом стрессе.*
- 2. Клинические варианты психогенных расстройств:*
 - а) невроты – неврологические расстройства,*
 - б) посттравматический стрессовый синдром,*
 - в) психогенные психозы.*
- 3. Судебно-психиатрическое значение психогенных расстройств.*

1. Понятие о психической травме и психическом стрессе.

Неблагоприятные ситуации, вызывающие выраженные эмоциональные отрицательно окрашенные реакции и переживания, называют психическими травмами. Самыми распространенными психическими травмами являются смерть близкого человека, угроза жизни или благополучию, супружеская измена, служебные неприятности и конфликты, арест или следствие. Не каждая психическая травма вызывает психогенное расстройство. Большую роль играют психологические установки человека, его мировоззрение, особенности психического реагирования. Значение имеют также сила, продолжительность, повторность травматизации. Особенно выраженными являются психогенные расстройства, вызванные угрозой жизни и существованию. Эти состояния наблюдаются при землетрясении, крупной аварии, наводнении, в условиях боевых действий. Очень сильными бывают психогенные реакции на неожиданное известие о смерти родственника или другом несчастье. При продолжительных действиях психической травмы психогенное расстройство формируется постепенно, становится заметным после дополнительного толчка. Наибольшее значение имеют психические травмы, направленные

ные на личность субъекта, угрожающие его социальному будущему. Направленность психической травмы касается внутреннего мира человека, его субъективных ощущений и самоуважения, она не имеет материальной осязаемой основы. Это удар судьбы. Особое место занимают психические травмы, обусловленные арестом и следствием, которые распространены у подследственных и подсудимых. Особой психической травмой и реакциями после, с которыми сталкиваются юристы и судебные психиатры, является изнасилование. Психическое расстройство возникает в ответ на жестокие оскорбления, обусловлено страхом перед оглаской, реакцией на отношение со стороны близких, на отсутствие должного сочувствия со стороны следователя и судей. Особое предрасположение к возникновению психогенных расстройств под влиянием психических травм обнаруживают психически неуравновешенные личности, особенно с патологическим характером. Для возникновения психогении необходимым условием является психофизический статус. В этих случаях необходимо взаимовлияние специфической психической травмы, особенностей личности, дополнительных факторов (утомление, истощение и т. д.).

Многие психиатры сближают понятие психической травмы с понятием стресса, считают, что общим знаменателем всех стрессов является активация физиологического аппарата, ответственного за эмоциональное возбуждение, которое возникает при появлении угрожающих или неприятных факторов в жизненной ситуации. При биологическом стрессе, который возникает в организме в ответ на вредоносный фактор, в процессе болезни развиваются реакции, которые однотипны при разных заболеваниях. В их развитии различают три фазы: реакция тревоги, фаза сопротивления, фаза истощения. В первой фазе происходит мобилизация всех защитных сил организма. Если они достаточны, наступает фаза сопротивления. Если утрачивается способность к сопротивлению, наступает фаза истощения и организм гибнет. Считается, что стресс, который приводит к мобилизации возможностей, может быть полезным. Без стрессовых воздействий организм перестал бы бороться за

свое существование. Психический стресс – это явление, вызванное отношениями между людьми и их положением в обществе. Стресс может иметь положительное или вредное значение, выступать как физический, материальный, осязаемый фактор и как отражение психологических межличностных влияний.

2. Клинические варианты психогенных расстройств.

Основным диагностическим критерием при обосновании наличия психогенного расстройства является триада Яспера:

1. Психогенное расстройство вызывается психической травмой.

2. В фабуле психопатологических переживаний и симптомов отражается содержание психической травмы.

3. Психопатологические симптомы психогенного расстройства уменьшаются в своей интенсивности по мере удаления во времени от момента психической травмы и постепенно наступает выздоровление. Психогенные расстройства обратимы. Психогенные расстройства делят на неврозы и психогенные психозы. Различия между этими психическими расстройствами, обусловленными психической травмой, заключаются в том, что человек, страдающий неврозом, осознает свою болезнь, понимает ее причину, обращается за врачебной помощью. При психозах такого критического отношения к появившимся психическим нарушениям обычно не бывает, а сами расстройства более выражены и лишают пациента возможности адекватного поведения в складывающейся ситуации.

а) неврозы (невротические расстройства).

К ним относятся неврастения, истерия, невроз навязчивых состояний.

Неврастения, или раздражительная слабость, характеризуется повышенной утомляемостью, чувством разбитости, снижением работоспособности, невозможностью сосредоточения, трудностью засыпания, головными болями, раздражительностью. Для больных характерна повышенная возбудимость, они вспыльчивые, причем их выражения в это время не соответствуют ситуации, их воспитанию и культурному уровню.

Они жалуются на покалывание или сжимание сердца, тяжесть в голове, желудке, плохо засыпают, сон тревожный с неприятными сновидениями. Днем эти больные сонливы, недостаточны отдохнувшие. Важным признаком неврастения является повышенная истощаемость: больные не в состоянии сосредоточиться, легко отвлекаются от занятий, забывчивы. Работоспособность их снижается, они нетерпеливы, легко устают, ощущают себя нездоровыми, становятся ипохондричными. Настроение угнетенное, с оттенком недовольства.

Истерия характеризуется демонстрацией проявлений, подчеркнутой тяжестью своего состояния. Истерические судорожные припадки, возникшие после психической травмы, в последующем повторяются при воспоминании о ней, при неприятностях. При истерических припадках отсутствует закономерная смена фаз судорог, не наблюдается потери сознания и последующего сна. Истерические расстройства чувствительности, движений, вегетативные расстройства проявляются в параличах, парезах, утрате голоса, слуха, зрения, исчезновении чувствительности отдельных участков тела. Эти нарушения возникают после психической травмы и отличаются от истинных тем, что утрата той или иной функции не соответствует аналогичным расстройствам по анатомическим или другим закономерностям заболевания. В последнее время истерические нарушения проявляются симптомами соматических болезней, сексуальных расстройств. Эти расстройства называют соматоформными. Эти больные лечатся у других специалистов, не осознавая необходимости обращения к психиатрам.

Невроз навязчивых состояний (обсессивно-конвульсивное расстройство) характеризуется появлением в сознании больных различных навязчивых явлений: воспоминаний, сомнений, страхов. Больные стремятся освободиться от них, относятся к ним, как к чуждым.

К навязчивым явлениям сохраняется критическое отношение, больные пытаются их скрывать, стесняются их. Больные могут выработать определенные способы преодоления навязчивостей. При навязчивых сомнениях, что больной не запер дверь, не

выключил газ, он возвращается и проверяет свои подозрения. Навязчивые страхи – фобии приводят к изменению образа жизни. Больной с клаустрофобией (страхом закрытых помещений) избегает поездок в метро, пользуясь наземным транспортом. Больная с агорофобией (боязнью открытых пространств) выбирала дорогу с подземными переходами. В случаях невроза навязчивых состояний происходит длительная фиксация в сознании неотвязных переживаний, мешая нормальному состоянию больного. Иногда можно выявить причину переживаний. Например, у женщины после развода с мужем по причине супружеской неверности появился страх заражения венерической болезнью с навязчивым стремлением постоянно мыть руки. Иногда причину трудно установить, и тогда речь идет о вытесненных психических травмах, происшедших в раннем детстве. Описанные невроты не имеют судебно-психиатрического значения. Преступные действия при них совершаются редко.

б) посттравматический стрессовый синдром.

Обстоятельства, действующие на психику человека в таких случаях, носят угрожающий жизни или катастрофический характер. К ним относятся природные катастрофы, техногенные аварии, участие в сражениях, несчастные случаи. Повышенная возбудимость, нарушение сна, страхи, опасения за себя и родных на фоне депрессивного настроения с тревожностью являются типичными проявлениями таких состояний. Нередкими являются суицидальные попытки, неожиданные для окружающих. Больные после стресса злоупотребляют алкоголем, наркотиками, чтобы уйти от неприятных переживаний, угнетенного настроения. В начале развития синдрома характерными являются повторные навязчивые воспоминания об обстоятельствах катастрофы, эпизодах сражений. В сновидениях отражается содержание перенесенной психической травмы, постепенно эти явления сходят на нет, но периодически могут повторяться. Пациенты, как правило, избегают обстоятельств, напоминающих о травме. Они становятся отчужденными, перестают сопереживать другим людям, у них исчезает радость жизни, чувство удовлетворения. Судебно-психиат-

рическое значение имеет синдром травмы изнасилования. Здесь выделяют две фазы: первая – острая, возникает сразу после изнасилования, проявляется в истерической реакции с криками, рыданием, чувством страха, отказа от общения. Через несколько дней наступает вторая фаза, она содержит все основные симптомы посттравматического стрессового синдрома, иногда возникает тяжелая депрессия с суицидальными попытками. После повторных воспоминаний о травмирующих событиях — после допроса и т. д., состояние больных ухудшается. Обычно синдром травмы изнасилования принимает затяжное течение, длится несколько лет и требует психиатрического и психотерапевтического лечения.

в) психогенные психозы.

Психогенные расстройства, такие, как психозы, делят на две группы: истероформные, включающие истерические симптомы, и эндоформные, напоминающие психические заболевания (шизофрению, аффективные нарушения психики). У большинства больных психогенные расстройства возникают в условиях судебной ситуации. Среди пациентов преобладают обвиняемые в различных преступлениях, нередко весьма тяжелых, за которые предусмотрены достаточно жесткие наказания. Как правило, психогенные реакции развиваются в период предварительного следствия, реже – в процессе судебного разбирательства и еще реже – после вынесения приговора. Наиболее травмирующим периодом является сам арест и предъявление обвинения. Среди таких больных значительно меньше осужденных. Это относится как к пациентам с истероформными, так и с эндоформными психогенными расстройствами.

Истероформные психогенные расстройства.

К ним относятся острая аффективная реакция, психогенный ступор, псевдодеменция, пуэрилизм, синдром Ганзера, синдром одичания, психогенная речевая спутанность. Для этих расстройств характерно аффективное искажение сознания от незначительного сужения до выраженной дезориентировки в окружающем и собственной личности, до помрачения сознания.

Острые аффективные реакции возникают при сильном и внезапном испуге, выражаются в двух формах: аффективного ступора и аффективного возбуждения. Аффективный ступор проявляется в параличе чувств, вялости, заторможенности, бездеятельности, безразличии к окружающему, растерянности и неясном сознании. Воспоминания сохраняются частично и сводятся к описанию возникшего ужаса, отчаяния, неспособности что-либо предпринять для спасения себя и окружающих. Аффективное возбуждение характеризуется паническим страхом, беспорядочным бегством, сознание при этом сужено, воспоминания неполные, чаще это рассказ о бегстве и сильном страхе. Обе формы острой аффективной реакции сопровождаются вегетативными симптомами: нарушением сердечно-сосудистой деятельности, обильным потом, дрожанием конечностей и тела, покраснением или побледнением кожных покровов, расширением зрачков. Острые реакции длятся от нескольких часов до нескольких дней. После острого периода у некоторых наступает практическое выздоровление, у других — явления посттравматического стрессового синдрома. Иногда могут возникнуть психогенные депрессии. Для судебно-психиатрической экспертизы острые реакции особого значения не имеют.

Психогенный ступор характеризуется неподвижностью и утратой речи — мутизмом. Больной лежит в постели без движений. На вопросы не отвечает, с окружающими не общается. На лице — выражение страха, глаза широко открыты, зрачки расширены, мышцы напряжены. Выражены вегетативные нарушения: частый пульс, покраснение лица, повышенное потоотделение. Больной отказывается от пищи. Внешне больной не реагирует на речь, но у него учащается пульс, краснеет лицо, вздрагивают веки. Несмотря на внешнюю безучастность, больные сохраняют ориентировку в происходящем, что видно при упоминании неприятных для них переживаний и обстоятельств. Психогенный ступор может затянуться на месяцы и годы. Чаще ступор развивается постепенно, на фоне других форм психогенных реакций. В клинической картине психогенных расстройств появляется двигательная затормо-

женность, вялость, отказ от общения с окружающими. Иногда развивается обездвиженность с мутизмом, иногда отмечается скудная речевая продукция, имеющая нелепый характер. Мимика однообразная, бессмысленная, движения — замедленные. Больные ходят, с трудом передвигая ноги, поза — сгорбленная, руки висят вдоль туловища, выражение лица скорбное. Больные неряшливы, неопрятны. Из-за отказа от еды наблюдается физическое истощение. Выздоровление наступает после длительного лечения в психиатрической больнице или после прекращения уголовного дела. В настоящее время врачи встречаются со субступором, как менее тяжелым состоянием психогенного ступора. При этом сохраняется способность к передвижению, опрятности, самостоятельному приему пищи. Имеются явления заторможенности, малая речевая продукция, уход от адекватного общения с окружающими и врачами.

Псевдодеменция (ложное слабоумие). Больные с таким расстройством психики внешне выглядят растерянными, одеты неряшливо, походка шаркающая, глаза вытаращены, не могут ответить на простые вопросы, не ориентируются в окружающем, не могут назвать свой возраст, ошибаются при счете. Ответы их карикатурны, действия нелепы. Настроение сниженное, реже — веселое, иногда наблюдается беспричинный смех. При проведении экспериментально-психического исследования может быть известная диссоциация поведения, когда больной правильно решает более сложные задания при неспособности к выполнению очень простых проб. Выздоровление от псевдодеменции изредка наступает в течение нескольких дней, чаще через несколько месяцев. Иногда, при сохранности травмирующей ситуации, может наступить ухудшение состояния с развитием затяжных форм психогенных расстройств, вплоть до ступорозного состояния.

Пуэрилизм встречается редко. Он представляет собой психогенную истерическую реакцию, которая проявляется имитацией поведения ребенка. Больной считает себя маленьким ребенком и ведет себя соответственно этим представлениям. Взрослые люди говорят сюсюкая, шепелявят, окружающих называют тетеньками и дяденьками, себя — уменьшительными и

ласкательными именами. Мастера из бумаги игрушки, играют с самодельными куклами, поют детские песенки тоненькими голосами, то есть их поведение соответствует возрасту маленьких детей. Пуэрилизм принимает затяжное течение.

Синдром Ганзера. Это остро возникающее истерическое расстройство сознания, включающее псевдодеменцию и пуэрилизм. Встречается редко. Состояние длится недолго, несколько дней, и после выздоровления период болезни забывается. Основные проявления синдрома соответствуют псевдодеменции и в меньшей степени пуэрилизму.

Синдром одичания встречается крайне редко. Больные утрачивают все привычные навыки человеческого поведения. Они перестают разговаривать, едят как животные, передвигаются на четвереньках. Несмотря на тяжесть, это состояние обратимо, но продолжается длительное время.

Эндоформные психогенные расстройства. К ним относятся бредоподобные фантазии, психогенный параноид, психогенная депрессия.

Бредоподобные фантазии. Они возникают в условиях лишения свободы, характеризуются появлением нестойких, изменчивых бредоподобных идей, обычно фантастического содержания. Эти идеи не складываются в бредовую систему. Больные высказывают идеи величия, они — известные ученые, политики, богатые люди. Они рассказывают о своих достижениях, пишут трактаты, борются с преступностью. Манера, в которой сообщается о фантастических идеях, театральна, содержит элементы игры, в самих идеях просматривается содержание ситуации, стремление к самоутверждению, попытка уйти от неблагоприятной обстановки, вытеснить ее из сознания. Фон настроения депрессивный. Течение этих состояний не длительное, они могут быть этапом в развитии истерических расстройств. В таких случаях возможно затяжное течение психогенного расстройства, которое нуждается в лечении в психиатрической больнице до выздоровления. В отличие от симуляции, бредоподобные фантазии сочетаются с другими проявлениями психогенных расстройств и угнетенным настроением.

Психогенный параноид. В неблагоприятной психотравмирующей обстановке (в условиях путешествия, у военнопленных, при аресте, вынужденной изоляции) возникает психогенный параноид с бредом преследования или отношения, иногда с галлюцинациями. Психогенный параноид имеет большое судебно-психиатрическое значение, так как в таком состоянии могут совершаться опасные действия. В возникновении параноидов играют роль переутомление, недосыпание, употребление спиртных напитков. Они часто встречаются у лиц, находящихся длительное время в пути, когда нужно много пересаживаться в транспорте, общаться с незнакомыми людьми, охранять багаж. В этих условиях нарастают тревога и страх. На этом аффективном фоне появляется ощущение враждебности окружающих. Возникает убежденность в преследовании, чувство растерянности. Больной всюду замечает преследователей. Ему кажется, что его хотят ограбить, убить. Эти больные обращаются в милицию, но их не понимают. Больные под влиянием бредовых идей и аффекта страха могут совершать неожиданные для окружающих поступки. Острый параноид длится от нескольких дней до нескольких недель.

После ареста у обвиняемых или у осужденных в условиях мест лишения свободы возникают подострые психогенные параноиды. У них более медленное развитие бредовых идей, преимущественно преследования, отношения и нередко присоединение слуховых галлюцинаций. Бредовые идеи подострого параноида отличаются тем, что в их фабуле отражается содержание психической травмы: больных преследует милиция, их уголовное дело сфабриковано по наущению врагов, родственники добились их ареста, чтобы завладеть имуществом, судья или следователь подкуплены. Сокамерники хотят с ними расправиться, убить. Больные в постоянном напряжении преобладающий аффект при этом — страх и тревога. Фононастроения снижены. Они слышат голоса следователя, жен детей, которые им угрожают, стыдят их. Эти больные замкнуты, подозрительны, не общаются с окружающими, угрюмы. При течении психогенного параноида более 3–6 месяцев болезненные переживания, связанные с психической травмой, могут

пройти. Вместо них появляются ипохондрические или другие бредовые идеи. В этих случаях необходимо длительное лечение в психиатрической больнице и дифференцировать реактивное бредовое состояние от параноидной шизофрении. Обычно в течение 2–3 месяцев активность болезненных переживаний снижается. Сначала исчезают галлюцинаторные явления, затем – бредовые, с постепенным восстановлением критического отношения к этим переживаниям.

Психогенные депрессии являются наиболее частыми видами реакций на стрессовые факторы. Депрессии рассматриваются как единое аффективное психическое расстройство. Судебно-психиатрическое значение имеют и депрессивные эпизоды, возникшие вне судебно-следственной ситуации, но послужившие причиной совершения опасных действий и обусловленные психической травмой ареста, следствия, ожидания суда и наказания. Для психогенных депрессий характерно появление угнетенного, резко сниженного настроения вслед за тяжкими, субъективно непереносимыми переживаниями. Отмечается также пониженная или негативная самооценка, идеи самообвинения, виновности, уничтожения, греховности, очень пессимистическая оценка будущего, мысли или суицидальные действия. Внешне больные выглядят старше своих лет: согнутая поза, голова низко опущена, глаза полузакрыты, иногда в них слезы, движения замедлены, походка старческая, шаркающая, речь медленная, односложная, со вздохами, голос тихий, больные ни с кем не общаются. Поведение однообразное, лежа в постели, отвернувшись к стене, больные проводят время, не стараясь себя ничем занять. Больные жалуются на тоску, тревогу, говорят о себе, как о конченном человеке, о бессмысленности жизни, о желании умереть, считают себя виноватыми во всех несчастях семьи. У них отмечается утрата аппетита, бессонница, у женщин – нарушение менструального цикла. Глубокая депрессия опасна для больного из-за риска совершения самоубийства, для окружающих – из-за возможности расширенного самоубийства. Поэтому глубокое депрессивное состояние является показанием для неотложной госпитализации в психиатрическую больницу для срочного лечения и предупреждения опасного поведения.

Различают несколько вариантов психогенной депрессии. При истерической – все элементы депрессивного синдрома выглядят особенно демонстративно, больные рыдают, заламывают руки. При простой депрессии отмечаются обычные признаки депрессии, но с четким отражением в переживаниях судебной ситуации. При депрессивно-параноидном расстройстве, наряду с типичными депрессивными симптомами, наблюдаются бредовые переживания, связанные с травмирующими обстоятельствами. Все эти больные нуждаются в лечении до выздоровления с последующим возобновлением производства по уголовному делу.

В настоящее время чаще встречаются субдепрессии. Для них характерно сниженное настроение с недовольством, отсутствие интереса к окружающему, не имеющему отношения к ситуации, повышенная утомляемость, истощаемость. Все мысли таких больных сосредоточены на обстоятельствах уголовного дела. Они стараются приуменьшить свою роль, переложить свою вину на других, ищут сочувствия и помощи, иногда становятся надменными, недовольными. Вне врачебного наблюдения больные более унылы и грустны. Иногда при ведущем угнетенном фоне настроения больные внешне беспечны, держатся весело, как будто их ничто не волнует. Но, тем не менее, веселая мимика у них вымученная, глаза грустные, смех искусственный. Они плохо спят, аппетит у них снижен. В таком внешне благополучном состоянии эти больные совершают попытки самоубийства. Их внешняя беспечность – одна из масок депрессивного состояния.

3. Судебно-психиатрическое значение психогенных расстройств.

Если установлены невротические расстройства в любом варианте, то больные могут регулировать свое поведение, понимать противоправность и наказуемость поступка и могут нести ответственность по закону. При психогенном расстройстве необходимо выяснить время начала заболевания. Вменяемость относится только к моменту противоправного действия. Поэтому, если болезненное расстройство психоген-

ного характера началось до преступления и оно совершено в период болезни, делают вывод о неменяемости. В таких случаях говорят о временном расстройстве психики, когда подэкспертный не мог осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Для обоснования диагноза и экспертного решения нужны подробные сведения об особенностях состояния лица перед и во время преступления, изменениях в его поведении, настроении, данные о психической травме. Эти сведения получают в процессе следствия, они излагаются в протоколах допросов. Анализ этих данных в сочетании с психиатрическим обследованием позволяет дать обоснование заключения о психическом состоянии обвиняемого. Если обвиняемый был практически психически здоров и начало заболевания относится к периоду следствия или возникло в суде, выдается заключение об ответственности лица и рекомендуется лечение в психиатрической больнице до выздоровления. Наличие расстройства психики лишает больного возможности осознать свои действия и руководить ими, больной не может выполнять свои права и обязанности в судебно-следственных действиях. После выздоровления процессуальные действия могут возобновиться. Многие больные с психогенными расстройствами в болезненном состоянии могут давать неправильные показания. Больные с параноидным психогенным расстройством могут оговорить своего врага, больные с депрессией склонны к самооговорам, соглашаются с любым обвинением, они могут исказить действительные события. Поэтому эксперты вправе в своем заключении указывать период болезни, отмечая, что в этот период больной не мог правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. В основном психогенные расстройства возникают у потерпевших по сексуальным делам. У многих из них возникает синдром травмы изнасилования. Показания, данные в первые дни и часы после психической травмы, правильно отражают ситуацию. Синдром травмы изнасилования развивается через некоторое время. Чтобы не было самоубийства и других тяжелых последствий, таких потерпевших рекомендуется не привлекать к

последующим судебнo-следственным действиям, учитывая склонность к ухудшению состояния при воспоминаниях о психогенной травме.

XV. РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ – ПСИХОПАТИИ

- 1. Происхождение расстройств личности (психопатий).*
- 2. Классификация психопатий.*
- 3. Клинические особенности основных форм психопатий.*
- 4. Динамика психопатий.*
- 5. Судебно-психиатрическое значение и оценка психопатий.*

1. Происхождение психопатий.

Расстройства личности – стойкая аномалия характера и поведения, проявляющаяся в дисгармонии эмоционально-волевой сферы и своеобразном, преимущественно аффективном мышлении. Они появляются в позднем детстве или в подростковом возрасте, остаются на всю жизнь, определяют структуру личности и сопровождаются затруднением адаптации в окружающей социальной среде. Для установления диагноза характерна триада Ганнушкина: тотальность характерологических нарушений, их стойкость в течение жизни и изменение социальной адаптации.

В происхождении психопатий различают три основных направления.

1. Сторонники первого направления рассматривают психопатию как наследственную или как результат влияния различных вредных воздействий во внутриутробном периоде. В доказательство этого они приводят следующие данные: раннее появление характерологических особенностей, их стойкость, однотипность на протяжении жизни, сходство черт характера у родителей и пациента, инфантильное мышление.

2. Другие авторы рассматривают психопатию как патологию характера, обусловленную микросоциальными факторами: неблагоприятные условия воспитания в детстве – сиротство, воспитание в неполной семье, отсутствие материнской ласки; неправильное поведение – алкоголизм, асоциальность, влияние неблагополучного микросоциального окружения. В пользу этой

теории говорят: более позднее появление аномальных черт характера, изменение характерологических признаков после тех или иных микросредовых воздействий.

3. Третьи авторы признают возможность обоих типов формирования расстройств личности.

Психопатии являются аномалией, уродством характера. Они являются ее основным свойством, прослеживаются на протяжении всей жизни. Их главные проявления сводятся к нарушениям поведения, взаимоотношениям человека и его социального окружения. Психопатические расстройства у мужчин встречаются в 2 – 3 раза чаще, чем у женщин. Среди них до 3/4 составляют истерические и возбуждаемые личности.

2. Классификация психопатий.

Ведущим расстройством при психопатиях является патологическое изменение деятельности эмоционально-волевой сферы. Эти нарушения у психопатических личностей первичны, все другие особенности психики у них вторичны и связаны с расстройствами эмоциональных и волевых проявлений. У большинства психопатических личностей, независимо от конкретных особенностей характера, выявляются извращения мыслительной деятельности в виде недостатков в прогнозировании своих действий, отсутствия опоры на собственный опыт. В одних случаях эти изменения проявляются в виде крайней негибкости умозаключений, односторонности выводов, неперубедимости суждений, легкости и непродуманности при принятии решений. Иногда имеет место преобладание волевых изменений с неустойчивостью интересов и привязанностей, сменой увлечений, иногда – односторонность и необычность пристрастий. Эмоциональные проявления различны: в одних случаях это активные, стеничные эмоции, в других – энергетический их заряд снижен, эмоции пассивны, астеничны. Чистых психопатических типов не существует. Обычно наблюдаются смешанные, пограничные формы, переход от одного типа психопатии к другому. Например, при часто встречающемся возбуждаемом типе расстройства личности пациенты отличаются легкостью возникновения аффективных

реакций, их демонстративностью, напоминают истерические личности, некоторые пациенты склонны к задержке, накоплению аффекта, они злопамятны, педантичны, у них формируются сверхценные идеи. В современной классификации выделяют следующие группы: возбудимые, истерические, паранойяльные, шизоидные, тормозимые (астенические и психостенические).

3. Клинические особенности основных форм психопатии.

Психопатия возбудимого типа.

Основными чертами при этой форме психопатии являются повышенная раздражительность, возбудимость, взрывчатость, злобность, колебания настроения с угрюмо-злобным фоном, мстительность, вязкость аффективных реакций, тенденция к бурным проявлениям аффекта по незначительным поводам. Эти люди импульсивны, всем недовольны, ищут повода для придирок. Может быть и повышенное настроение, но оно никогда не бывает радостным. Очень часто происходят семейные конфликты. Такие личности не переносят возражений, нетерпеливы, эгоистичны, не считаются с интересами других, споры приводят их к представлению о своей особой роли. Им кажется, что их не ценят, они затевают споры на любые темы. Они упрямы, скупы. В психопатиях возбудимого типа различают 2 варианта. Один — с преобладанием демонстративности, самовзвинчивания, быстрым разрядом аффекта, другой — со склонностью к застреванию, накоплению аффекта, педантичностью, жестокостью, мстительностью, с грубыми аффективными реакциями. Представители этого типа психопатических личностей нередко вступают в противоречия с законом.

Психопатия истерического типа.

Для этих больных главной чертой характера является стремление привлечь к себе внимание окружающих. Их поступки демонстративны, театральны. Поведение ненатуральное, неискреннее, жеманное. Желание быть в центре внимания приводит к тому, что они готовы пойти на любые ухищрения в стрем-

лении достичь своей цели. Одним из проявлений истерических личностей является инфантилизм, психическая незрелость с неустойчивыми чувствами, внешними утрированно-показательными аффективными реакциями. Причем они не теряют контроля над своим поведением, учитывают обстановку, стремятся играть на публику. Истерические личности повышено внушаемы. Они часто меняют друзей, легко меняют свое отношение от любви к ненависти. У них показная доброта с внутренним безразличием. В мышлении у них преобладает художественный образный тип, при котором большое значение имеют впечатления внешнего мира, чувственное восприятие и эмоциональная оценка происходящего. Достичь успехов в полезной творческой деятельности таким личностям почти не удастся. В трудных ситуациях у истерических личностей возникают истеро-невротические расстройства, психогенные реакции и реактивные психозы.

Психопатия паранойяльного типа.

Ведущим проявлением при паранойяльной психопатии является склонность больного к сверхценным образованиям, сочетающаяся с малой гибкостью психики, подозрительностью, повышенной самооценкой. В детстве им свойственны односторонние увлечения, упрямство, прямолинейность, стремление к лидерству, самоутверждению. Такие люди с детства обидчивы и злопамятны, никому ничего не прощают, всегда всем недовольны, относятся к окружающим свысока. Они неспособны поддерживать ровные отношения в семье и коллективе. В своих суждениях эти люди всегда категоричны, безапелляционны, что вызывает у окружающих раздражение, с возрастом эти особенности усиливаются. Эти люди становятся косными, ригидными. Нетерпимость к чужому мнению перерастает в открытую враждебность. Главное для них — личные интересы. На фоне конфликтных отношений у них обостряется недоверчивость, подозрительность, мнительность. Аффективная охваченность характеризует одностороннюю оценку действительности, отбор и толкование фактов лишь в плане подтверждения собственной точки зрения. Подозрения приобретают бредовый характер.

Тормозимые расстройства личности.

Для них характерны пассивный способ реагирования и такие черты, как застенчивость, робость, стремление спрятаться в свои внутренние переживания. К тормозимым психопатиям относятся:

1. Психостенический тип психопатии. Эти лица склонны к самоанализу, самоконтролю, они всегда в сомнениях, им присуще чувство собственной неполноценности, они стремятся к совершенству. Из-за постоянных сомнений эти лица не в состоянии завершить начатое дело, они упрямы, ригидны, постоянно досаждают другим, настаивая на выполнении их требований и правил. Они, кроме того, аккуратны, любят поучать других, навязывая им свое мнение. При этом они тревожны, мнительны, боятся совершить ошибки. У них легко возникают навязчивость, фобии, ипохондричные переживания, они постоянно требуют к себе внимания, особой заботы, помощи.

2. Астенический тип психопатии близок к психостеническому. С детства эти лица нерешительны, робки, впечатлительны, застенчивы. Все свои решения они стремятся переложить на плечи близких людей, от которых зависят. Чувство неспособности к самостоятельной жизни порождает страх одиночества, беспомощности. Их эгоистическая убежденность в собственной слабости тяготит близких людей.

В обеих группах тормозимых личностей просматриваются проявления волевой недостаточности со слабостью влечений, отставанием в психосексуальном развитии. Столкновения с окружающими у них сопровождаются чувством поражения, катастрофы. Эти лица редко оказываются участниками преступлений, но в состояниях обострения психопатических черт и при наличии у них расстройств сексуального влечения совершение опасных действий возможно.

Психопатия шизоидного типа. Эти лица склонны к внутренней переработке своих переживаний, затруднению контактов с окружающими, необщительности. Им малодоступны удовольствия, они холодны, сухи, чопорны, неспособны проявлять теплые чувства и реакции гнева. Эти эмоции вялые,

уплощенные, им чуждо чувство юмора. Они живут в мире своих фантазий. У них нет близких друзей, снижен интерес к сексуальным контактам. У них нередко высокий образовательный уровень, хорошие способности к обучению, в основном в области науки, культуры, искусства, музыки. Такие люди часто меняют профессию, работу, объясняя это поисками более интересных занятий. У них неровно складываются отношения и семейные, и деловые из-за отсутствия общих интересов с партнерами. Различают сенситивных шизоидов – чувствительных мечтателей и экспансивных шизоидов, которые навязывают другим свои идеи, образ жизни, стремление к своим целям любой ценой. Их активность – маска внутренней робости и слабости.

Психопатия неустойчивого типа.

Главной чертой лиц этого типа является их психическая неустойчивость. Они слабовольны и слабохарактерны, не имеют собственных принципов, ленивы, неаккуратны, податливы чужим влияниям. У них нет привязанностей, друзей, но они любят бывать в компаниях, быть добрыми, мягкими. Им свойственно подражание кому-нибудь. Легко увлекаясь, они быстро остывают. Они внушаемы и самовнушаемы, легко обманывают, веря в собственную ложь, легко раскаиваются и повторяют свои действия. Обидчивость и раздражительность их нестойки, склонны к авантюризму, верить им следует с большой осторожностью. Эти лица бесцельно меняют занятия, образ жизни, легко попадают в асоциальные компании. Обычно они быстро спиваются или становятся наркоманами.

4. Динамика психопатий.

Психопатические личности отличаются чрезмерной чувствительностью к различным внешним воздействиям, психическому стрессу и внутренним биологическим изменениям, происходящим на протяжении жизни. Эти факторы меняют клинические проявления расстройств личности. Происходит заострение характерологических черт, временные или длительные реакции и развития личности. Эти временные изменения клинической

картины психопатий называются динамикой психопатии. При динамических изменениях состояния сохраняется единство строя личности, не происходит изменения ее особенностей, тяжелого исхода или выздоровления. Проявления обострений остаются тесно связанными с постоянно присущими характерологическими свойствами. Существует два типа динамики психопатии. Первый связан с возрастными кризисами в течении жизни индивида: подростковым и климактерическим. Изменения личности в эти периоды наблюдаются у всех людей, психически полноценных или больных. Но для психопатических личностей переходный возраст характеризуется выраженностью характерологических расстройств, климактерический – сначала заострением, затем некоторым смягчением психопатических проявлений. Второй тип динамики психопатии связан с психотравмирующими обстоятельствами. При нем различают компенсацию и декомпенсацию. Компенсация – тип динамики психопатий, при котором в результате развития вторичных характерологических черт смягчается, маскируется выраженность основных особенностей личности, происходит временная адаптация пациента в его социальном окружении. В это время ведущие характерологические свойства проявляются минимально. Психопатическая личность большую часть своей жизни способна к той или иной степени адаптации, может находиться в обществе, сохранять социальные связи, работоспособность, семейные отношения. Эта адаптация может разрушиться от незначительной причины, но она имеется благодаря компенсации. Компенсация достигается в условиях благоприятной обстановки или путем выработки вторичных психопатических черт. Например, робкий человек вырабатывает стиль поведения грубого, заносчивого хулигана.

Декомпенсация проявляется обострением основных свойств характера, снижением или утратой социальной приспособленности. Это происходит в результате влияния на личность психических травм. Роль их воздействия тесно связана с особенностями психопатической личности. Семейно-бытовые конфликты приводят к обострениям у возбудимых личностей. При воинской службе хорошо приспособляются астенические

и психоастенические личности, но не могут приспособиться шизоидные, возбудимые. Декомпенсация проявляется в различных клинических вариантах.

Психопатические реакции.

При них происходит усиление характерологических черт в ответ на психотравмирующее воздействие. Это количественные изменения выраженности постоянно присущих данному лицу особенностей. Реакция возникает после психогенного повода, отрицательное воздействие имеет особое субъективное значение для личности. В результате появляется тревога, эмоциональное напряжение, неуверенность в будущем. Постепенно отрицательные переживания накапливаются и приводят к тому, что незначительный повод вызывает бурный аффективный разряд, яркую эмоциональную реакцию. Обычно реакции скоротечны, от нескольких часов до нескольких дней. Успокоение сопровождается коротким периодом психической и физической слабости. Реже встречаются противоположные реакции – астенические у возбудимых, агрессивно-злобные – у психоастенических. Эти реакции сопровождаются временным изменением структуры личности, усиливают ее дисгармонию, оказывают значительное влияние на поведение. Они возникают в сложной обстановке (крах надежд, болезнь родных). В этих состояниях особенно заметны грубые нарушения эмоционально-волевой сферы. Поступки таких лиц совершаются без представления об их последствиях. Поведение определяется в основном новыми непривычными способами реагирования.

Патологические развития:

1. Патологическое паранойяльное развитие личности – в его основе лежит психическая травма. У пациента формируется симптомокомплекс болезненных идей, содержание которых связано с травмирующей причиной. Эти идеи овладевают его сознанием, обуславливают его поступки, поведение, приводят к извращению социальной адаптации. Эти идеи, проходя различные этапы, достигают степень бредовых, паранойяльных. Со-

держание идей может быть различным, но чаще это идеи ревности и сутяжные.

2. Глубокая психопатия характеризуется тем, что под влиянием повседневных психотравмирующих обстоятельств происходит медленное формирование существующих у пациента психопатических черт. При этом на большой срок утрачивается адаптация личности. Ухудшение состояния психопатической личности приводит к конфликтам, ссорам. При этом нарастает ухудшение ситуации, что, в свою очередь, вызывает дальнейшее обострение психопатических черт. Этот порочный круг трудно разорвать, в результате происходит обострение всех сторон личности. Такие пациенты помещаются в психиатрические больницы, совершают опасные действия, оказываются в местах лишения свободы. Со временем черты глубокой психопатии сглаживаются, наступает компенсация.

5. Судебно-психиатрическое значение и оценка расстройств личности.

Учет мотивации поведения при расстройствах личности важен для судебно-психиатрического анализа и экспертной оценки. В основе формирования мотивов криминального поведения при расстройствах личности лежат: 1) нарушение опосредования потребностей и 2) нарушение их определения.

1. Нарушение опосредования потребностей заключается в неспособности к формированию или разрушению у таких лиц социально приемлемых способов реализации потребностей под влиянием каких-либо факторов. К мотивам, вызывающим нарушение опосредования потребностей, относятся аффектогенные, ситуационно-импульсивные и анэтические. Аффектогенные мотивы обусловлены особенностями эмоциональных реакций психопатических личностей с повышенной раздражительностью, застреванием на отрицательных переживаниях. Во всех возникновениях играют роль содержание, сила и длительность, травмирующего переживания, его субъективная значимость для личности. Эти мотивы приводят к агрессивным, разрушительным действиям, причем повод для таких действий бывает незначительным. Ситуационно-импульсивные мотивы характе-

ризируются тем, что ситуация субъективно воспринимается как требующая немедленного удовлетворения потребности, несмотря на запреты и противодействия. Импульсивные действия обычно провоцирует алкогольное опьянение. Анэтические мотивы характеризуются сознательным игнорированием социальных, моральных и правовых норм. Группа мотивов, связанных с нарушением опредмечивания потребностей, включает мотивы-суррогаты, обусловленные формированием расстройств сексуального влечения, когда преступные действия совершаются в отношении биологически неадекватных или запрещаемых социальными нормами объектов, и мотивы психопатической самоактуализации, которая заключается в том, что главной движущей силой поведения становится определенная черта психопатической личности. При этом поведение подчиняется стремлению реализовать ее. При истерической психопатии это потребность манипулировать, сохранять контроль над окружающими, при возбудимой – тенденция к властвованию, у тормозимых личностей – стремление к уходу от неприятностей. Правонарушения могут быть разными по содержанию, но их мотивация оказывается сходной. Существуют еще суггестивные (внушенные) мотивы поведения, распространенные при расстройстве личности. Они особенно часто проявляются в групповых преступлениях. Психопатические личности, совершившие правонарушения в состоянии компенсации, признаются вменяемыми. Реакции без грубых признаков изменения компенсации, с обострением основных характерологических черт, при которых мотивация поведения носит аффектогенный характер, расцениваются как не влекущие невменяемости. Основанием для этого решения служат отсутствие глубоких болезненных нарушений, относительная сохранность адаптации до правонарушения. Психопатические особенности личности делают эти реакции более резкими, яркими. При неоднозначных реакциях, когда они сопровождаются изменениями настроения, извращенностью эмоциональности с неадекватностью вызвавшей ее причины на фоне депрессии, социальная адаптация оказывается нарушенной. Изменение критического отношения к своим поступкам

обусловливает неспособность отдавать отчет в своих действиях и руководить ими. Но неоднозначные истерические реакции не вызывают значительного изменения структуры личности, не сопровождаются выраженными расстройствами мышления и критических способностей, поэтому в таких случаях решается вопрос о вменяемости. Психопатические реакции при глубокой психопатии обычно оцениваются как невменяемые. При патологическом паранойальном развитии судебно-психиатрическая оценка зависит от этапа и психопатологического содержания синдрома. Если идеи, представляющие аффективно окрашенные мысли и представления, не меняют качественно структуру личности и не нарушают социальную адаптацию, то такие состояния не исключают вменяемости. Патологические сверхценные идеи с утратой критического отношения к ситуации, подчиненностью поведения больного сверхценному симптомокомплексу и паранойальные бредовые идеи служат основанием невменяемости. Экспертиза психопатий в гражданском процессе редка. В период компенсации психопатические личности дееспособны. При глубокой психопатии иногда приходится говорить о недееспособности с учреждением опеки. При паранойальном развитии с бредовым комплексом больной обычно недееспособен и нуждается в учреждении опеки.

Психопатические личности в местах лишения свободы при обострении состояния и декомпенсации должны направляться на лечение в психиатрические отделения или больницы. При улучшении состояния они могут отбывать наказание. Признание таких лиц неспособными отбывать наказание происходит редко, в основном при наличии патологического паранойального развития личности.

XVI. РАССТРОЙСТВА ВЛЕЧЕНИЙ

- 1. Расстройства привычек и влечений.*
- 2. Расстройства полового влечения и парафилии.*
- 3. Судебно-психиатрическая оценка расстройства влечения.*

1. Расстройства привычек и влечений.

Расстройства личности носят черты волевых расстройств, они плохо контролируются личностью. Они нередко приводят к противоправным действиям, их нелегко отличить от осознанного преступного поведения. Современная классификация рассматривает три варианта расстройств:

1. Гемблинг – патологическая склонность к азартным играм;
2. Пиромания – патологические поджоги;
3. Клептомания – патологическое воровство.

1. Гемблинг, то есть участие в азартных играх, определяет всю жизнь человека, приводит к утрате прежних социальных связей, нарушает семейную адаптацию. Эти люди игнорируют свои профессиональные обязанности, работу, берут займы большие суммы денег, которые тут же проигрывают. Они идут на кражи, мошенничество, чтобы получить деньги для игры. Азарт во время игры овладевает их помыслами. Без острых переживаний они ощущают дискомфорт, настроение снижается, ухудшается сон, повторная игра улучшает состояние. Страсть к игре продолжает усугубляться, несмотря на обнищание, тяжелые социальные последствия, семейные неурядицы.

2. Пиромания имеет судебно-психиатрическое значение. Поджоги чаще бессмысленные: старый сарай, стог сена. Пациенты обычно не покидают места поджога, принимают активное участие в тушении пожара, получая при этом удовольствие. У таких людей в мечтаниях и сновидениях появляются картины горения. Иногда эти люди становятся пожарными, чтобы видеть горение. Перед поджогом у таких лиц психический дискомфорт, который сменяется радостным возбуждением после поджога.

3. Клептомания – страсть к воровству ненужных предметов, когда сам процесс воровства становится целью, при достижении которой человек испытывает чувство успокоения. Пациенты сами не могут объяснить свое поведение. Украденные предметы могут быть выброшены, припрятаны, возвращены. Обычно у таких людей в прошлом отмечались депрессивные состояния и многочисленные попытки самоубийства. Обычно kleптоманию

считают вторичным по отношению к депрессии явлением, а ощущение риска, сопровождающее эту форму поведения, — фактором, оказывающим антидепрессивное действие. Одним из свойств расстройств влечений является их прогрессирующее развитие. Полученное удовольствие закрепляется в психике человека и требует повторения для усиления чувства удовлетворения. Кражи становятся более частыми, дерзкими, после отбытия наказания сохраняется высокий риск рецидива.

Судебно-психиатрическое значение имеют дромомания и суицидомания.

Дромомания — стремление к бродяжничеству. Чаще встречается у подростков, является ответом на неприятности в семье.

Суицидомания — стремление уйти из жизни, также является отражением реакций протеста на неблагоприятные жизненные обстоятельства. К проявлениям скрытой суицидомании некоторые ученые относят выбор увлечений или хобби, связанных с повышенной опасностью для собственной жизни (рокеры, альпинисты).

2. Расстройства полового влечения и парафилии.

В настоящее время выделяют два типа расстройства сексуального влечения: расстройства половой идентификации и сексуального предпочтения.

Измененная сексуальная ориентация (мужской и женский гомосексуализм) в настоящее время не рассматривается как психическое расстройство, лишь насильственные гомосексуальные акты и склонение к ним несовершеннолетних влекут уголовную ответственность. Гомосексуальные связи распространены в закрытых коллективах, в условиях лишения свободы, когда они возникают как способ удовлетворения половой потребности или как способ наказания. Нередко женщины остаются бисексуальными, среди мужчин бисексуалов меньше.

Расстройство половой идентификации — транссексуализм.

При этом пациент отвергает свой анатомический пол. Отношение к своему полу сопровождается чувством дискомфорта. Больной принимает все меры, чтобы изменить свой пол, сначала внешне, затем хирургическим путем. При истинном

транссексуализме такие операции дают положительный эффект. Решение об оперативном изменении пола должно приниматься специальной врачебной комиссией с участием психиатров, сексопатолога, эндокринолога. Изменяются и документы, возможность брака, отношение к военной службе. Поэтому в комиссии должен участвовать юрист, специалист по гражданскому праву. Расстройства сексуального предпочтения – парафилии считаются истинными, если реализуемое искаженное сексуальное влечение замещает нормальную половую жизнь. Для таких лиц характерно наличие соответствующих их сексуальным предпочтениям побуждений и фантазий на протяжении не менее шести месяцев. Влияние этих фантазий и побуждений серьезно отражается на образе жизни пациента, его сексуальной активности и поведении. Эти расстройства имеют большое судебно-психиатрическое значение, так как под их влиянием совершаются криминальные сексуальные действия. Обычно парафилии формируются к концу периода полового созревания. Для большинства лиц с парафилиями свойственны нарушения психосексуального развития. У них наблюдаются гормональные изменения и часто признаки органического поражения головного мозга от остаточных проявлений до текущих расстройств. Парафилии с течением времени усложняются, они становятся более грубыми, агрессивными, садистскими. К расстройствам сексуального предпочтения по возрасту полового объекта относятся педофилия и геронтофилия.

Педофилия – повторяющееся сексуальное побуждение, фантазии и стремление к реализации половой активности в отношении детей допубертатного возраста. Это выглядит как развратные действия (рассматривание детских половых органов, дотрагивание до них) и изнасилование. Чаще потерпевшими оказываются девочки. Лица с педофильными наклонностями выбирают профессию, связанную с контактами с детьми.

Эфебофилия – является вариантом педофилии, когда сексуальное предпочтение отдается детям периода полового созревания.

Геронтофилия – характеризуется предпочтением половых контактов с пожилыми или старыми людьми. Геронтофилия в

судебно-психиатрической практике встречается реже, чем педофилия.

К расстройствам сексуального предпочтения по объекту относится фетишизм, он заключается в том, что какой-то неодушевленный предмет приобретает свойства сексуального возбуждения и удовлетворения. Это может быть женское белье, чулки, косметика. Эти вещи пациент собирает, иногда ворует. Рассматривая их и ощупывая, он получает сексуальное удовлетворение. Фетишизм обычно приводит к повторным kleptomаническим кражам. Фетишистский трансвестизм характеризуется переодеванием в одежду противоположного пола. Мужчины одевают колготки, употребляют косметику, носят туфли на высоких каблуках. Эти люди обычно опасных действий не совершают.

Экспозиционизм проявляется демонстрацией собственных половых органов незнакомым людям, чаще женщинам и детям. Обнажаются такие люди в малолюдных местах, пугая зрителей. Акт обнажения сопровождается половым возбуждением, нередко такие лица мастурбируют на глазах зрителей. Реакция наблюдателей, их испуг, возмущение усиливают половое возбуждение. Эпизоды обнажения имеют тенденцию к учащению, они становятся все более дерзкими. Привлечения к уголовной ответственности не приводят к прекращению аномальной сексуальной активности.

Вуайеризм заключается в подглядывании за обнаженными или за совершением половых актов. Эти пациенты бродят около бань, туалетов, бассейнов, с помощью бинокля наблюдают за жизнью в противоположных домах, получая сексуальное удовлетворение.

Фрот-теризм проявляется в стремлении прижаться к чужому телу в местах скопления людей (толпа, автобус). При этом происходит семяизвержение и оргазм.

Сексуальный садизм или садо-мазохизм – получение сексуального удовлетворения причинением физических или психологических страданий сексуальному партнеру (садизм) или себе (мазохизм). Иногда оргазм достигается без полового акта, в результате вида страданий партнера. Садистские тен-

денции прослеживаются в детстве или подростковом возрасте. Они проявляются в чрезмерной жестокости в детских играх, в стремлении мучить и убивать животных. При начале половой жизни эти особенности сосредоточиваются на сексуальных взаимоотношениях. Жестокость к половому партнеру проявляется в побоях, укусах, желании видеть испуг, слезы. Особое удовлетворение садист получает от сопротивления жертвы, преодоление которого силовым путем приводит к остроте половых ощущений. Садисты нередко совершают особо опасные действия: изнасилования, убийства. Эти преступления совершаются повторно. Такие люди становятся охотниками, нападают на жертву в малолюдных местах, принимают меры к сокрытию преступления. Поэтому их очень трудно поймать, задержать, доказать их причастность к преступлению.

3. Судебно-психиатрическая оценка расстройств и влечений.

Назначение судебно-психиатрической экспертизы при сексуальных нарушениях, рецидиве поджогов, бескорыстных кражах для решения вопроса о вменяемости является необходимым. При подозрении на наличие расстройств сексуального влечения необходимо назначать судебную сексолого-психиатрическую экспертизу. При экспертизе необходимо выяснить основное психическое заболевание, способность лица осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. При шизофрении, глубокой умственной отсталости, органических поражениях головного мозга с явлениями слабоумия обычно имеют в виду невменяемость таких больных. При экспертной оценке при психопатиях необходим анализ сексуальных нарушений, который проводится сексопатологом. Основное внимание при этом уделяется выявлению синдромов самих расстройств сексуального влечения. По особенностям проявлений парафилий их делят на два типа: эгодистонический и эгосинтонический. При эгодистоническом типе пациент осознает их чуждость личности, испытывает чувство вины. К ним относятся обсессивные (навязчивые) влечения, которые проявляются в фантазиях, реализация

психотравмирующих обстоятельств, ослабляющих волевой контроль поведения. При этом сохраняется осознание наказуемости действий. Эти лица считаются способными осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. При конвульсивных влечениях возникает неодолимое стремление к реализации измененной сексуальной потребности на фоне аффективно-суженного сознания. Пациент не в силах противостоять своему стремлению, хотя понимает противоправность и наказуемость. В этих случаях решается вопрос о вменяемости, но связь правонарушения с парафилией, действия пациента под влиянием измененной сексуальной направленности, аффективные нарушения сознания говорят о том, что он не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и не мог в полной мере ими руководить, контролировать их. В этих случаях речь идет об ограниченной вменяемости. Значение психической и сексологической патологии в криминальном поведении при этом является ведущим. Эти лица нуждаются в лечении с целью профилактики повторных сексуальных действий. Такие сексуальные правонарушители получают соответствующее наказание и им назначается лечение в психиатрических отделениях в местах отбывания наказания или в специализированных психиатрических больницах. При импульсивном расстройстве влечения наступает внезапная реализация влечения на фоне расстроенного сознания, зачастую с забыванием своих поступков. Обычно это наблюдается при пиромании. Наличие нарушенного сознания дает основания признать таких лиц невменяемыми. Эгосинтонический тип расстройств сексуального влечения заключается в том, что признаки перверсии слились с личностью, являются ее основной чертой. Эти лица не сопротивляются своим влечениям, они способны осознавать характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. Такой тип расстройств наблюдается у некоторых серийных сексуальных убийц с признаками садизма.

XVII. УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ

Умственная отсталость характеризуется рядом общих клинических признаков. Ведущий признак — общее недоразвитие всех сложных форм психической деятельности. При этом страдают интеллект, мышление, восприятие, память, внимание, речь, двигательная и эмоционально-волевая сферы. Причины умственной отсталости заключаются в неправильном формировании или в поражении головного мозга на ранних этапах его развития. Отличительной чертой умственной отсталости от приобретенного слабоумия является то, что умственная отсталость представляет собой не снижение функций психики вследствие психического заболевания, а их первоначальное недоразвитие. При приобретенном слабоумии при обследовании удается выявить остатки прежних навыков и знаний. Различного рода интоксикации, заболевания матери во время беременности, травмы, полученные плодом в период внутриутробного развития и родов, могут быть причиной умственной отсталости. Наиболее частыми причинами умственной отсталости являются тяжелые нейроинфекции, черепно-мозговые травмы. Клиническая картина умственной отсталости проявляется в общей психической неполноценности, в неврологических и соматических симптомах, что является показателем недоразвития и неправильного развития не только головного мозга, но и всего организма. Внешний вид таких больных обращает на себя внимание: непропорциональное телосложение, череп или уменьшен или увеличен, выражение лица неосмысленное, рот полуоткрыт, конечности короткие, движения неловкие, недостаточно координированные. Имеются дефекты слуха, зрения, речи, пороки развития внутренних органов. Речь недоразвита, дети начинают говорить после четырех лет. При недостаточном развитии моторики и неспособности владеть своими движениями понимание речи начинается раньше, чем способность говорить. При дефекте высших психических функций речь бедная, затруднения при переходе от слога к слогу, от слова к слову. При развитой устной речи недоразвита способность к чтению и письму. Для умственной отсталости характерна

недостаточность интеллекта (внимание, память) и его высших функций (способность к обобщению, анализу, синтезу, мышлению, суждениям и умозаключениям). Процесс восприятия ограничен из-за недостаточности активного внимания. При тяжелой умственной отсталости страдает и пассивное внимание. При любом психическом напряжении умственно отсталые лица устают быстрее, чем здоровые. Отмечаются и нарушения памяти. Больные способны к восстановлению только отдельных деталей, они не воспроизводят сложной картины событий, сложного комплекса впечатлений. Это связано с недостаточностью ассоциативного процесса, способности к умозаключению. При явной недостаточности смысловой памяти иногда отмечается хорошая изолированная память на имена, числа, даты, мелодии. Запас знаний всегда ограничен. Затруднено отличие главного от второстепенного, лучше усваивается форма, чем внутренний смысл явлений. У этих лиц слабо выражена склонность к фантазиям, фантазии их отличаются бедностью, случайным и необдуманым содержанием. Лица с умственной отсталостью неспособны понять целесообразность своих поступков и предвидеть их последствия, что имеет существенное значение при судебно-психиатрических экспертизах. Общим признаком для эмоционально-волевой сферы является преобладание аффектов. Чем сильнее выражена умственная отсталость, тем больше желания удовлетворить элементарные потребности (утолить голод, избежать холода). Эти больные редко испытывают недовольство собой, сознание вины. Недоразвитие волевых функций может проявляться в сочетании внушаемости, пассивной подчиняемости и упрямства, импульсивности. Возбудимость, эгоцентризм могут быть у внушаемых и робких больных. После употребления алкоголя, наркотиков, при заболеваниях с интоксикацией и высокой температурой у больных могут легко возникать быстро проходящие психозы с депрессиями, страхами, двигательным возбуждением, зрительными галлюцинациями. Лица с умственной отсталостью в состоянии дебильности могут совершать правонарушения, связанные с ситуацией, которые требуют разумной оценки и принятия решений. Эти лица, оказавшись в услож-

ненной обстановке, перед проблемами, выходящими из круга обычных, не могут иногда самостоятельно найти оптимальный выход из положения и предпринимают общественно опасные действия. Правонарушения умственно отсталых лиц зависят от асоциальной направленности окружающих. От психического состояния зависит лишь готовность воспринимать отрицательное влияние и подчиняться или не подчиняться ему.

По глубине и тяжести психических нарушений, независимо от формы, умственную отсталость делят на идиотию, имбецильность и дебильность.

Лица с идиотией судебно-психиатрическую экспертизу не проходят, лица с имбецильностью в судебно-психиатрической клинике встречаются очень редко.

Идиотия – самая тяжелая степень умственной отсталости. У этих больных речь не развита, они плохо понимают обращения к ним. Их единственной речевой реакцией являются протяжные или отрывистые крики, мычание. Они не могут самостоятельно передвигаться, сидят в одной позе, совершают однообразные движения. Этим больным невозможно ничему обучить. У них пассивно-равнодушное настроение, иногда оно сменяется вспышками ярости, обусловленными обычно чувством голода.

Имбецильность – менее тяжелая степень умственной отсталости. Нарушения психической деятельности менее выражены, больные произносят короткие фразы, понимают несложную речь. Они способны ориентироваться в привычной обстановке, но не воспринимают новое. Их можно приучить к уходу за собой, к выполнению простой работы, не требующей активности и квалификации. Словарный запас составляет 200 слов. Некоторые лица могут обучаться во вспомогательной школе, усваивая простейший счет, чтение по складам, начертание отдельных букв и цифр. Они узнают близких, иногда более дальних родственников, но совершенно теряются в новой обстановке. Эмоциональные реакции их малодифференцированы, обусловлены низшими влечениями (голод, холод, насыщение, тепло). Поведение их непоследовательно, импульсивно, отсутствуют инициатива и самостоятельность. Зависимость от опекунов, дефицит познавательных способностей не позволяют

больным сформировать представление о себе как о самостоятельной личности и препятствуют разграничению представлений о себе и об окружающих как самостоятельных категориях. У этих больных могут быть сексуальные возбуждения, которые проявляются изнасилованием или эксгибиционизмом.

Дебильность – легкая степень умственной отсталости. Экспертиза лиц с дебильностью представляет сложности, так как выраженность недоразвития психических функций может варьировать от дебильности, граничащей с имбецильностью, до самой легкой, практически неотличимой от нормы. Лица с дебильностью имеют свою индивидуальность, они поступают в общеобразовательную школу, но успевают очень плохо. В ряде случаев они могут освоить программу начальной школы, но обучение в старших классах им недоступно. Они переводятся во вспомогательные школы. Эти лица приобщаются к неквалифицированному труду, трудовые процессы выполняют механически, подражательно. Их интересуют физиологические потребности, мало занимает общественная жизнь. Лица с дебильностью способны обобщать данные жизненного опыта, делать несложные умозаключения и практические выводы. В несложных ситуациях они проявляют активность. Чем легче степень дебильности, тем большим словарным запасом и понятиями оперирует больной. Большинство таких больных с возрастом правильно оценивают ситуацию, контролируют свои поступки, с учетом жизненного опыта изменяют адекватно свое поведение, у них нарастает уровень критических способностей, они хорошо адаптируются к повседневным требованиям, самостоятельно организуют свой быт, не нуждаются в помощи психиатра. Очень сложна судебно-психиатрическая диагностика, когда необходимо оценить глубину умственной отсталости и степень ее влияния на возможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими в уголовном процессе, способность понимать значение своих действий или руководить ими при решении вопросов дееспособности. При идиотии больные беспомощны, нуждаются в постоянном уходе и надзоре, в учреждении над ними опеки. Если в отношении них совершаются противоправные действия,

они не могут правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. Лица с имбецильностью не могут сознательно регулировать свое поведение при совершении общественно опасных действий, их действия импульсивны, подражательны, внушаемы, подчинены другим лицам. Под влиянием соучастников они участвуют в краже или поджоге, могут совершать половые преступления. При этом какое-либо понимание противоправности отсутствует, грубо нарушена критическая оценка своего состояния. В отношении лиц с имбецильностью принимается решение о невозможности ими осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий или руководить ими. В отношении них принимается решение о недееспособности. Экспертиза подростков с имбецильностью, которые становятся жертвами сексуальных посягательств, должна быть строго дифференцированной. Лица с дебильностью (кроме случаев выраженной дебильности) признаются вменяемыми и дееспособными. Если они проходят экспертизу в качестве потерпевших, принимается решение об их способности по психическому состоянию правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания. При решении вопросов вменяемости, дееспособности, возможности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания, степень умственной отсталости определяется тщательным клиническим изучением личности подэкспертного. Важное значение имеет способность ориентироваться в конкретной ситуации, способность устанавливать определенные связи с окружающими, важна адаптация к новым условиям, возможность трудового приспособления. Большую роль играет степень развития речи: чем больше развита речь, тем выше оценивается степень интеллектуального развития. Учитывается и характер совершенного правонарушения, условия, при которых оно было совершено. Требования закона, основанные на сложных отношениях и заключениях, часто лицами с дебильностью не осознаются, особенно в юношеском возрасте. Считать их вменяемыми в отношении некоторых правонарушений следует с большой

осторожностью. Опасные действия могут быть следствием эмоционально-волевых нарушений, импульсивности, невозможности подавлять влечения, когда лица с дебильностью часто не в состоянии осмыслить противоправное значение своих действий, не могут понять, какие требования к ним предъявляются законом, не могут контролировать свое поведение. Среди потерпевших, направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу для решения вопроса об их способности по психическому состоянию правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них правильные показания, примерно каждый третий – несовершеннолетний с дебильностью. Обычно это девушки, которые стали жертвами сексуальных правонарушений. Значительно реже на экспертизу направляются свидетели с умственной отсталостью. При судебно-психиатрической оценке психического состояния потерпевших и свидетелей с дебильностью необходимо оценивать глубину интеллектуального недоразвития и выраженность эмоционально-волевых нарушений. Необходимо также оценить возможность правильно воспринимать и воспроизводить обстоятельства уголовного дела, способность пользоваться своими процессуальными правами, понимать их значение. Эксперту важно оценить возможность потерпевшего или свидетеля осознанно руководить своим поведением и высказываниями в сложных и ответственных условиях судебно-следственной процедуры. В период следствия потерпевшие могут растеряться, давать противоречивые показания, иногда же они упрямо настаивают на неправдоподобных сведениях. Их показания могут быть неполноценными из-за неумения охватить ситуацию в целом, плохой ориентировки во времени, невозможности воспроизвести ряд явлений в их последовательной связи, неумения устанавливать сходство и различия. Оценка основных критериев умственной отсталости должна сочетаться с анализом конкретных условий, в которых подэкспертные оказались жертвами преступных посягательств. Следует учитывать возможность этих лиц самостоятельно пользоваться своими процессуальными правами в сложной для них ситуации

следствия, когда эта ситуация может не соответствовать их психическим возможностям.

XVIII. КРАТКОВРЕМЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ)

Одной из важных проблем судебной психиатрии являются исключительные состояния – кратковременно протекающие психотические состояния. Исключительные состояния рассматриваются как группа острых расстройств психической деятельности, различных по этиологии, но сходных по клиническим признакам. Они возникают у лиц, не страдающих психическим заболеванием, и обычно представляют единственный эпизод в жизни человека. Чаще всего это тяжкие опасные действия против личности. Диагностика и экспертная оценка этих расстройств очень сложна. К исключительным состояниям относятся патологическое опьянение, патологический аффект, реакция короткого замыкания, патологическое просоночное состояние. Общим для этих состояний является кратковременное нарушение сознания по типу сумеречного, сочетание постоянной и временной патологической почвы при обязательном участии дополнительных экзогенных факторов. Постоянная патологическая почва характеризуется наличием нерезко выраженной резидуальной церебрастенической патологии. Она формируется за счет временно действующих вредностей (физическое и психическое переутомление, дефицит сна, психогении, длительное аффективное напряжение). Общим для данной группы состояний является и ретроспективная диагностика, так как психотические нарушения преходящи и всегда отсутствуют на период проведения судебно-психиатрической экспертизы.

Патологическое опьянение – острый кратковременный психотический эпизод, возникающий на фоне простого алкогольного опьянения. При этом имеет значение не столько воздействие алкоголя, сколько наличие постоянной и временной патологической почвы. Постоянная почва проявляется в

остаточных явлениях перенесенных в прошлом органических заболеваний центральной нервной системы, в том числе черепно-мозговых травм. Эти явления выражены незначительно, и лица в обычном состоянии не обнаруживают отклонений в психической сфере, считаются практически здоровыми. Большую роль играет временная почва — усталость, переутомление, недосыпание, психическое и физическое истощение, волнение, страхи, тревога. Алкоголь играет провоцирующую роль. Патологическое опьянение возникает остро и характеризуется резким изменением состояния субъекта. Основным признаком является болезненно измененное сознание, в результате нарушаются и искажаются процессы восприятия. Происходит отрыв от реальной действительности. Появляются страх, тревога, ощущение угрозы в отношении себя и близких. При нарастании эмоционального напряжения нарушается ориентировка в окружающем и появляется бредовое толкование ее. Внезапно меняется и внешний вид человека. Лицо выражает страх, тревогу, ужас. При этом сохраняется способность к целенаправленным действиям, возможность пользоваться различными предметами, совершать агрессивные действия. Такой человек дезориентирован в обстановке, не способен к адекватному контакту с окружающими, действует в одиночку, никакие совместные действия с соучастниками невозможны. Речь отрывочная, отражает болезненную симптоматику. Внешне человек прячется, кого-то преследует, защищается от врагов. Действия его носят беспорядочный характер. При анализе речи таких людей удастся выявить наличие болезненных мотивов поведения и побуждений, галлюцинаторных и бредовых переживаний. Существуют следующие формы патологического опьянения: параноидная и эпилептоформная. При параноидной форме в клинической картине сумеречного состояния сознания проявляются бредовые переживания устрашающего характера, отрывочные галлюцинаторные феномены, стереотипные движения и импульсивные двигательные разряды, сопровождающиеся аффектом страха. Заканчивается приступ внезапно, чаще сном. При эпилептоформной форме отмечается молчаливая мрачная сосредоточенность, действия носят автоматизированный харак

тер, выявляется резкое и безмотивное возбуждение, неистовство, ярость, агрессия. Психопатологическая продукция выражена мало, не замечается окружающими. Для патологического опьянения характерно отсутствие сокрытия следов преступления, неоказание сопротивления при задержании, пассивное подчинение окружающим. Совершенное деяние после восстановления сознания воспринимается с удивлением, как чуждое. В последующем патологическое опьянение забывается, изредка остаются фрагменты психопатологических переживаний. Поэтому диагностическое значение при судебно-психиатрической экспертизе носит более полный характер. Для диагностики патологического состояния наиболее важными и достоверными признаками являются психотические переживания, констатация сумеречного состояния сознания, а также форма выхода из болезненного состояния. Патологическое опьянение — это тяжелое психическое расстройство, спровоцированное алкоголем. Судебно-психиатрическая оценка патологического опьянения свидетельствует о невменяемости лица, совершившего противоправные действия в данном состоянии. Так как диагноз патологического опьянения ставится ретроспективно, большое значение имеет изучение материалов уголовного дела. Материалы дела должны отражать описание особенностей поведения, характера речи в исследуемой ситуации. Большое диагностическое значение имеют свидетельские показания о внешнем виде правонарушителя, данные о неправильном восприятии им окружающего, ложных узнаваниях, об особенностях его движений, последовательности действий.

Патологический аффект — болезненное состояние психогенного происхождения, возникающее у, практически психически здорового человека. Это острая реакция в ответ на психотравмирующие воздействия. При этом нарушается сознание по типу аффективного сумеречного состояния. Аффективная реакция характеризуется остротой, яркостью выражения и трехфазностью течения: подготовительной, фазой взрыва и заключительной.

Подготовительная фаза включает личностную переработку психогении, возникновение и нарастание аффективного напря-

жения. Острая психогения может сокращать эту фазу до нескольких секунд, ускоряя возникновение аффекта. Длительная психотравмирующая ситуация удлинняет нарастание аффективного напряжения, на фоне которого психогенный повод может вызвать наступление острой аффективной реакции. Важнейшим условием возникновения аффективной реакции является наличие конфликтной ситуации, чувство физического или психического препятствия осуществлению своих планов, намерений. Острая психогения может проявиться внезапным нападением, грубым оскорблением. Фактор внезапности для личности имеет решающее значение. При протрагированных психогениях, связанных с длительной психотравмирующей ситуацией (длительные унижения и издевательства), острая аффективная реакция возникает в результате постепенного накопления аффективных переживаний. Психическое состояние, предшествующее поводу, вызвавшему аффективную реакцию, характеризуется сниженным настроением, неврастенией, появлением идей, связанных с психогенно-травмирующей ситуацией, и безуспешными попытками ее разрешения. Способствующими факторами для облегчения возникновения аффективной реакции являются переутомление, бессонница, ослабленность. Под влиянием психогенного раздражителя, исходящего от непосредственного обидчика и внешне кажущегося малозначительным, внезапно, как для больного, так и для окружающих, может возникнуть аффективная реакция с агрессивными действиями, направленными против потерпевшего. Во второй фазе реакция приобретает качественно другой характер. Психотическая симптоматика характеризуется незавершенностью, малой выраженностью, отсутствием связи между отдельными психопатологическими феноменами. При этом происходят кратковременные расстройства восприятия в виде гипоакузий (звуки отдаляются), гиперкузий (звуки воспринимаются как очень громкие), иллюзорных восприятий. Отдельные расстройства восприятия могут проявляться как аффективные функциональные галлюцинации, как психосенсорные расстройства, в виде нарушений схемы тела (голова большая, руки длинные), как состояние острого страха и растерянности.

Бредовые переживания обычно нестойкие, их содержание может отражать реальную конфликтную ситуацию. К другой группе симптомов относятся экспрессивные характеристики и вазо-вегетативные реакции, свойственные аффективному напряжению и взрыву, изменения моторики в виде двигательных стереотипий, постаффективные астенические явления с амнезией содеянного, а также субъективная внезапность изменения состояния при переходе от первой ко второй фазе аффективной реакции, особая жестокость агрессии, несоответствие ее по содержанию и силе поводу возникновения, несоответствие ведущим мотивам, ценностным ориентациям, установкам личности. Моторные действия при патологическом аффекте продолжаются и после того, как жертва перестает подавать признаки сопротивления или жизни, без обратной связи с ситуацией. Эти действия носят характер немотивированных автоматических моторных разрядов с признаками двигательных стереотипий. О нарушении сознания и патологическом характере аффекта свидетельствует и чрезвычайно резкий переход интенсивного двигательного возбуждения, свойственного второй фазе, в психомоторную заторможенность. Третья фаза характеризуется отсутствием каких-либо реакций на содеянное, невозможностью контакта, терминальным сном или болезненной протрацией, представляющей собой одну из форм оглушения. При дифференциальной диагностике патологического и физиологического аффектов нужно учитывать, что они имеют общие признаки, хотя представляют собой качественно разные состояния. К общим признакам относятся: кратковременность, острота, яркость выражения, связь с внешним психотравмирующим поводом, трехфазность течения: экспрессивные, вазо-вегетативные проявления, свидетельствующие о выраженном аффективном возбуждении, взрывном характере реакций во второй фазе; истощение физических и психических сил, амнезия в заключительной фазе. Основным критерием разграничения патологического и физиологического аффектов служит установление симптомов психогенно обусловленного сумеречного состояния при патологическом аффекте или аффективно суженного, но не психотического

состояния сознания при физиологическом аффекте. Судебно-психиатрическая оценка патологического и физиологического аффектов различна. Невменяемость определяется только наличием признаков патологического аффекта в момент правонарушения. Физиологический аффект не исключает вменяемости. Оценка степени судебно-психиатрической экспертизы выдается с учетом других видов неболезненных эмоциональных состояний, которые могли бы влиять на поведение обвиняемого в исследуемой ситуации. Наиболее комплектной считается комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. Принцип совместного рассмотрения — один из основных при оценке эмоциональных состояний. В процессе совместного психолого-психиатрического исследования компетенция психиатра распространяется на раскрытие и квалификацию аномальных, патологических особенностей личности, нозологическую диагностику, ограничение болезненных и неболезненных форм аффективной реакции, вынесение заключения о вменяемости-невменяемости обвиняемого. В пределах компетенции психолога находится определение структуры личностных особенностей исследуемого, как не выходящих за пределы нормы, так и складывающихся в картину личностных дисгармоний, анализ сложившейся конфликтной ситуации, мотивов поведения ее участников, определение характера неболезненной эмоциональной реакции, степени ее интенсивности и влияния на поведение испытуемого при совершении противоправных действий. Понятие реакции короткого замыкания исчезло из экспертной практики и поглощено понятиями патологического и физиологического аффектов. Патологическое просоночное состояние чрезвычайно редкое, относится к расстройствам пробуждения. Патологические просоночные состояния развиваются у лиц, склонных и ранее к расстройствам сна, особенно пробуждениям, сопровождающимся медленным восстановлением ориентировки в окружающем. Перед пробуждением болезненным просоночным состоянием присущи яркие сновидения со страхом. Объектом агрессивного поведения являются лица, находящиеся вблизи, и искаженное восприятие их

является как бы продолжением сновидения. В период просоночного состояния сознание бывает помрачено, поэтому полностью отсутствует контакт с окружающими, последовательность и целенаправленность действий определяются сновидениями. После правонарушения сон продолжается или наступает пробуждение с удивлением по поводу случившегося, амнезией. Иногда бывают фрагментарные воспоминания. Сновидения носят яркий, устрашающий характер, сопровождающийся страхом, необходимостью обороны. Они продолжают и после того, как моторные функции освобождаются от сонного торможения. Люди, совершившие правонарушения в состоянии патологического просоночного состояния, признаются невменяемыми. Выбор мер медицинского характера должен быть дифференцированным. Наличие в анамнезе органической недостаточности, злоупотребления алкоголем являются основанием для назначения принудительных мер медицинского характера, которые могут быть осуществлены в психиатрических больницах общего типа. Если эти состояния возникли у лиц с положительным социальным статусом, при нерезко выраженной патологии почвы, можно рекомендовать наблюдение развития психоневрологической почвы и психогенных расстройств, наблюдающихся у лиц, перенесших кратковременные психотические состояния, особенно психогенного генеза. Больных следует направлять на лечение в психиатрические больницы без применения принудительных мер медицинского характера.

ХІХ. СИМУЛЯЦИЯ

Симуляция – преднамеренное изображение психического или соматического заболевания у себя в неблагоприятных для человека условиях. Условиями могут быть: привлечение к уголовной ответственности, осуждение к лишению свободы, отбывание наказания, призыв на военную службу, пребывание в армии, иногда это стремление получить наркотик наркоманами; с целью получения социальной поддержки, незаконной инвалидности и пенсии. У симулянтов можно обнаружить определенные предпосылки: антисоциальные тенденции, непри-

ятие ситуации, отсутствие чувства вины, эгоцентризм, лживость, самоуверенность, упрямство. У них часто встречаются черты психической дисгармонии, неполноценности или дефекта. Чаще всего симулируют подследственные и рецидивисты, совершившие преступления против собственности в молодом и зрелом возрасте. Симуляторное поведение — это сложная работа для пациента, легко разоблачаемая психиатрами. Основной причиной, препятствующей успешной имитации психической болезни, является то, что симулируется не заболевание, а какое-либо наиболее яркое проявление, один признак, который, по мнению симулянта, является безусловным симптомом психического расстройства. Среди вариантов симуляции различают превентивную, предшествующую симуляцию, когда к психиатрам обращаются будущие обвиняемые, когда возникает опасность возбуждения уголовного дела. Эти люди посещают специалистов, обращаются в психоневрологические больницы. Эти пациенты и их близкие не сообщают об угрозе уголовного преследования. Обращение к психиатру выглядит добровольным стремлением избавиться от неприятных переживаний, ощущений. При госпитализации в психиатрическую больницу эти больные жалуются на вялость, плохой сон, снижение настроения, сообщают о галлюцинациях, страхах. Своими жалобами и поведением, особенно при кратковременном пребывании в больнице, они вводят в заблуждение врачей. Другой формой симуляции является симуляция анамнеза — сообщение вымышленных сведений о психических расстройствах в прошлом, задолго до привлечения к уголовной ответственности. Предъявление ложного анамнеза — самое частое проявление симуляции, поэтому в судебной психиатрии принято оценивать субъективный анамнез, сообщаемый испытуемым, в совокупности с объективными данными, которые могут быть подтверждены медицинскими документами, свидетельскими показаниями, другими материалами дела. При симуляции анамнеза упоминаются явления, которые трудно проверить: указания на судорожные припадки в детстве, сведения о психических заболеваниях родственников, рассказывают о голосах и видениях в прошлом. Сообщаемые сведения зависят от уровня

знаний обследуемого и его представлений о психических болезнях. Симуляция является индивидуальным творчеством, где отражаются интеллектуальные способности симулянта, его жизненный опыт и характер. Иногда это наблюдения за психическим больным; данные, полученные из специальной или научно-популярной литературы; иногда это обучение симуляции, распространенное среди правонарушителей в следственных изоляторах. У симулянтов существует мода на виды симуляции. Например, в конце 60-х годов многие симулянты изображали мутизм. Знание моды на виды симуляции важно для судебных психиатров. В последние годы знания населения о психических расстройствах стали более полными благодаря публикациям в различных средствах массовой информации. Поэтому и формы симуляции стали более разнообразными. Различают два типа симуляции: имитационный и вербальный. При имитационном типе характерна тенденция испытуемых изображать внешние проявления психопатологических нарушений. При вербальном типе характерна демонстрация болезни на словах, рассказ о патологических симптомах. Чаще симулируется вялая депрессия с гипомимией, двигательной заторможенностью, изображением недоступности, отказом от общения, от еды, ссылками на опасение отравления, демонстративными высказываниями о самоубийстве, попытками нанесения себе неопасных самоповреждений. При этом симулянты заявляют о слуховых и зрительных галлюцинациях (голосах, видениях), нарушениях мышления (голова пустая, мыслей нет), делают утверждения об апатии. Эти формы симуляции не требуют обширных познаний в психиатрии, легко могут воспроизводиться. Иногда изображается ложная бредовая симптоматика в виде высказываний о преследовании идей воздействия (аппаратами, гипнозами), одержимости (внутри змея), псевдоипохондрического бреда (у меня рак, неизлечимые болезни). Эти идеи обычно преподносятся отрывочно, несистематизированно. Изредка имитируются идеи изобретательства, которые сопровождаются демонстрацией творческой активности, и поведение сочетается с выдержками из научно-популярных журналов. Иногда встречается метасимуляция — искусственное

предъявление психических расстройств, имевших место у пациента в прошлом. Чаще это встречается у больных, которые переносили алкогольные психозы. Эти пациенты хорошо помнят имевшиеся болезненные расстройства, могут о них подробно и в соответствии с реальной клинической картиной рассказывать. Симуляция в этих случаях заключается в утверждении, что эти болезненные явления имели место при совершении преступления. Обследуемые ссылаются на наличие галлюцинаций во время криминала, утверждая, что их действия зависели от болезненных переживаний. Нередко встречается сверхсимуляция (сюрсимуляция), когда психически больной начинает сознательно демонстрировать признаки иного психического расстройства. Например, больные шизофренией изображают эпилептические припадки или явления слабоумия. При экспертизе иногда встречаются случаи сознательного усиления имеющихся психических расстройств, то есть аггравация. Симулянты всегда стремятся к максимальному оправданию своих действий, желают вызвать сочувствие к своей личности, судьбе, они подправляют свой анамнез, умалчивают о компрометирующих фактах, избегают обвинять в чем-либо себя, отрицают или приуменьшают свою вину. Они стараются внушить эксперту свое болезненное состояние, повторяют симптомы имитируемого заболевания, проявляют активность, они пытаются добиваться наибольшей убедительности в изображении болезни, при этом переигрывают, устают в ходе симуляции, поэтому временами позволяют себе отдохнуть, переключиться.

Распознавание симуляции. Предположить о симуляции можно, когда подэкспертный преподносит симптомы демонстративно, искусственно, преувеличивает жалобы, изображает болезненные расстройства, обращая на них внимание психиатра. Подозрительны и особая старательность в описании своих симптомов, однотипность, дословное их повторение, сочетающееся с эмоциональной напряженностью, неспособность продолжать свободное изложение своих переживаний, уход от детальных расспросов с изображением обиды. Попытка подэкспертного придерживаться определенного порядка

изложения, когда он не дает себя перебить, при его нежелании говорить об отдельных деталях, невозможность развивать свои высказывания и уточнять жалобы, неуверенность заявлений, склонность идти на поводу вопросов врача, изображение недоступности свидетельствуют о заинтересованности в результате экспертизы, говорят о том, что предъявляемая клиническая картина произвольно демонстрируется. Ее имитация продумана и заучена. При анализе сообщений нужно обращать особое внимание на несоответствие, противоречие симптомов: некоторые типичные симптомы могут отсутствовать при наличии несовместимых между собой симптомов. У симулянтов расходятся жалобы и высказывания с манерой их поведения. При общении с врачом они унылы, малоконтактны, выглядят глубоко страдающими людьми. Если же они не замечают за собой наблюдения, они общительны, шутливы, мимика соответствует обстановке, теме беседы. Дифференцированное и двойственное поведение, отражение в нем ситуационных и личностных мотивов могут свидетельствовать в пользу симуляции. Экспериментально-психологическое исследование дает особенно ценные результаты во всех случаях симуляции интеллектуальной недостаточности. Специальные параклинические исследования большого значения для распознавания симуляции не имеют.

XX. СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

По уголовному законодательству дети, не достигшие 14-летнего возраста, не могут быть привлечены к уголовной ответственности. Подростки в возрасте 14—16 лет привлекаются только за определенные виды преступлений (убийство, умышленное нанесение телесных повреждений, причинивших расстройство здоровья, изнасилование, разбой, кража). Полная уголовная ответственность несетя после 16 лет. Лица до 18 лет отбывают наказание в особых учреждениях, где получают необходимое воспитание и обучение. Если преступление не представляет большой общественной опасности, несовершеннолетний может быть освобожден от уголовной ответственности,

но к нему могут быть применены принудительные меры воспитательного характера. Подростковый возраст является возрастом относительной уголовной ответственности. Среди несовершеннолетних часть оказывается недостаточно способной к осознанию и пониманию юридически значимых событий, когда они действуют, не задумываясь над последствиями своих поступков, не понимая внутреннего смысла сложных поведенческих актов. В подростковом возрасте происходит половое и психическое созревание, причем неравномерное. Около 5 лет в организме происходит глубокая биологическая перестройка. Ускоряется рост, усиливается секреция эндокринных желез, формируются функции половых органов. Претерпевают глубокие изменения психические функции. Этот период может протекать как спокойно, так и бурно, что зависит от внешних и внутренних условий. У некоторых подростков дисгармония созревания может быть выражена значительно, в этих случаях говорят о патологическом пубертатном кризе, который характеризуется разнообразными поведенческими нарушениями, склонностью к колебаниям настроения, расстройствам влечения. Для судебной психиатрии важным является положение о том, что в этот период происходит запаздывание созревания психических функций. Психическая незрелость может проявляться в эмоциональной, волевой, интеллектуальной, поведенческой сферах. Решение вопроса о возрастной отсталости требует специальных познаний в области подростковой психологии, поэтому закон предусматривает назначение комплексных экспертиз с участием психиатров и психологов. Подростки не могут в полной мере осознавать законы и правила поведения в обществе, логически обосновывать свои действия. У них отмечается незрелость волевых функций, несформированность оценки, способностей адекватно прогнозировать последствия своих действий. У подростков судебно-психиатрическая экспертиза чаще производится в психиатрическом стационаре, потому что первое впечатление о психическом состоянии несовершеннолетнего обвиняемого может быть искаженным. Это связано не только с особенностями оформления у них структуры и динамики тех или иных психических

расстройств, но и с неумением рассказывать о своих жалобах, связно и последовательно защищать себя. При судебно-психиатрической экспертизе несовершеннолетних наиболее часто встречаются формирующиеся психопатии (расстройства личности) и психопатоподобные состояния, обусловленные перенесенными в детском возрасте травмами мозга и инфекционными заболеваниями (энцефалиты, менингоэнцефалиты). У подростков личностные расстройства разрознены, нестойкие, динамичны. Поведенческие реакции: протест, отказ, агрессия, попытки самоубийства, отказ от подчинения. Очень часто встречаются формирования расстройств личности типа неустойчивых, истерических. Эти типы имеют большое судебно-психиатрическое значение. Среди подростков, направляемых на судебно-психиатрическую экспертизу, ведущее место занимают лица с повышенной возбудимостью, у которых в пубертатном периоде появляются грубость, непослушание, раздражительность. Реже встречаются патологически замкнутые подростки, у которых пубертатный период проявляется в повышенной склонности к мудрствованию, резонерству, философствованию, а также психастенические личности с повышенной тревожностью, мнительностью, боязнью заболеть, умереть, с обидчивостью, ранимостью, с легко возникающим состоянием подавленности и раздражительности. В условиях судебно-психиатрической экспертизы можно выявить различные типы реагирования подростков с формирующейся психопатией. У некоторых может быть усиление фантазирования, склонность к вымыслам. У подростков с возбудимостью часты реакции протеста, тоскливо-злые колебания настроения. Подростки с преобладанием психостении склонны к невротическим состояниям с навязчивостями. У них наблюдаются заторможенность, адинамия, вялость, пассивность. Наиболее часто встречаются подростки с повышенной возбудимостью, неустойчивостью или истерическими проявлениями. Если при судебно-психиатрической экспертизе выявляются выраженные расстройства личности, исключающие возможность осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими, имеются основания для признания

подростка невменяемым. Клиническими критериями судебно-психиатрических оценок глубины личностных расстройств являются патологическая внушаемость, неумение использовать опыт отношений, некорректируемость поведения, невозможность адаптации, склонность к частым ухудшениям состояния с усугублением психопатических проявлений, расстройства критических способностей. От психопатий отличается психопатоподобное поведение подростков с педагогической и социальной запущенностью. При педагогической или социальной запущенности полноценная адаптация к социальной среде нарушена, так как она предъявляет подростку определенные требования. В отношении авторитетных для подростка лиц он проявляет уважение, любовь. Но он холоден, может проявить агрессию к учителям, родным, соседям. При необходимости эти подростки могут вести себя в соответствии с общепринятыми принципами морали. Для лиц с психопатией гибкость поведения нехарактерна. Подростки с педагогической запущенностью ведут себя в зависимости от обстановки, склонны к немедленному удовлетворению своих потребностей, любят развлечения, праздность, риск, приключения. Они могут обнаруживать реакции протеста, но у них не бывает невротических проявлений, колебаний настроения. В судебно-психиатрической клинике большое значение имеют также расстройства влечений у подростков-правонарушителей. Это стремление к бродяжничеству, поджогам, сексуальным извращениям, злоупотребление психоактивными веществами. Расстройства влечений формируются в течение длительного времени. На неустойчивую психику ребенка оказывает влияние окружающая среда. В дальнейшем, при повторении действий, влечение к ним закрепляется по механизму патологически стойкой уголовной связи. Психозы составляют небольшой процент среди проходящих судебно-психиатрическую экспертизу подростков. Шизофрения встречается редко. При диагностике шизофрении в подростковом возрасте принимается решение о невменяемости. Эпилепсия встречается редко. Для эпилепсии характерны ночные страхи, снохождение, сноговорения, побеги из дома в состоянии дисфории. Во время побегов могут совершаться

опасные действия. Припадки часто протекают атипично. Предвестники проявляются в виде болей в области живота, тошноты, сами припадки проявляются в виде сгибания туловища, по типу приветствия. Дисфории характеризуются возбуждением, беспокойством. Очень часто при судебно-психиатрических экспертизах несовершеннолетних психиатры имеют дело с органическими поражениями мозга, с последствиями энцефалитов, врожденным сифилисом, остаточными явлениями травм мозга, психопатоподобными состояниями органического генеза. При этих состояниях образуется глубокий изъём психики, который проявляется в виде интеллектуальных и личностных нарушений. При интеллектуальных нарушениях отмечаются снижение памяти, внимания, замедленность, торгидность мышления. Со стороны эмоционально-волевой сферы чаще отмечаются вялость, апатия, ограниченность интересов. Психопатоподобные состояния при органических поражениях головного мозга в судебно-психиатрической экспертизе встречаются также часто. Они отличаются двигательной расторможенностью, эмоциональной возбудимостью, импульсивностью поступков, гиперсексуальностью, расторможенностью влечений. Клиническая картина психических расстройств у таких больных имеет много общего с клиникой формирующейся психопатии по неустойчивому и возбудимому типу. Здесь же может отчетливо диагностироваться дефект, характерный для того или иного перенесенного заболевания головного мозга в виде признаков задержки психического развития, снижения памяти, вспышек ярости или раздражительности. Компенсация нарушенных функций у таких лиц развивается с большим трудом, чем у больных с расстройствами личности. У этих же подростков формируется алкоголизм, который утяжеляет психическое заболевание, способствует совершению общественно опасных действий.

Психопатоподобные состояния с интеллектуальными нарушениями в условиях судебно-психиатрической экспертизы могут проявляться в виде реакций протеста. К ним относятся реакции возбуждения со вспышками гнева и актами агрессии в отношении окружающих, которые возникают в ответ на обиду.

При судебно-психиатрической оценке основополагающими здесь должны быть суждения о глубине личностных расстройств, выраженности нарушений в сфере влечений. Очень важно оценить возможность коррекции поведения, устойчивость мотивационной и волевой сфер, возможности прогноза своих действий и критической оценки. Существенное значение имеет умственная отсталость. Обычно это лица с дебильностью, которые в качестве пассивных правонарушителей используются взрослыми или здоровыми подростками. Это происходит в связи с повышенной внушаемостью и подчиняемостью лиц с дебильностью, которая еще больше усиливается у подростков возвратной незрелости. Умственно отсталый подросток сложную ситуацию усваивает плохо, не разбирается в ней, он не способен соизмерять и регистрировать поступки, не способен адаптироваться к конкретной ситуации. В условиях судебно-следственной ситуации и в период экспертизы интеллектуальная неполноценность умственно отсталых подростков усугубляется. Кроме того, они могут преувеличивать свою психическую неполноценность. При судебно-психиатрической экспертизе следует оценивать повышенную внушаемость, пассивную подчиняемость, нарушение мотивации, неспособность правильно регистрировать поведение, нецеленаправленность поступков, импульсивность. Большие трудности возникают при экспертизе несовершеннолетних с психофизическим инфантилизмом. При этом установленный законом возраст наступления уголовной ответственности уменьшается. Подросток в 14 лет может по своему психическому и физическому развитию соответствовать десятилетнему при отсутствии выраженной дисгармонии в психическом развитии. Способность отдавать себе отчет в своих действиях или руководить ими может быть нарушена из-за незрелости психики, снижающей возраст подростка. С учетом степени незрелости решается вопрос о возможности привлечения несовершеннолетнего к уголовной ответственности. При производстве судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних обвиняемых необходимо выяснить, в чем проявилось ограничение возможности сознательной и произвольной организации действий в ситуации право-

нарушения и какими факторами оно было вызвано. Проявления ограничений касаются нарушений неболезненной, психологической структуры деятельности и лежащих в ее основе функций. В норме в подростковом периоде имеются все необходимые предпосылки для нормального функционирования. Но эти психологические структуры деятельности еще формируются. В сложных, непривычных условиях способность сознательно регулировать свои действия может быть ограничена и у здорового в психическом отношении подростка. Еще больше возрастает вероятность ограничения произвольной деятельности в тех случаях, когда речь идет о правонарушениях подростков с какими-нибудь нарушениями психической деятельности, даже не исключаящими вменяемости. Ограничение возможности несовершеннолетнего сознавать значение своих действий и руководить ими при совершении правонарушения устанавливается в случаях неблагоприятного совокупного влияния личностного и ситуационного факторов. Это соотношение может изменяться. Критерием экспертной оценки при этом является степень адекватности организации деятельности несовершеннолетнего. Эту экспертизу проводят совместно психиатры и психологи, которые должны выявить наличие или отсутствие психических нарушений и оценить следующее: прогноз или оценка действий и их последствий при постановке цели и принятии решения о выполнении цели; планирование, контроль и коррекция поступков в ситуации правонарушения. В большинстве случаев общая неразвитость личности, ее интеллектуальных, волевых, мотивационных структур, незрелость самосознания могут проявляться при совершении правонарушений в непосредственной мотивации, которая реализуется в действиях без достаточного прогноза и контроля. Понятие ограниченной способности несовершеннолетнего сознавать значение своих действий и руководить ими соответствует категории ограниченной вменяемости, понимаемой как вариант вменяемости. Иногда психиатрам-экспертам приходится давать экспертные заключения о психическом состоянии подростков-потерпевших, реже свидетелей, и их способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и

давать о них правильные показания. В этих случаях объектом экспертизы является не достоверность показаний подростка, а он сам – свидетель или потерпевший, который дал показания или которому предстоит дать показания. Врач при даче заключения должен решить, может ли несовершеннолетний потерпевший правильно воспринимать факты и явления, имеющие значение для правильного рассмотрения судебного дела, и правильно о них сообщать. Подростки, у которых обнаруживаются психические расстройства, но не достигающие степени, при которой исключается возможность понимания и правильной оценки юридически значимых событий, могут давать показания по делу. Показания несовершеннолетнего могут принимать ту или иную форму в зависимости от постановки вопроса, подсказок. Повышенную внушаемость лиц с умственной отсталостью следует учитывать при оценке свидетельских показаний. Наиболее правильным является свободный рассказ подростка о том, что он видел и знает, в присутствии педагога. Отношение несовершеннолетних к процессу предварительного следствия или суда различно. Подростки, которых обвиняют, защищаются, отрицают свою вину. Несовершеннолетние потерпевшие откровенны, хотя могут заблуждаться вследствие возрастной неосведомленности, их показания связаны с особенностями личности и с той обстановкой, в которой происходило событие, о котором даются показания, отношением к нему окружающих, разговорами, возникающими вокруг этого события. Выяснение того, насколько несовершеннолетние потерпевшие понимали характер и значение действий обвиняемых, должно включать в себя определение как осведомленности, так и способности к смысловой оценке противоправных действий.

**Хожирахматова Х. Х., Курбанова Л. Х., Мадалиев М. М.,
Абдуллаев Б., Эгамов М. Х., Собиров А. А., Умаров М. И.**

СУДЕБНАЯ ПСИХИАТРИЯ

(учебное пособие)

Редактор: А. П. Бурцева
Художник: А. Дадабоев
Худ. редактор: Ю. Самадов
Тех. редактор: Ж. Азимбоев
Корректор: А. Бобохужаев

Сдано в набор 3.02.99 г. Подписано в печать 31.03.99 г. Формат 60x84, 1/16. Объем 11,75 п. л. Бумага газетная. Печать офсетная. Заказ № 746. Тираж 1000 экз. Цена договорная.

Издательство "НАМАНГАН"
г. Наманган, ул. Навои, Дом печати, 3-й этаж.

Отпечатано в Наманганской областной типографии им. Ибрата
г. Наманган, ул. Навои, 36.

